



LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS EN EL MUNDO

*Asistimos cada año a 20 millones de
personas enfermas o necesitadas*





ÍNDICE

Presentación	3
Principios	7
Breve reseña histórica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	9
Financiación de la Orden Hospitalaria	11
Presencia de la Orden en el Mundo	14
Actividades de la Orden	14
• Asistencias con actividad residencial	19
• Asistencias con actividad no residencial	21
• Hermanos y colaboradores de Orden	22
• Formación en los centros de la Orden	23
• Otras características de los centros	25
Categorías asistenciales	26
• Centros Hospitalarios	26
• Servicios Sanitarios de Base	27
• Servicios para enfermos mentales	29
• Servicios para discapacitados	31
• Servicios para ancianos	33
• Servicios socio–asistenciales y varios	34
Liberia: Una realidad convulsa	35
Informe sobre Salud Mental en Honduras y en la zona de influencia de San Pedro Sula	38
Proyecto del Yanbian Hospice en Yanji (China)	48



PRESENTACIÓN

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuyo origen se remonta al siglo XVI, está presente en 50 países de los cinco continentes. Está formada por 1.331 Hermanos, más de 40.000 colaboradores, entre trabajadores y voluntarios y más de 300.000 benefactores–donantes.

Desde Granada (España), lugar donde nació en 1539 a partir de la persona de Juan Ciudad, la Orden desarrolla y transmite un proyecto de asistencia que ha variado mucho en sus formas y expresiones, pero que mantiene como eje central **la acogida y atención a personas enfermas y necesitadas en todo el mundo.**

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es **una de las mayores organizaciones internacionales de cooperación sin ánimo de lucro** del mundo. Se trata de una institución que forma parte de la Iglesia Católica y por tanto, distinta a las Organizaciones no Gubernamentales.

Bajo el concepto de Hospitalidad, se cuida la acogida, la promoción de la salud, el acompañamiento y compromiso en las realidades más vulnerables de cada época y sociedad, desde un concepto amplio de universalidad y favoreciendo la profesionalidad.

La realidad actual se visualiza a partir de Centros Asistenciales, Hospitales, Centros de Salud, Servicios Sociales, y Comunidades de Religiosos. Se trata de centros plurales con un compromiso social compartido con muchas otras Instituciones de carácter público, eclesial o privadas con las



que existe una afinidad en la motivación y una visión compartida.

Esta predilección por las personas más vulnerables, sea a causa de su enfermedad o por su limitación de recursos, nos lleva a la puesta en marcha y desarrollo de **programas internacionales de acción social y de salud.**

Se entiende la Cooperación como algo que nos aglutina a todos, cada uno desde su compromiso. Profesionales, Cooperantes, Hermanos, Voluntarios y Benefactores hacen posible que se puedan llevar a cabo múltiples programas de acción en los ámbitos más desfavorecidos y mantener proyectos asistenciales en países de otros continentes más empobrecidos.

Se aceptan los límites de la ciencia evitando formas de encarnizamiento terapéutico u otras que pongan en entredicho la dignidad de la persona. En este sentido se ha puesto gran interés en poner en marcha y promocionar unidades de cuidados paliativos desde una filosofía de acompañamiento, eliminación del dolor y oferta de humanización en la última etapa de la vida.

Para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, es importante el **“estilo”** con el que se lleva a cabo la acción. De éste depende que se favorezca el respeto y autonomía de las personas, evitando al máximo posible dependencias y paternalismos. Así, la Orden está abierta a nuevos criterios profesionales y sociales, a nuevas acciones y a las culturas y peculiaridades de cada realidad.



De una forma sintética y como introducción a los datos contenidos en este informe, los elementos o valores que guían y motivan el desarrollo de la Orden de San Juan de Dios son:

- Permanencia histórica basada en la respuesta a las necesidades de la persona bajo el concepto de Hospitalidad y humanización de la asistencia.
- Filosofía institucional abierta al diálogo. Institución con identidad cristiana que promueve y practica el respeto y diálogo con otras posturas y creencias, a partir de su propia identidad. Apuesta por la convivencia multicultural e interreligiosa, poniendo especial cuidado en la acogida del fenómeno migratorio.
- Acogida y centralidad, desde una visión antropológica que valora y defiende la dignidad de toda persona, sus derechos y deberes y favorece todas sus potencialidades.
- Universalidad traducida en la **acción prioritaria a los grupos y países más desfavorecidos**, evitando cualquier sesgo de tipo ideológico, religioso o cultural.
- Vivencia de la Orden no como mera suma de personas, sino como patrón cultural que enriquecemos y nos transmitimos a lo largo de la historia desde sensibilidades, experiencias y reflexiones compartidas. El sentido de pertenencia y la implicación aportan valor añadido al trabajo individual.
- La eficiencia asistencial requiere un trabajo constante para ofrecer una estructura laboral y de responsabilidades transparente, honrada y seria.



- **Todos los medios, humanos y materiales, están destinados a la misión de servicio y por tanto a la atención de quienes lo precisan.**
- Fidelidad a los fines originarios desde la modernización y actualización constante desde la formación, la investigación y la adaptación de estructuras.
- Voluntad de ofrecer un proyecto creativo que integra y aúna personas y sensibilidades desde una visión global, amplia y abierta.





PRINCIPIOS

El número 43 de los Estatutos Generales de la Orden, formula los siguientes principios:

- *El centro de interés de cuantos vivimos y trabajamos en el hospital o en otra obra asistencial, es la persona asistida*
- *Nos comprometemos decididamente en la defensa y promoción de la vida humana*
- *Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su estado de salud*
- *Observamos las exigencias del secreto profesional y tratamos de que sean respetadas por cuantos se relacionan con los enfermos y necesitados*
- *Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud en Cristo*
- *Respetamos la libertad de conciencia de las personas a quienes asistimos y de nuestros colaboradores, pero exigimos que se acepte y se respete la identidad de nuestros centros hospitalarios*
- *Valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad de nuestros colaboradores, les estimulamos a participar activamente en la misión de la*



Orden y les hacemos partícipes del proceso de decisión en nuestras obras apostólicas, en función de sus capacidades y áreas de responsabilidad

- *Nos oponemos al afán de lucro; por tanto, observamos y exigimos que se respeten las normas económicas justas.*





BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios nació en Granada en 1539, después que su fundador, Juan Ciudad, estableciera allí el primer hospital del mundo financiado gracias a limosnas y donaciones y dedicado a la atención a enfermos pobres.

A partir de ese momento, la iniciativa de Juan Ciudad recibe el apoyo y seguimiento de multitud de Hermanos de la Orden. Esto hará posible que antes de finalizar el siglo XVI ya sean una realidad más de 50 centros hospitalarios y de acogida en España e Italia principalmente.

El siglo XVII es el momento de la primera expansión hacia América, siguiendo a las colonias españolas y el inicio de la expansión de la Orden Hospitalaria hacia Europa. Así, nacen Centros Hospitalarios en Cuba, Cartagena de Índias, Filipinas, Francia, Alemania, Austria, etc.

Al finalizar el S XVIII, los Hermanos de San Juan de Dios ya cuentan con 256 centros hospitalarios y ya se hace muy importante la implantación en toda Europa (también en el Este).

El siglo XIX es el momento de América, cuando casi todos los países hispanoamericanos del continente contaran con Centros de la Orden y será durante el siglo XX cuando la expansión a África y Asia se consolida, llegando, incluso a Oceanía.

En el siglo XXI continua el crecimiento de la Orden y un ejemplo claro ha sido la inauguración en junio de 2005 de un Centro de Cuidados Paliativos en China y el proyecto de construcción de un Centro de Salud Mental en Honduras.

En toda la trayectoria de crecimiento de la Orden y ya desde su fundación, se han mantenido los principios de acogida al necesitado y de la ayuda sin contraprestación. **Desde el primer**



momento la ausencia de lucro y la gestión de los recursos obtenidos de donaciones y limosnas han hecho posible la realidad actual.





FINANCIACIÓN DE LA ORDEN HOSPITALARIA

Como ya se ha señalado anteriormente, la obtención de recursos por parte de los Hermanos de San Juan de Dios se basó inicialmente en la petición de limosnas que después revertían en beneficio de los necesitados.

Actualmente, y siguiendo la práctica habitual de adaptación al entorno y a los cambios sociales, las fuentes de financiación de la Orden Hospitalaria son diversas y diferenciadas en función de los países donde se asista a los necesitados.

La prestación de ayuda en los países llamados desarrollados difiere mucho de lo que se viene llamando países empobrecidos.

La participación en la financiación por parte de los estados en el mundo desarrollado es evidente. La instauración del Estado del Bienestar también ha tenido en cuenta a la Orden Hospitalaria y se ha servido de infraestructuras existentes para dar servicio a aquella parte de la población que lo pudiera necesitar.

En estos casos, unidades como los Cuidados Paliativos, Geriátrica o atención a Enfermos Mentales y Personas sin Hogar son la tónica dominante de las Obras presentes en Europa Occidental y en América del Norte o Japón. En estos territorios los acuerdos económicos con las autoridades sanitarias o sociales de cada Estado son importantes sobretodo por lo que respecta a la atención sanitaria, pudiendo llegar al 80% de los recursos necesarios para el mantenimiento de la atención.

Otra cosa es, los ingresos que se reciben por parte de los Servicios Sociales para la atención a Hogar o Inmigrantes, en que la aportación del sector público estatal disminuye de manera importante llegando a una financiación que no supera el 30%.



El resto de aportaciones, incluyendo la construcción u obtención de las infraestructuras corre a cargo de la Orden Hospitalaria y sigue siendo una realidad gracias a las aportaciones individuales de personas que creen en los objetivos de los Hermanos de San Juan de Dios.

Capítulo aparte merece la financiación de los proyectos que funcionan en el llamado mundo en desarrollo. Aquí las aportaciones del sector público estatal son escasísimas o nulas, dadas las precarias condiciones de las economías de estos estados.

Al final de este informe de situación se adjunta un ejemplo de gestión de proyecto en Monrovia (Liberia), donde no existe aportación estatal.

De promedio y en función de los Estados se podría establecer que las aportaciones de los fondos públicos oscilan entre el 10% de la financiación del proyecto y las aportaciones inexistentes.

Cabe tener en cuenta, que la mayoría de centros o proyectos que promueve la Orden de San Juan de Dios tienen como objetivo cubrir las necesidades de todas aquellas personas que no tienen ni recursos ni donde acudir para paliar sus problemas. Otro ejemplo de lo que venimos diciendo se plasma en África donde la atención a la Salud Mental por parte de los Hermanos de San Juan de Dios es primordial. Tanto, que se ha convertido en la única institución no lucrativa que acoge a los enfermos de estas patologías. Por otra parte parece lógica la nula aportación de los estados teniendo en cuenta las prioridades sanitarias de estos países y los recursos de los que disponen. Tristemente, el poco dinero con que cuentan se destina a la precaria atención a enfermos de SIDA, a combatir el paludismo o la mortalidad infantil.



Otra forma de financiación que ha mantenido y mantiene la Orden es la gestión de fondos obtenidos por ONG's. Así, es bastante común que Organizaciones diversas aporten fondos para financiar proyectos que son gestionados por los Hermanos. Esta distinción entre obtención de fondos y gestión es importante ya que los límites a la atención a necesitados son imposibles de establecer y vienen condicionados por los recursos disponibles. Dentro de estas ONG's se podrían encontrar ejemplos de todo tipo. Desde organizaciones vinculadas con la Iglesia a otras que se declaran no confesionales.

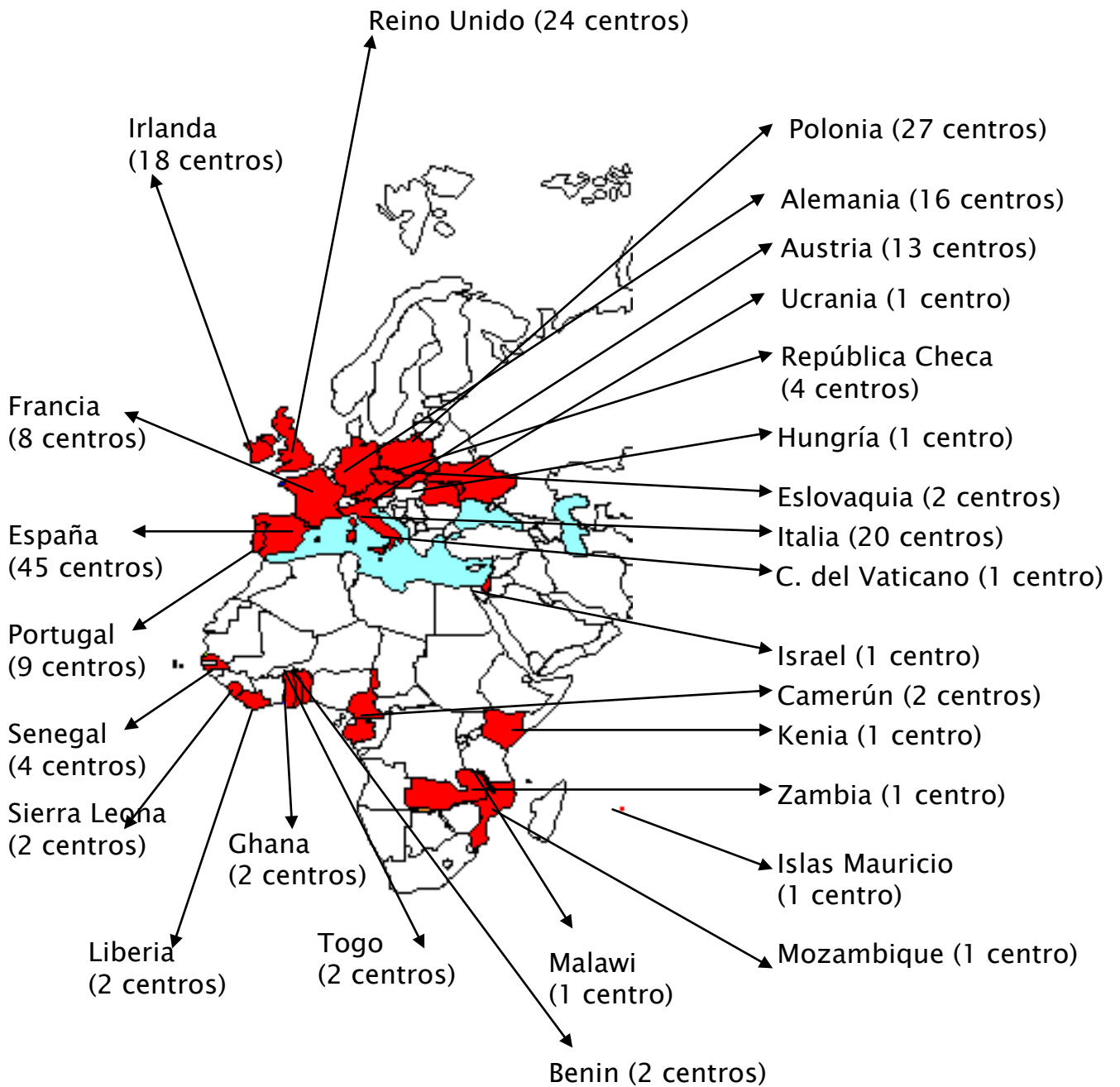
Los legados y las donaciones en especie se han convertido en el siglo XX y el XXI en otras formas de financiación.



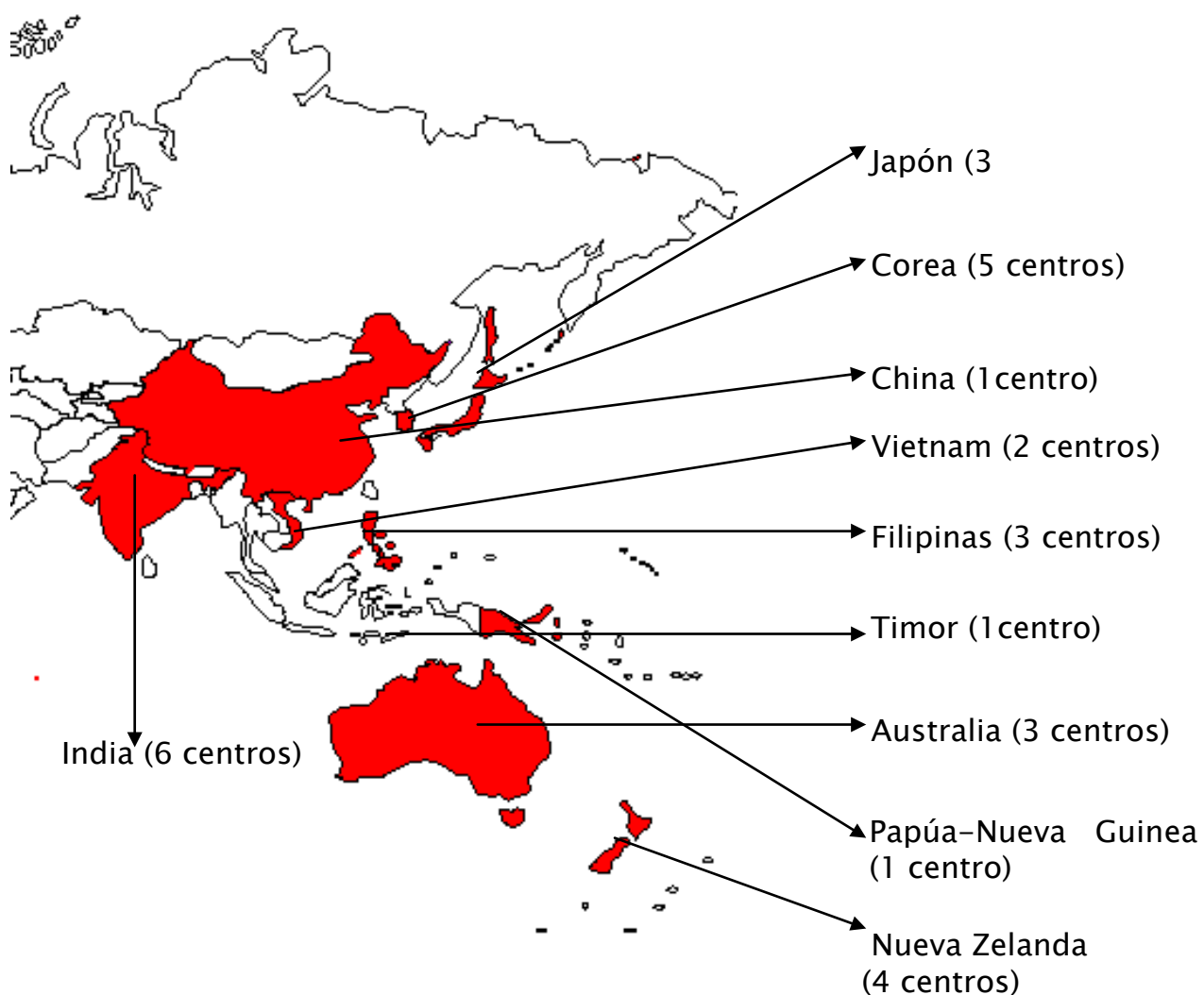
**La Orden de San Juan de Dios está presente
en 51 países de los cinco continentes y...**



**...realiza más de 20 millones de asistencias
anuales con una media diaria de 54.000
personas atendidas.**



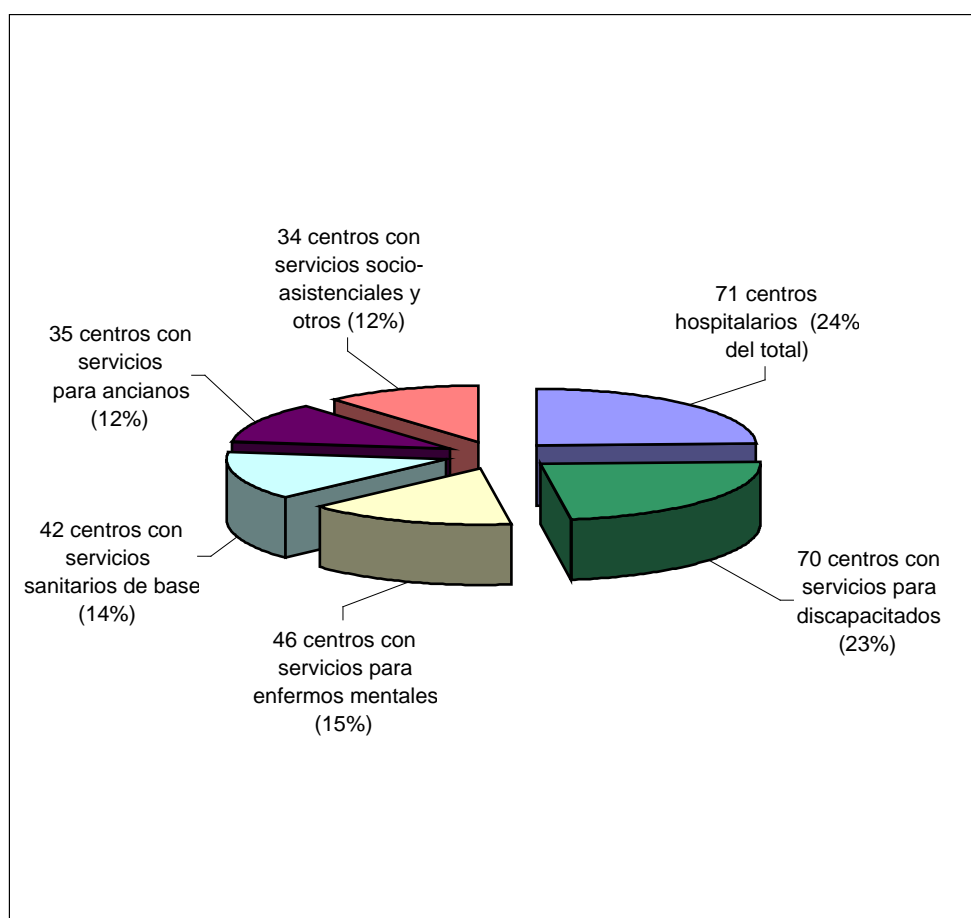






ACTIVIDADES DE LA ORDEN

Los Hermanos de San Juan de Dios realizan su obra en 298 centros repartidos según las seis categorías de intervención asistencial de la Orden.

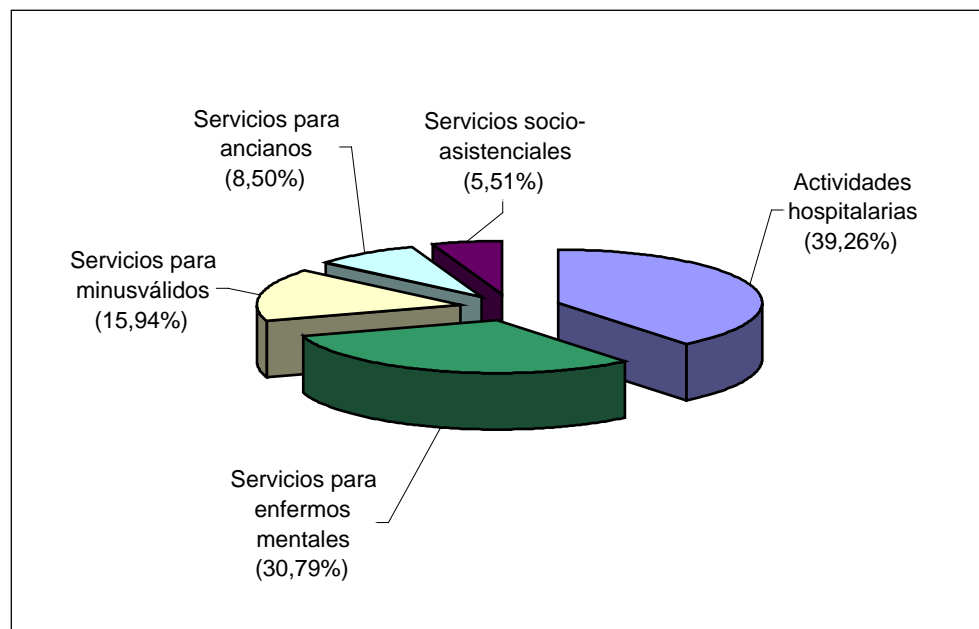


El total de los centros residenciales de la Orden acogen en 33.614 camas con un total de **10,3 millones de asistencias al año.**



Asistencias con actividad residencial: 10,3 millones

En este apartado se detallan las asistencias que la Orden desarrolla en centros residenciales entendidos como centros donde los enfermos o necesitados quedan ingresados o en régimen de internado.



Los centros hospitalarios absorben el 88,5% de los asistidos registrando una media de hospitalización de 7,9 días en la que se nota la aportación de hospitales y sectores de larga hospitalización.

Los servicios para enfermos mentales disponen de sectores para agudos y para asistidos con hospitalización media-larga.

Los servicios socio-asistenciales proveen a hospitalizaciones breves y medio-largas.



Los servicios para discapacitados y ancianos asisten principalmente a sujetos necesitados de hospitalidad de largo período.



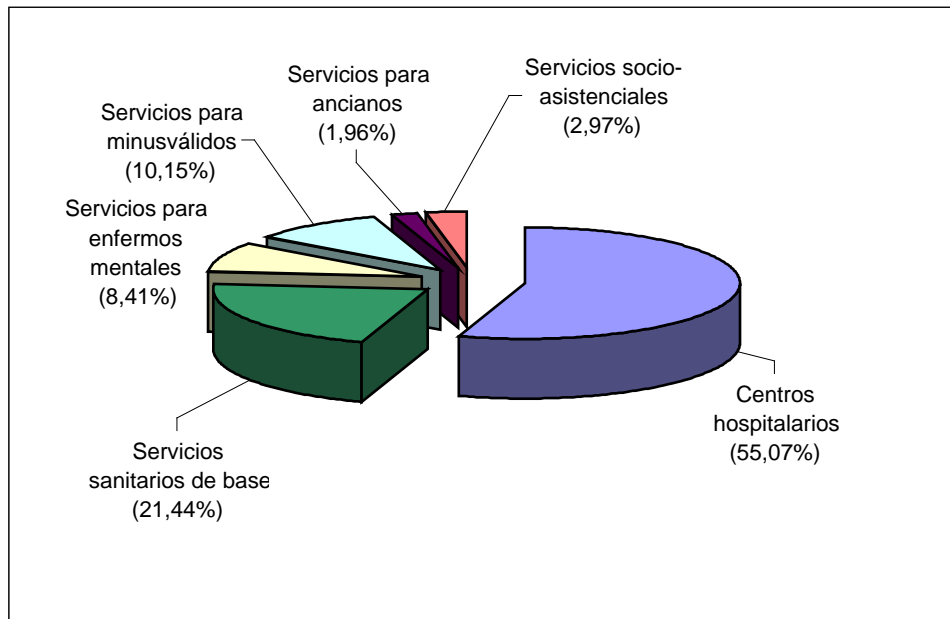


Asistencias con actividad no residencial: 9,3 millones

En este apartado se detallan las asistencias que se desarrollan en centros no residenciales, entendidos como centros donde se visita o asiste sin ingreso ni internado.

En el ámbito de estas actividades/servicios están comprendidos:

- 96 ambulatorios y hospitales de día en sede hospitalaria
- 55 centros diurnos (para enfermos mentales, discapacitados, ancianos, indigentes)
- 37 ambulatorios y hospitales de día para enfermos mentales
- 35 servicios de urgencias en sede hospitalaria
- 20 farmacias
- 19 ambulatorios de base (no hospitalarios)
- 15 actividades/servicios de formación para enfermos mentales y discapacitados (escuelas especiales, cursos de formación profesional, etc.)
- 13 actividades/servicios ocupacionales
- 57 otros tipos de actividades/servicios, entre ellos intervenciones de asistencia domiciliaria, comedores, actividades educativas, de consulta, etc.



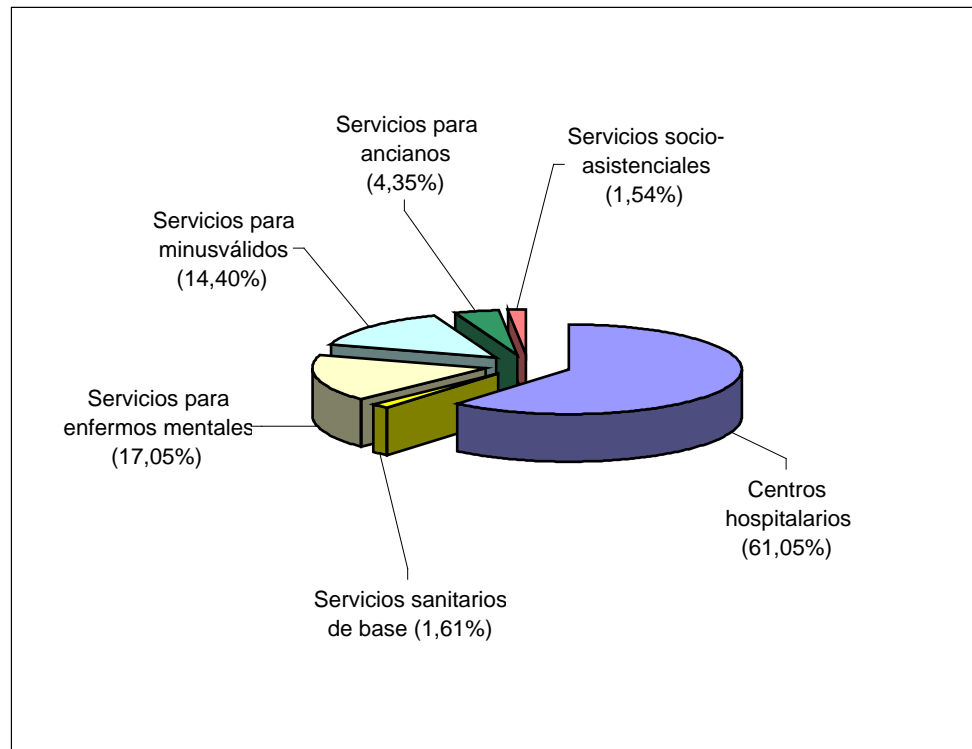
Hermanos y Colaboradores de Orden

El conjunto de asistencias se realizan por 41.335 operadores, de ellos 1.231 religiosos, 37.712 trabajadores y 2.392 consultores.

Desde el punto de vista de los títulos profesionales, el 14,2% está constituido por médicos, el 2,5% por otros licenciados, el 27,1% por enfermeros y equivalentes, el 56,2% por otras figuras entre las que se encuentran tanto diplomados (técnicos biomédicos, técnicos de rehabilitación, asistentes sociales, administrativos, etc.), como personal no diplomado (auxiliares de sector, encargados de los servicios generales, etc.)



Personal según la categoría asistencial



.Además, la Orden de San Juan de Dios cuenta con la colaboración de **5.704 voluntarios** que dedican una media de 158 horas al año a las personas asistidas.

Formación en los centros de la Orden

Los Centros en los que trabajan los Hermanos de San Juan de Dios participan también en la formación de base de los operadores no médicos.

Existen 47 escuelas/cursos (36 de los cuales reconocidos por las Autoridades competentes y 13 gestionados junto con otras instituciones) por un total de 2.921 alumnos, repartidos de la siguiente manera:



- 14 escuelas para enfermeros y figuras equiparadas con 1.413 alumnos;
- 6 escuelas para técnicos de la rehabilitación con 464 alumnos;
- 5 escuelas para educadores especializados con 216 alumnos;
- 1 escuela para técnicos biomédicos con 24 alumnos;
- 21 escuelas/cursos de “otro tipo” con 804 alumnos.

Unas 6.088 personas, principalmente enfermeros, psicólogos y terapeutas de la rehabilitación han escogido centros de la Orden para realizar prácticas con el fin de conseguir distintas titulaciones.

Algunos centros hospitalarios han sido elegidos como sede de prácticas o de “actividades profesionalizantes” para la consecución de diplomas de especialización médica.

Respecto a la formación continua de los colaboradores, por ejemplo, en 2002 se realizaron 4.561 iniciativas de actualización profesional con la participación de 36.782 alumnos. El 64% de los alumnos ha participado en cursos sobre temas técnico-profesionales promovidos por los mismos centros, el 19% en cursos de actualización en terceras instituciones, mientras que el restante 17% ha tomado parte en iniciativas formativas sobre el carisma de la Orden.



Otras características de los Centros de la Orden

Otras particularidades de los Centros donde trabajan los Hermanos de San Juan de Dios son:

- la constitución de un Comité de dirección en el 66% de los centros con la participación de los mayores responsables religiosos y laicos;
- la posibilidad para el 44% de los centros de disponer de un Comité ético para dar una solución adecuada a las delicadas cuestiones morales que pueden plantearse en el desarrollo de las actividades sanitarias y sociales;
- el espacio dado a las actividades de investigación en el 16% de los centros con el desarrollo de **187 proyectos de investigación**, en la mayor parte de los casos de acuerdo con estructuras universitarias y otras instituciones de investigación.



CATEGORÍAS ASISTENCIALES

En este apartado se proporcionan algunas informaciones detalladas sobre la actividad en el ámbito de cada una de las áreas de intervención asistencial de la Orden.

CENTROS HOSPITALARIOS

De las 14.203 camas de los Centros hospitalarios, 10.716 están ubicadas en hospitales generales. El resto se sitúan en hospitales especializados.

Los 11 Hospitales especializados están constituidos por tres hospitales materno-infantiles, 2 ortopédicos, 6 con especialidad de rehabilitación (entre ellos 2 para rehabilitación pediátrica, 1 para rehabilitación geriátrica, 1 para rehabilitación psiquiátrica). Uno de los hospitales para la rehabilitación pediátrica se ocupa en particular de niños con secuelas de parálisis cerebral.

Los 8 Hospitales para enfermos de medio-larga hospitalización comprenden uno para enfermos terminales aquejados de cáncer, dos con camas para enfermos en estado vegetativo permanente y 93 camas para cuidados paliativos. Existen también otras 181 camas para cuidados paliativos en 9 hospitales generales.

Treinta hospitales disponen de 123 equipos de instrumental pesado, entre ellos 31 TC, 18 RM, 9 aceleradores lineales y 5 litotritores.

La duración media de permanencia (DM) y la tasa de ocupación (TO) alcanzan los siguientes valores:



	N. Hosp.	DM	TO
Hospitales generales	45	6,6 días	78,3%
Hospitales especializados	11	12,8 días	80,5%
Hospitales de medio-larga hospitalización	8	56,6 días	96,1%

Las intervenciones quirúrgicas en hospitalización son 220.330, en hospital de día 28.468 y en ambulatorios 54.685. Asimismo se realizan 35.221 partos al año.

Los Hospitales que realizan actividades de diálisis en hospital de día o ambulatorios son 8 y desarrollan más de 90.000 sesiones.

SERVICIOS SANITARIOS DE BASE

Los Centros con sedes ambulatorias no hospitalarias asisten a unas 500.000 personas y se distribuyen de la siguiente manera:

- 9 ambulatorios desarrollan actividades principalmente de primeros cuidados (visitas de base, controles materno-infantiles, etc.), con el 27% de los asistidos;
- 6 ambulatorios desarrollan principalmente una sola especialidad (2 rehabilitación, 2 medicina oriental, 1 cuidados en el ámbito de la tóxica dependencia, 1 niños terminales), con el 12% de los asistidos;
- Los 7 restantes desempeñan actividades pertenecientes a varias especialidades (en algunos casos con medicaciones, pequeñas intervenciones y análisis diagnósticos), con el 61% de los asistidos.



Estos mismos ambulatorios, en conjunto, disponen además de 94 camas de apoyo.

Las farmacias abiertas al público son 20.





SERVICIOS PARA ENFERMOS MENTALES

Los Centros con actividades residenciales asisten, con 10.181 camas, a 36.297 personas por un total de cerca de 3.100.000 asistencias.

La tabla muestra datos por tipo de asistencia expresados en valores porcentuales:

Asistencia	Centros	Camas	Asistidos	Días de presencia
Para agudos	28	19,6%	58,7%	16,1%
Para medio-largas permanencias	35	72,7%	28,2%	74,8%
En casas familia/resid.pr ot.	10	2,3%	0,9%	2,7%
Otro tipo	8	5,4%	12,2%	6,4%
	81	100	100	100

Respecto a los asistidos en media-larga permanencia (más de 6.600) el 53% presenta "predominantes trastornos psíquicos", el 15% "predominantes patologías crónicas", mientras que en el 32% se indican hospitalizaciones por "predominantes problemas geriátricos", "predominantes carencias de tipo familiar" o por otras causas. El nivel de dependencia es "completo" o "grave" en el 33% de estos asistidos, "moderado" en el 20%, "leve" en el 27%; los "casi autosuficientes" constituyen el 20%.



Casi la totalidad de los acogidos (95%) son asistidos con tratamiento farmacológico y el 51% con tratamiento psicoterapéutico; las actividades de socialización y recreativas incluyen al 58% de los asistidos, las ocupacionales al 41% y las educativas al 40%.

Treinta y dos centros promueven actividades o servicios no residenciales para enfermos mentales.





SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS

Los Centros con actividad residencial acogen, en 4.645 camas, a 5.670 asistidos por un total de 1.600.000 asistencias.

La tabla siguiente muestra datos por tipo de asistencia, expresados en valores porcentuales:

Asistencia en	Centros	Camas	Asistidos	Días de presencia
Residencia tradicional	34	86,4%	87,3%	87,7%
En casas familia	23	10,8%	9,0%	9,4%
Otro tipo	8	2,8%	3,7%	2,9%
	65	100	100	100

Respecto a los asistidos en residencia tradicional (más de 3.800), la mayor parte (55,9 %) presenta "predominantes déficit mentales" de diverso nivel (sobre todo medio y grave), el 5,7% "predominantes trastornos físicos", el 13,4% "predominantes otros trastornos psíquicos", el 19% "predominantes trastornos múltiples", el 6% trastornos de "otro tipo". En el 41,5% de los asistidos el nivel de dependencia es "grave" o "completo", en el 27,3% "moderado", en el 18,1% "leve", mientras que los "casi autosuficientes" constituyen el 13,1%.



El 91,9% de los acogidos son asistidos con intervenciones de tipo educativo, el 24,2% con tratamientos de rehabilitación de tipo físico, el 43,2% con tratamientos psicoterapéuticos y el 4,2% con tratamientos de tipo funcional. Quedan aseguradas además las actividades ocupacionales del 49% de los asistidos, actividades recreativas para el 57% y actividades de socialización para el 36%.

Treinta y nueve centros promueven servicios no residenciales para discapacitados.



SERVICIOS PARA ANCIANOS

Los Centros con actividad residencial acogen, con 2.585 camas a 3.537 personas ancianas por un total de 874.941 asistencias.

Por tipo de asistencia, se indican en el cuadro siguiente expresados en valores porcentuales:

Asistencia en	Centros	Camas	Acogidos	Días de presencia
Residencia tradicional	20	54,6%	54,6%	55,1%
Habitaciones/ alojamientos individuales	9	28,3%	26,2%	27,2%
Unid. Alzheimer/ demencia senil	1	1,2%	1,2%	1,3%
Otro tipo	3	15,9%	18,0%	16,4%
	33	100	100	100

Respecto a los asistidos (más de 2.400) el 75% tiene una edad superior a los 75 años y el 46% un nivel de dependencia "grave" o "completo". Los usuarios son asistidos con tratamientos físicos (en el 40% de los casos), con tratamientos psicoterapéuticos (en el 17%) y con tratamientos funcionales (en el 17%); además, se organizan actividades recreativas para el 41% de los acogidos, actividades ocupacionales para el 28% y actividades de socialización para el 20%.

12 centros realizan servicios no residenciales para ancianos.



SERVICIOS SOCIO-ASISTENCIALES Y VARIOS

Los Centros con actividad residencial acogen, con 1.552 camas, 16.266 indigentes/sin vivienda por un total de 437.426 asistencias.

Para el 69% de los asistidos se trata de una hospitalidad de breve período ofrecida por 7 centros, para el 14,8% de una hospitalidad de medio-largo período (6 centros), mientras que el 0,7% se asiste en casas familia o en viviendas protegidas (4 centros); para el restante 15,5% se ofrece otro tipo de asistencia en 5 centros.

13 Centros realizan servicios no residenciales para indigentes/sin vivienda.

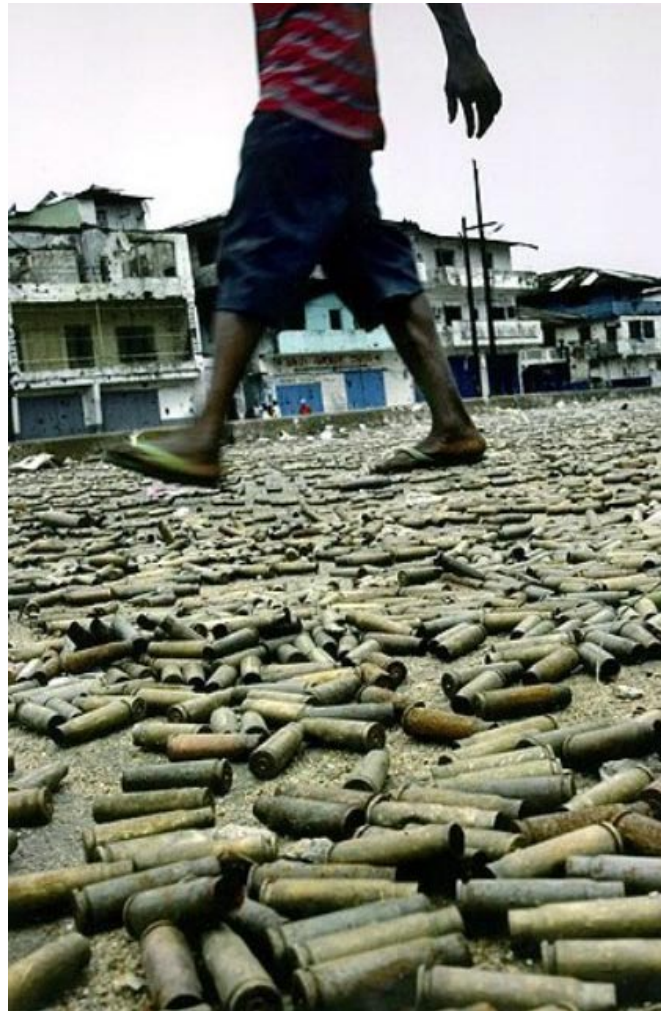
En la categoría de los servicios socio-asistenciales están presentes también 4 comunidades terapéuticas (155 camas, 944 asistidos, 56.182 presencias), 3 institutos educativo-asistenciales (110 camas, 167 asistidos, 37.417 presencias) y 4 casas de vacaciones para asistidos (183 camas, 6.009 usuarios, 36.393 presencias).

Finalmente existen 4 centros cuyos servicios (por ejemplo institutos escolares) son solamente semejantes a otros tipos de intervención asistencial.



LIBERIA: UNA REALIDAD CONVULSA

En la presentación de este ejemplo de Centro gestionado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se va a obviar la situación político-social de este depauperado país africano. Por todos es conocida la convulsa situación política que ha desencadenado multitud de



El hospital de Monrovia, que ha sido destruido parcialmente en una ocasión, y que los Hermanos han debido abandonar en dos ocasiones bajo amenazas de muerte funciona actualmente a pleno rendimiento tras la reconstrucción definitiva y de que los rebeldes lo abandonaran después de usarlo como cuartel general.

El St. Joseph's Catholic Hospital de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios fue fundado en 1963, es propiedad de los Hermanos y son los responsables de su gestión.



Se trata de un Hospital General que cuenta con 216 colaboradores (hermanos, médicos, enfermeros y técnicos), 140 camas y que en el año 2003 tuvo 7.533 ingresos hospitalarios. Asistió en el mismo año a 1.587 partos naturales y por cesárea y realizó 1.427 intervenciones quirúrgicas. El servicio de urgencias atendió a 11.425 personas.

El St. Joseph's Catholic Hospital cuenta con un hospital de día donde fueron asistidas en el año 2003, 75.356 pacientes.



Además, también se gestiona un consultorio externo en el centro de la ciudad donde se realizaron visitas a 59.598 personas en el mismo año.





La financiación del hospital se reparte entre el 0% de aportación pública, el 32% de los seguros médicos y aportaciones individuales y el 68% de fondos provenientes de la Orden Hospitalaria. El St. Joseph's Catholic es un ejemplo claro de la situación que encuentran los Hermanos en África, donde las aportaciones de la Orden superan el 60% de total.





SALUD MENTAL EN SAN PEDRO SULA (HONDURAS)



INFORME SOBRE SALUD MENTAL EN HONDURAS Y EN LA ZONA DE INFLUENCIA DE SAN PEDRO SULA

HONDURAS

- 6.941.000 de habitantes en Honduras (INE 2003).
- 43% población menor 14 años. 54% población entre 14 y 65 años. 3% mayor de 65 años.
- Población rural superior al 50%, con dificultades de acceso a los centros hospitalarios ubicados en Tegucigalpa.
- Proyectos de desconcentración de servicios sanitarios, aunque el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) todavía no llega a todo el país (<http://www.ihss.hn/inicio.html>).
- Sólo dos Centros hospitalarios en Salud Mental (Santa Rosita y Mario Mendoza). Los dos en Tegucigalpa..
 - a. Estándares Internacionales: 10 camas para agudos / 100.000 habitantes
 - b. Situación en Honduras:
 - i. 5.28 camas públicas (para todo tipo de enfermos) / 100.000 habitantes.
 - ii. 370 camas totales
 - iii. Alta cronificación (50% aprox). Por tanto alrededor de 200 camas disponibles para enfermos en situación aguda.
 - iv. Centros hospitalarios saturados. (Algunos pacientes llevan más de 30 años ingresados)
- Actualmente se realizan alrededor de 25.000 visitas anuales en consulta externa en los hospitales de Mario Mendoza y Sta. Rosita, y unas 2.000 visitas de emergencia.
- Previsión 490.000 personas con necesidad de atención mental. (7% de la población).
 - a. Cada primera consulta externa genera una media de 10 contactos sucesivos. Tratamientos largos y regulares.
 - b. Un psiquiatra realiza unas 12 visitas al día.



- 39 psiquiatras trabajando en el sector público. (50 colegiados).
 - a. Estándares Internacionales: 9 psiquiatras / 100.000 habitantes
 - b. Estándares Honduras: 0.56 psiquiatras públicos / 100.000 habitantes.
 - c. El personal de enfermería especializado es igual de escaso. No hay trabajadores sociales especializados.
- Un 30% y el 27% de los casos valorados en consulta externa tienen relación con la violencia y la depresión respectivamente.
- De los pacientes ingresados, el 18% son trastornos neuróticos y el 22% trastornos psicóticos.
- Un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados, en emergencias o en consulta externa tienen problemas mentales derivados del consumo excesivo de alcohol.
- Las redes alternativas a la red sanitaria (ayuda de familiares, asociaciones de pacientes,...) son inexistentes o centralizadas en Tegucigalpa.
- *El ingreso anual per capita (2003)* es de US\$ 989 (equivale actualmente a US\$ 82.41/mensuales).
 - a. Una consulta externa privada en psiquiatría cuesta entre US\$ 24 y 37 (29.1% a 44.9% del salario medio mensual). Debemos tener en cuenta que cada primera visita va seguida (de media) de 10 consultas de seguimiento.
 - b. Un día de hospitalización en un hospital privado cuesta unos US\$ 105, por lo que un proceso hospitalario resulta casi inalcanzable para la mayoría de la población.
- Las pérdidas económicas debidas a la enfermedad mental son enormes. Si el gasto sanitario representa sólo el 15% del coste de la enfermedad mental, ésta representaría el 40% del PIB , teniendo en cuenta todos los costes indirectos (educación, justicia, pensiones, ...)
- El acceso a la sanidad es desigual:
 - a. Sólo el 45% de la población es asalariada (con derecho al IHSS).



- b. Sólo un 0.3 a 0.5% de la población tiene un seguro privado que excluye explícitamente el control en consulta externa de las enfermedades psiquiátricas (sólo incluye hospitalización).
 - c. La mayoría de la población no dispone de seguro sanitario ni público ni privado. La atención está ligada al pago directo del servicio haciendo muy difícil el acceso a los tratamientos.
 - d. Las desigualdades sociales (índice [Gini:56,3¹](#)), castigan doblemente a los más débiles, por su imposibilidad de acceder al sistema público y por no poder acceder ni a las consultas privadas ni a los fármacos.
- El acceso a los fármacos es limitado y mediado en muchas ocasiones por organismos internacionales.
 - a. Fármacos básicos para el tratamiento de enfermedades mentales pueden costar hasta el 44% de la renta mensual de un individuo. En salud mental la norma son los tratamientos combinados.
 - b. El coste de los fármacos antiepilépticos (que en muchos casos es curativo) es inasumible por la mayoría de los familiares de los pacientes afectados.
- Las mujeres representan dos tercios de las atenciones psiquiátricas en las consultas externas. La tasa de desempleo de mujeres es del 65%.
- También son numerosos los adolescentes que requieren atención psiquiátrica.
- **La atención de mujeres y niños (adolescentes) es la garantía de unas futuras generaciones sanas y con capacidad de aportar riqueza al país.**
- La cronificación afecta mayoritariamente a los hombres. (más del 50%)

¹ Se considera que existe equidad [cuando tiende a cero](#).



ZONA INFLUENCIA SAN PEDRO SULA

- Desde el año 2000 consultorio de medicina general en San Pedro Sula por parte de la OHSJD.
- Población zona influencia San Pedro Sula: 1.800.000 habitantes.
- Previsión de personas con necesidad de atención mental: 126.000 (7% población).
- Actualmente, los hondureños de la zona de San Pedro Sula, deben hacer un trayecto de 5 horas para ser atendidos en consultas externas o en el hospital de Tegucigalpa, con un costo aproximado de 300 L, debiendo llegar a los centros asistenciales (Santa Rosita y Mario Mendoza) dentro de los horarios hábiles y no generar gastos de hospedaje.
- Además de la distancia, San Pedro Sula, no cuenta con cuidadores ni trabajadores sociales medianamente especializados en pacientes psiquiátricos que pudieran paliar las necesidades de los enfermos y familiares.
- Los servicios públicos en Salud Mental de la región son únicamente las consultas externas del Hospital Catarino Rivas, el IHSS y el Centro de Salud de Paz Barahona (3 psiquiatras en total).
- En el caso del Hospital Catarino Rivas el psiquiatra visita 3 días a la semana durante 2 horas.



EXPERIENCIA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS EN SALUD MENTAL

- La OHSJD gestiona 81 Centros de Salud Mental en el mundo con 10.181 camas.
- Dispone además de 32 Centros que promueven actividades o servicios no residenciales para enfermos mentales.
- La OHSJD realiza 3.100.000 asistencias al año a enfermos mentales del mundo.
- Gestiona 47 escuelas con un total de 2.921 alumnos (2004), repartidos de la siguiente manera:
 - 14 escuelas para enfermeros y figuras equiparadas con 1.413 alumnos
 - 6 escuelas para técnicos de la rehabilitación con 464 alumnos
 - 5 escuelas para educadores especializados con 216 alumnos
 - 1 escuela para técnicos biomédicos con 24 alumnos
 - 21 escuelas/cursos de “otro tipo” con 804 alumnos



EL FUTURO CENTRO DE SALUD MENTAL DE SAN JUAN DE DIOS EN SAN PEDRO SULA

El futuro Centro de Salud Mental que promovio conjuntamente la Iglesia Católica, Obispado de San Pedro Sula, y que gestionará la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se ha diseñado siguiendo los siguientes parámetros:

- **Área de influencia:** Departamentos de Cortés, Atlántida, Yoro y Santa Bárbara.
- **Área de hospitalización:** 30 camas de enfermos agudos para tratamientos de estabilización máximos de 1 mes.
- **Área de observación:** 6 camas de pacientes por abuso de consumo de sustancias tóxicas (alcohol y estupefacientes)
- **Centro de Día:** Capacidad para 40 pacientes diseñado para garantizar 4.800 estancias al año.
- **Consultas Externas:** Dos áreas diferenciadas con capacidad para alrededor de 18.000 visitas anuales. Una para niños/adolescentes y otra para adultos.
- **Presupuesto de construcción:** 1,5 millones de USD.
- **Estimación presupuestaria de funcionamiento:** 800.000 USD /año.

El Proyecto de Centro de Salud Mental de San Pedro Sula pretende:

1. Contribuir a los objetivos definidos por la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) que prevé rebajar la pobreza en 24 puntos porcentuales.
2. Trabajar especialmente las necesidades en salud mental de los niños y adolescentes para garantizar su óptimo crecimiento y contribuir a su desarrollo social con la máxima normalidad posible.
3. Acercar los servicios de salud mental a la población del área de influencia. Se estima que ello comportará un aumento de personas que podrán ser atendidas respecto de los desplazamientos que se realizaban en la actualidad hasta Tegucigalpa.



4. Desconcentrar los servicios de atención en Salud Mental. La construcción del nuevo centro de salud mental evitará incontables desplazamientos de los pacientes y sus familiares a los hospitales de Tegucigalpa, con el consiguiente ahorro de tiempo y dinero.
5. Descongestionar los servicios sanitarios existentes en Tegucigalpa. El descenso en las visitas de los pacientes provenientes de la zona de influencia de San Pedro Sula permitirá rebajar la presión asistencial de los dos hospitales existentes en Tegucigalpa. Esta descongestión también permitirá asistir a nuevos pacientes hasta ahora imposibles de atender dada la situación de saturación.
6. Evitar la cronificación de los pacientes con la consiguiente mejora de calidad de vida y consiguiendo que un mismo centro asista a más personas con necesidades de atención en salud mental.
7. El trabajo asistencial del Centro de Salud Mental de San Pedro Sula irá destinado a hacer posible la curación y rehabilitación del 60 % de las personas con necesidades de atención en salud mental.
8. El proyecto de San Pedro Sula hará posible la formación de personal especializado tanto en las disciplinas sanitarias como en las sociales y aprovechará las estructuras de que dispone la OHSJD en el mundo.
9. También se aprovechará el trabajo en red con todas las instituciones y administraciones con las que la OHSJD tiene relación para garantizar de un lado la sostenibilidad del proceso en el futuro así como la introducción de las mejoras tecnológicas y de transferencia del conocimiento posible.



YANBIAN HOSPICE EN YANJI (CHINA)





Desde 1982 la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se planteaba el deseo de entrar en China para hacer llegar la Hospitalidad de Juan de Dios a este país emblemático y hacer una actuación de solidaridad con el pueblo chino, en las carencias que pudieran tener.

Se llevaron a cabo entradas temporales por parte de algunos Hermanos como profesores de pedagogía especial. También se habían establecido colaboraciones entre hospitales desde nuestros centros en Madrid y Roma, pero no se había podido materializar todavía el establecimiento definitivo en dicho país.

En 1998 un grupo de profesionales de la salud chinos y responsables políticos de la Provincia de Yanji, llegaron a Corea coordinados por el Ministerio de salud coreano y les programaron la visita a 10 hospitales. Intentaban aprender y exportar a China algunas de las experiencias que se estaban llevando a cabo en Corea.

El Gobierno coreano incluyó en la visita al centro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Gwantgju, que entre otros diversos servicios cuenta con una Unidad de Cuidados Paliativos, quedando los visitantes impactados de la filosofía con la que los pacientes, enfermos de cáncer en su fase terminal, eran tratados.

Desde entonces se estableció una relación más estable entre las Autoridades de Salud de Yanji y el hospital de la Orden de Gwantgju. A finales del año 1999 algunos profesionales, médicos y enfermeras, estuvieron unos meses en la unidad de Unidad de Cuidados Paliativos con el fin de acumular experiencia. El Director del Departamento de Salud local de Yanji, pidió a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que estudiara la posibilidad real de fundar una Unidad de Cuidados Paliativos en la ciudad de Yanji, con la misma filosofía que él había podido comprobar en Corea ya que esta provincia China soporta un creciente problema de mortalidad como consecuencia del cáncer.

Finalmente, arrancó el proyecto y actualmente la presencia de la Orden está basada en un partenariado entre dos realidades civiles, Hospital Second People de Yanji y el Hospital de San Juan de Dios de Gwantgju. En Junio de 2005 se inauguró la puesta en funcionamiento del Yanbian Hospice especializado en Cuidados Paliativos.



Es la primera vez que una Orden Religiosa Católica es demandada por las autoridades Chinas para construir y gestionar un centro de salud.

El Yanbian Hospice, cuenta con Hospital de día, asistencia a domicilio, formación para la prevención del cáncer, así como capacidad para el diagnóstico precoz, el tratamiento y el servicio de acompañamiento para pacientes ingresados y para sus familias, sobretodo para los casos en que los enfermos no cuentan con el acompañamiento de ningún familiar.

Para hacer realidad este nuevo Centro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha sido necesaria una aportación solidaria de más de tres millones de dólares.

Actualmente, las autoridades chinas continúan animando a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a abrir más Centros como el de Yanji.

