Comité para
la Prevención
de la Tortura

Informe de Visita:

Unidad Sociosanitaria
Complejo Hospitalario San José de Maipo

Septiembre, 2025

Elaborado por:

Comité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles,

Inhumanos o Degradantes

Comité para la Prevención de la Tortura

Comité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles Inhumanas y Degradantes

Expertas/os
Javiera Canessa Cordero,
Karen Espínola Solar,
Yamileth Granizo Román,
Luis Vial Recabarren,
Daniel Soto Muñoz,
Paula Valenzuela Delpiano.

Secretario Ejecutivo
Nicolás Anglas Gallardo (s).

Comisión de visita
Yvette Marcela García, Yamileth Granizo Román, Gonzalo Horstmeier Garote, Rafaela Madariaga Salfate.

Equipo de investigación, análisis y redacción
Yvette Marcela García, Yamileth Granizo Román, Daniel Wasserman Kobbert.

Edición final
Yvette Marcela García, Yamileth Granizo Román, Daniel Wasserman Kobbert.

Forma de citación sugerida: Comité para la Prevención de la Tortura (CPT). "Informe de Visita: Unidad Sociosanitaria, Complejo Hospitalario San José de Maipo", Santiago (2025).

Esta publicación es de uso público y sus contenidos pueden ser reproducidos total o parcialmente citando la fuente.

Comité para la Prevención de la Tortura

ÍNDICE

I.- Introducción **3**
II.- Marco legal **3**
III.- Contexto de visita **3**
IV.- Objetivos de la visita **5**
V.- Metodología de visita **6**
VI.- Hallazgos principales **7**
1. Régimen y actividades 7
2. Contacto con el mundo exterior 10
3. Condiciones materiales 11
4. Salud 14
5. Medidas de protección 15
6. Trato 18
7. Autonomía 19
8. Gestión del personal 21
VII.- Recomendaciones **23**
VIII.- Bibliografía referenciada **26**

Comité para la Prevención de la Tortura

I.- Introducción

El Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) realizó una visita de carácter preventiva no anunciada a la Unidad Sociosanitaria del Complejo Hospitalario San José de Maipo, los días 9 y 10 de abril del año 2025.

El presente informe da cuenta de los hallazgos principales y recomendaciones por parte del CPT en el marco de esta visita.

II.- Marco legal

El CPT es un órgano creado por la Ley N° 21.154 en cumplimiento de las obligaciones adquiridas por Chile mediante la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT). Dentro de las atribuciones establecidas en el ART. 3 de la Ley N° 21.154 se encuentran:

- Examinar periódicamente las condiciones de las personas bajo custodia y cuidado del Estado y el trato que reciben;
- Realizar visitas periódicas preventivas no programadas y de monitoreo a los lugares de privación de libertad que determine libremente;
- Reunirse con las personas que se encuentren en el lugar objeto de su visita y efectuar las entrevistas personales o grupales que estime pertinentes;
- Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.

Dado lo anterior, el CPT tiene la facultad de visitar diversos recintos entre los cuales se encuentran establecimientos de institucionalización de niñas, niños y adolescentes (NNA) por vulneración de derechos o por medida de justicia juvenil, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), centros de atención cerrada para personas con diagnósticos de salud mental, recintos penitenciarios, unidades policiales, entre otros.

III.- Contexto de visita

1. Antecedentes del Programa de Camas Sociosanitarias

El Programa de Camas Sociosanitarias depende del Ministerio de Salud (MINSAL), específicamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y este dispositivo se describe de la manera siguiente: “ofrece la prestación de camas a pacientes que no pueden egresar del hospital después de recibir el alta médica, debido a redes familiares disfuncionales u otros problemas del paciente” (Ministerio de Desarrollo Social y la Familia, 2025). La caracterización del programa corresponde a: (1) usuarias/os que se encuentran dentro de un recinto hospitalario y no pueden egresar una vez que tienen el alta médica; (2) La imposibilidad de egreso es debido a la existencia de redes familiares disfuncionales u otros problemas sociales que tenga la/el usuaria/o.

Los requisitos de ingreso al programa son: (1) Que la/el beneficiaria/o esté en FONASA; (2) Que la persona se encuentre hospitalizada con alguna patología aguda o crónica estabilizada, en condiciones de egreso (MIDESO, 2025).

Los componentes del programa consideran atención integral y social, contempla la entrega de todos los cuidados médicos necesarios y la elaboración de un plan temprano de intervención que permita la reinserción de las/os usuarias/os con su familia y/o comunidad. Para ello, debe desarrollar estrategias tales como: visitas domiciliarias, entrevistas, articulación con dispositivos sociales, postulación a ELEAM, entre otras. Así, busca establecer prestaciones médicas a las personas hospitalizadas, junto con propender su reinserción en sus redes familiares o comunitarias.

De acuerdo a los primeros datos recogidos por el CPT, el programa se desarrolla desde el año 2015, y, a nivel nacional, se identificaron los siguientes recintos asistenciales que cuentan con este dispositivo (Dirección de Presupuestos, 2019):

REGIÓN	RECINTO
O'Higgins	Hospital de Peumo
Los Lagos	Hospital Maullín
La Araucanía	Hospital de Lautaro
Metropolitana	Centro de Referencia de Salud (CRS) de Maipú[1]
Metropolitana	Hospital San José de Maipo

2. Antecedentes de la Unidad Sociosanitaria del Complejo hospitalario de San José de Maipo

La Unidad Sociosanitaria se ubica en el pabellón denominado "Casa de salud Carolina Doursther" del Complejo Hospitalario San José de Maipo, en un edificio patrimonial situado en el sector alto del cajón cordillerano, conocido por haber sido históricamente el primer sanatorio para personas con tuberculosis a principios del siglo XX.

En el año 2008, tras una iniciativa de la dirección del complejo hospitalario y mediante resolución del propio recinto, se implementó una Unidad Sociosanitaria con veinte camas para acoger a personas que, tras su alta clínica, no contaban con un lugar para egresar. Posteriormente, en el año 2015, se lanza oficialmente el Programa de Camas Sociosanitarias a nivel país, a cargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, dirigido a personas que presenten una doble condición de riesgo y dependencia (alta dependencia social y dependencia de cuidados sanitarios de baja complejidad), en el que se ve incluyendo el Hospital de San José de Maipo.

[1] Cabe mencionar que el CPT concurrió al CRS de Maipú, en el mes de marzo del 2025, y se constató que dicho programa ya no se implementa en este recinto.

Este recinto hospitalario es de mediana complejidad y es el destino de derivaciones desde los recintos de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, del Hospital Padre Hurtado, Hospital de La Florida y Hospital Sótero del Río, así como de Centros de Salud Familiar (CESFAM). El hospital ha contado con acreditación y, al momento de la visita, se encontraba en proceso de reacreditación, evaluación en la cual subsistían algunas observaciones. Los recursos de la unidad son parte del presupuesto anual entregado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), los cuales se distribuyen internamente de acuerdo a los programas, camas y tipo de camas, es decir, según las necesidades del Complejo Hospitalario.

En un primer tiempo, la Unidad Sociosanitaria se encontraba en el pabellón Laennec, siendo luego trasladada en el 2020, al pabellón Casa de Salud. Es el primer sector al entrar a dicho pabellón, donde se encuentran además Unidades para Hospitalizadas/os críticas/os y de cuidados paliativos. Al momento del monitoreo, la unidad disponía de 18 de las 20 camas, ya que 2 personas se encontraban momentáneamente en una unidad contigua en la misma Casa de Salud, debido a las reparaciones de la sala donde se encuentran habitualmente. Vale tener presente que existen personas hospitalizadas en otras unidades del hospital que son clasificadas como “usuarias y usuarios sociales” o “pacientes sociales”.

Para las personas hospitalizadas, ya sean “pacientes sociosanitarias/os” o “pacientes sociales” se llevan a cabo diversas evaluaciones respecto de necesidades de cuidado y riesgo social. Específicamente se aplican los instrumentos de medición: (1) CUDYR (Instrumento que mide riesgo de dependencia y riesgo de cuidados), y (2) Score de Riesgo Social (Instrumento que evalúa vulnerabilidad, por lo tanto busca identificar riesgo de dependencia social y necesidades de apoyo integral).

Según datos internos del recinto, con fecha de abril de 2025, 92 personas eran calificadas de mediana y alta complejidad social[2], y se encontraban distribuidas en distintas unidades del recinto. En ese grupo denominado “pacientes sociales”, 6 se encontraban a la espera de la liberación de un cupo en la Unidad Sociosanitaria del recinto.

IV.- Objetivos de la visita

La visita tuvo como **objetivo general** evaluar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a las personas que se encuentran en la Unidad Sociosanitaria del Complejo Hospitalario de San José de Maipo. Los **objetivos específicos** fueron:

1. Conocer el régimen de la Unidad Sociosanitaria, sus condiciones materiales, las condiciones de las personas hospitalizadas, las prestaciones que se realizan, el trato que reciben las personas hospitalizadas, las medidas de protección que tienen las personas, la autonomía de las personas, y las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es;

2. Analizar el nivel de cumplimiento de los hallazgos encontrados en base a estándares internacionales de derechos humanos.

[2] Unidad Gestión del Usuario, Área Servicio Social, Complejo Hospitalario San José (2025). “Usuarios sociosanitarios Abril 2025”. Cabe destacar que, según las entrevistas realizadas al personal, esta cifra aumenta considerablemente durante las campañas anuales de invierno.

3. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas instituciones con competencia en la administración y funcionamiento del recinto visitado.

V.- Metodología de visita

La visita tuvo un carácter exhaustivo, en tanto incluyó la evaluación de los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Su diseño metodológico fue de tipo cualitativo y las técnicas de levantamiento de información fueron las siguientes: (a) Entrevistas semiestructuradas individuales a pacientes ubicadas/os en la Unidad Sociosanitaria, a funcionarias/os y a la Dirección; (b) Conversaciones informales con residentes del dispositivo sociosanitario y con funcionarias/os; (c) Observación de condiciones materiales e infraestructura; (d) Observación de dinámicas relacionales; (e) Revisión de registros internos; y, (f) Revisión de documentos.

Las pautas de los instrumentos fueron adaptadas de acuerdo a las características de la población considerada y a los objetivos planteados. Para la aplicación de las entrevistas, se hizo uso de consentimiento informado sobre las condiciones de participación, confidencialidad, anonimización y privacidad de las personas.

Durante la visita, se efectuó un total de 4 entrevistas individuales y 1 conversación grupal con personas hospitalizadas, se entrevistaron 9 funcionarias/os (personal de trato directo, clínico y técnico, además de la Dirección). Asimismo, se entablaron conversaciones informales, tanto con residentes como con el personal, se revisaron registros (en particular libro de novedades, hojas de registro de enfermería, libro de entrega de auxiliares, control de diuresis y deposiciones, baños, organización de fichas clínicas) y se aplicó un formulario para recopilar datos de la unidad. Tras el monitoreo, una serie de documentación institucional y protocolos fueron entregados al CPT (entre los cuales informes técnicos de Prescripción de Medidas para Programas de Vigilancia de Riesgos Psicosociales, Convenio Fondo Nacional de Salud FONASA y ELEAM, Protocolo de acompañamiento a pacientes hospitalizados, y Protocolo de acompañamiento espiritual).

La información recopilada fue vaciada y sistematizada en una matriz de análisis. Asimismo, se realizaron reuniones con la participación del equipo de visita, a fin de triangular los datos, comparar impresiones y establecer un análisis común respecto a las brechas de cumplimiento. Para efectos del monitoreo, se revisaron las siguientes dimensiones: (1) Régimen y actividades; (2) Contacto con el mundo exterior; (3) Condiciones materiales; (4) Salud; (5) Medidas de protección; (6) Trato; (7) Autonomía; y, (8) Gestión del personal.

Para evaluar los niveles de desempeño de cada una de las dimensiones indicadas en el apartado anterior, el equipo utilizó una rúbrica de cinco niveles: (i) sobresaliente; (ii) bueno; (iii) parcial; (iv) insuficiente; y (v) ausente. La descripción de cada uno se señala en la siguiente tabla.

Tabla N°1: Niveles de desempeño de las dimensiones y sus descripciones

Sobresaliente	Bueno	Parcial	Insuficiente	Ausente
Las condiciones evaluadas cumplen con el estándar y se identifican buenas prácticas.	Las condiciones evaluadas coinciden, en su mayoría, con el estándar.	Las condiciones evaluadas cumplen sólo en parte con el estándar.	Las condiciones evaluadas se encuentran significativamente por debajo de la media para alcanzar el estándar.	No hay evidencia que reporte avances orientados a alcanzar el estándar.

(Fuente: Elaboración propia)

VI.- Hallazgos principales

1. Régimen y actividades

El procedimiento de **ingreso** a la Unidad Sociosanitaria es gestionado por el servicio de Gestión de Camas del hospital, y las personas suelen provenir de un recinto del SSMSO, o bien de otra unidad del mismo establecimiento de salud. Según el personal entrevistado y la documentación entregada al CPT, cada caso se evalúa por una/un trabajadora/or social del recinto[3], asimismo, se realiza un informe médico que consigna el estado de salud de la persona.

Dentro de las personas que califican como "usuaria/o social" con alta complejidad social, la/el enfermera/o encargada/o de la unidad escoge a aquellas que responden mayormente al perfil sociosanitario, es decir, de preferencia con dependencia leve a moderada. Lo anterior es debido a la carga física, mental y emocional que conllevan los cuidados diarios de personas para las/os funcionarias/os.

Al momento de la visita, había 16 hombres y 4 mujeres. La unidad cuenta con 6 salas y los criterios de **segmentación** de las 6 salas eran, por una parte, el sexo/género y, por otra parte, los grados de dependencia. Las 4 mujeres se encontraban respectivamente en 2 salas, equipadas cada una de 2 camas. Los 16 hombres estaban distribuidos en tres salas. Una primera sala, la más alejada del mesón central, albergaba 2 hombres, que tenían mayores grados de dependencia. La segunda sala, frente del sector clínico, alojaba 8 hombres, quienes tenían niveles severos de dependencia. En una tercera sala, contigua a la segunda, se encontraban 4 hombres con altos niveles de dependencia. Vale destacar que una de las piezas de la unidad estaba en reparación, la que tenía una capacidad para 2 hospitalizados hombres, los que fueron reubicados en otra unidad del mismo pabellón de forma temporal.

Casi la totalidad de las/os residentes requiere de una silla de ruedas para movilizarse, observándose que sólo 2 personas se trasladaban sin uso de éstas. De acuerdo al personal clínico entrevistado,

[3] Ibid.

ninguna/ún residente es autónomo, 5 tienen autonomía parcial y, el resto, es decir 15 personas, son dependientes.

En cuanto al **perfil** de las/os residentes hospitalizadas/os en la Unidad Sociosanitaria, casi la totalidad tiene sobre los 60 años, es decir, son personas mayores, encontrándose en el procedimiento de solicitud de ingreso a un ELEAM. Algunas personas presentan cuadros de salud mental y/o se encontraban en situación de calle.

Si bien algunas personas cuentan con redes familiares, ninguna de éstas se consideran funcionales para entregarles cuidados básicos por diferentes razones (vulnerabilidad social, poco o ningún vínculo con la/el residente, violencia intrafamiliar VIF o abandono de la persona respecto a seres cercanas/os, negligencia y/o maltrato familiar -incluso ciertos casos judicializados-, entre otras). De hecho, la mayoría vivían solas antes de padecer algún problema de salud y ser hospitalizadas.

Según el personal entrevistado, las residentes mujeres frecuentemente no tuvieron hijas/os y carecen de redes familiares y de apoyo cercanas, y muchos hombres tienen antecedentes de VIF, alcoholismo y/o fueron padres ausentes. De acuerdo a la información obtenida, 4 casos estaban judicializados, 3 de ellos por VIF y 1 con medida cautelar. Una parte significativa del grupo hospitalizado en la unidad presenta secuelas de Accidente Cardiovascular (ACV), diabetes, Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), fracturas, además de padecer enfermedades crónicas habituales (hipertensión, diabetes, entre otras). Las personas suelen ingresar al complejo hospitalario tras una derivación de los hospitales Sótero del Río y de La Florida, encontrarse compensadas y con cuadros de salud estabilizados y no contar con apoyo de personas significativas para poder egresar.

A pesar de ser considerada como una unidad de corta estadía, la duración de permanencia se prolonga y el tiempo promedio oscila entre 4 a 6 años, pudiendo incluso superar los 10 años.

El **régimen** de la Unidad Sociosanitaria corresponde a las rutinas aplicadas en todo recinto de salud. El turno de mañana se inicia a las 08:00 horas, el equipo clínico (enfermera jefa, Técnicas/os en Enfermería de Nivel Superior TENS, cuidadoras) procede a la recepción del turno nocturno y se reparten los desayunos, que algunas/os residentes toman en sus camas mientras que otras/os se levantan y lo reciben en mesas pequeñas del pasillo. A las 09:00 horas se realiza la administración de medicamentos, y entre las 09:30 y 10:00 horas empieza el aseo y confort (muda de pañales, lavado, baño, rasurado, etc.). Las personas se duchan día por medio y existe un calendario para la utilización de las duchas. Si el número de cuidadoras es insuficiente, de acuerdo a las palabras de una/un funcionaria/o entrevistada/o: "*Cuando estamos con déficit, como hoy, no tenemos baño, se prioriza. Si le hacemos un buen aseo confort, un lavado, un trapeado, rasurado, peinado.*"

Durante las mañanas, también se realiza el control de signos vitales. Por otra parte, se realizan mudas a las 11:00, a las 15:00, entre las 18:00 y las 19:00, a las 23:00, a las 02:00 de la mañana y a las 06:00 de la mañana.

A las 12:00 horas, todas las personas se levantan, en silla de ruedas, se trasladan al pasillo para almorzar, y se realiza una segunda administración de medicamentos si corresponde. Se entrega una colación a las 14:00 horas. Una/un kinesióloga/o acude a la unidad para realizar una terapia grupal kinesiológica motora entre las 14:00 y las 15:45 horas aproximadamente, la cual es voluntaria. Un número reducido de personas participa en esta terapia, que no es regular, ya que puede efectuarse 2 veces a la semana, pero en muchas oportunidades no hay sesiones durante una o dos semanas

completas. En ese mismo horario, en algunas oportunidades y de forma muy puntual, una/un psicóloga/o del hospital imparte una clase de yoga, o una/un terapeuta ocupacional del recinto realiza ciertas actividades con las/os residentes. En esa franja horaria, si la carga laboral lo permite, las cuidadoras buscan realizar diferentes actividades con las/os residentes: sopas de letras, dominó, entregan plastilina, artículos para dibujar colorear, y se proyecta una película en el televisor elegida por el personal, que pueda ser de agrado para las personas. Si bien la Unidad Sociosanitaria tiene un personal fijo asignado, las/os funcionarias/os entrevistadas/os indican que resulta poco factible cumplir objetivos terapéuticos, por lo que el trabajo termina más bien siendo mantener la condición de las personas dentro del recinto - y no una rehabilitación o recuperación propiamente tal-. Por otra parte, el personal también organiza las celebraciones de los cumpleaños de las/os hospitalizadas/os.

Alrededor de las 15:00 y/o a las 17:00 horas, en caso de que proceda, se entregan tratamientos. La once se da a las 16:00 o 16:30 horas. No hay ninguna actividad en particular hasta la hora de la cena, la cual es entre las 18:00 y las 19:00 horas, en su pieza para las personas más autovalentes que lo deseen, y en el pasillo para las personas con menos grados de dependencia, y al terminar la cena, las personas se desplazan hasta sus salas. A partir de las 19:00 horas, se realiza nuevamente aseo y confort y se administran medicamentos. A las 20:30 horas, el personal diurno de trato directo entrega el turno.

Se valora que se establecieron horarios, turnos de baños y rutinas en las que todas/os las/os residentes deben levantarse de sus camas, en ciertas franjas horarias establecidas, salvo excepciones muy puntuales, para evitar que las personas se deterioren. Sin desmedro de lo anterior, ante una baja dotación de cuidadoras, no se logra cumplir este objetivo y las personas entrevistadas mencionan que pueden quedarse acostadas cuando asiste poco personal de trato directo. Además, las/os residentes pasan la mayor parte de su tiempo sin actividades, en el pasillo de la unidad o en sus camas, y las personas entrevistadas aluden al aburrimiento y al tedio de sus jornadas.

Después de la entrega de turno, el personal efectúa vigilancia de las/os residentes, hasta las 21:00 horas, cuando se distribuye una colación a quienes lo deseen. La rutina de noche incluye administración de medicamentos, mudas, cambios de posición, control de signos vitales, administración de medicamentos SOS en caso que se requiera.

Respecto a la **circulación**, las personas pueden circular por la unidad, transitar por los pasillos del Pabellón Casa de Salud reservados a las/os usuarias/os del hospital, y la terraza que se encuentra en el pabellón está a libre disposición, a la cual acceden con silla de ruedas o andador, siempre con acompañamiento y supervisión de una/un miembro de personal, puesto que este espacio exterior tiene escaleras. No siempre se dispone de personal suficiente como para acompañar a las/os residentes, a la terraza y al patio. Por otra parte, las salidas fuera del establecimiento no están autorizadas[4].

Evaluación de la dimensión régimen y actividades: Bueno

La Unidad Sociosanitaria acoge principalmente a personas mayores de 60 años en situación de alta vulnerabilidad social y con dependencia funcional. El ingreso se gestiona mediante evaluaciones médicas y sociales, lo que asegura un proceso de selección ajustado a las necesidades sociosanitarias.

[4] Éstas eran permitidas hasta el año 2023 aproximadamente. Este punto será desarrollado en la dimensión Autonomía.

Se valora la existencia de rutinas estructuradas que incluyen cuidados básicos permanentes, administración de medicamentos, control de signos vitales y apoyo kinesiológico y ocupacional, además de algunas actividades recreativas y celebraciones puntuales organizadas por el personal. La segmentación por niveles de dependencia y género favorece una atención diferenciada. Asimismo, se promueve la movilización diaria para prevenir el deterioro funcional y se dispone de espacios como la terraza para favorecer la circulación supervisada.

Se ve como elementos a mejorar la larga permanencia de las personas en el dispositivo, como también el hecho que las rutinas de las personas hospitalizadas pueden verse afectadas por las variaciones de personal. En el mismo sentido, es de preocupación el hecho de que las rutinas de las personas hospitalizadas son tediosas o aburridas y poco estimulantes.

2. Contacto con el mundo exterior

El hospital dispone de protocolo respecto a las **visitas** que, además de contemplar horarios regulares, permite el acompañamiento tanto diurno como nocturno, además de la alimentación asistida por parte de personas significativas, a discreción de una/un de las/os médicos del recinto[5]. No obstante, una de las características del perfil sociosanitario es no contar con una red de apoyo y el personal indica que no más de 5 personas tienen tutoras/es presentes y reciben visitas. Las visitas se realizan en las piezas.

Las **llamadas telefónicas** son permitidas. Algunas personas hospitalizadas cuentan con celular propio, y a quienes no lo poseen se les facilita un teléfono en la unidad.

El **acceso a información** y noticias es reducido, la televisión es manejada por el personal, no hay talleres ni diarios, aunque no existen limitaciones respecto al uso de radios, que ciertas personas escuchan libremente.

Las **encomiendas** son autorizadas, no obstante, al igual que las visitas, pocas/os residentes reciben insumos, debido a sus redes de apoyo casi inexistentes. En cambio, algunas organizaciones, tales como las Damas de Rojo, Damas de Blanco, entregan donaciones (útiles de aseo en general). El propio personal también aporta algunos artículos (cuchillas de afeitar, colonias, cremas), complementando lo que el Hospital cubre, principalmente pañales.

Durante las fiestas (por ejemplo, Fiestas patrias, Navidad) las personas de la Unidad Sociosanitaria han sido invitadas a algún colegio de la comunidad para participar en una actividad recreativa (baile, recital, show) con el estudiantado. Asimismo, en esas fechas es cuando más organizaciones acuden, entregan donaciones, o presentan bailes o recitales a las personas hospitalizadas. En algunas ocasiones, practicantes o voluntariadas/os del Centro de Formación Técnica (CFT) Santo Tomás realizan bingos con pequeños premios. Esta actividad recreativa es particularmente apreciada por las personas hospitalizadas. Las actividades descritas anteriormente, suelen ser puntuales e irregulares y el **contacto con la comunidad** es muy escaso.

[5] Los acompañamientos, tanto de personas significativas como espirituales, se encuentran protocolizados.

Evaluación dimensión contacto con el mundo exterior: parcial

Se destaca que el hospital cuenta con un protocolo de visitas que permite el acompañamiento y se facilitan teléfonos para llamadas. También que las encomiendas están autorizadas y que se organicen actividades recreativas con la comunidad. Sin embargo, un aspecto negativo es la escasa interacción de las/os hospitalizadas/os con familiares, personas significativas y la comunidad. Además, muy pocas personas reciben encomiendas. El acceso a información y noticias es limitado, con la televisión controlada por el personal y la falta de talleres o diarios. Las actividades recreativas son puntuales e irregulares, resultando en un contacto muy escaso con la comunidad.

3. Condiciones materiales

Como fue señalado anteriormente, la Unidad Sociosanitaria se sitúa en una área histórica declarada patrimonio, por lo que los arreglos exteriores no son posibles. Se distingue la renovación de una parte significativa del interior del pabellón, en particular de la unidad monitoreada. En efecto, las salas están renovadas y son amplias, las camas adecuadas y se subraya la limpieza del sector.

Fotografía N° 1: Pasillo de la unidad

De forma general, las/os hospitalizadas/os entrevistadas/os se muestran conformes con la infraestructura. No obstante, si bien los espacios comunes son accesibles, se observaron desniveles para transitar en el pabellón y la falta de acceso a movilidad reducida en los sanitarios y duchas. Estos espacios tienen pasamanos, pero no son acordes ni adaptados. Las puertas de los baños son muy estrechas y no faculta el ingreso con silla de ruedas, por lo que la asistencia incluye cargar a las personas. En cuanto a las 2 duchas presentes, sólo 1 se encuentra habilitada y presenta un peldaño que dificulta su acceso y uso. Además, el botón de alarma se encuentra fuera de los baños y duchas, al costado de la puerta de entrada. El personal menciona que el agua tarda en salir caliente. En el

mismo sentido, se observa que el espacio exterior (terraza) tiene escaleras y no tiene adaptaciones para personas con movilidad reducida[6].

Fotografía N° 2: Dormitorios

Fotografía N° 3: Baño de la unidad

En las salas, no funciona la totalidad de los timbres. Otro aspecto relevante es la altura del mesón de la enfermería, que no permite visibilidad hacia el pasillo y las salas aledañas. Como fue indicado anteriormente, las personas comen en el pasillo. En ese sentido, se hace necesario contar con un área de comedor o sala multiuso, para tener mejor asistencia durante la alimentación. Tanto el

[6] Esto fue señalado en la dimensión Régimen y actividades.

personal como las/os residentes ponen de relieve esa necesidad, puesto que los espacios comunes (pasillos) son reducidos. A su vez, se observa que el mobiliario (sillones, sofás, mesas) es vetusto.

Fotografía N° 4: Mesón de enfermería

Se menciona que hubo cortes de luz reiterados, lo cual se resolvió con la implementación de generadores, que tienen una duración de 48 horas. Por otra parte, las personas entrevistadas aseveran que no pasan frío, la mantención a la calefacción centralizada de las piezas se realizó el año anterior a la visita, y los espacios comunes son calefaccionados con estufas a gas.

Fotografía N° 5: Terraza de la unidad

La ropa de cama es provista por el hospital y es suficiente. Las/os familiares que se involucran más abastecen con la vestimenta, pero la mayoría usa ropa ofrecida por donaciones de organizaciones,

del propio personal, o legada en caso de fallecimiento o egreso de una/un residente - la ropa es personal y no colectiva. Es menester especificar que también se donan útiles de aseo, pero el personal entrevistado precisa que estos insumos son destinados a la Casa de Salud, donde se concentra una parte significativa de las/os "usuarias/os sociales", por lo que se distribuyen en todo el pabellón. Debido a ésto, el personal ofrece algunos insumos a las/os residentes y las/os trabajadoras/es sociales entrevistadas/os confirman que las últimas donaciones importantes no han logrado cubrir todas las necesidades de la Unidad Sociosanitaria.

De acuerdo a los relatos, la comida es adaptada a las necesidades de las/os residentes (por ejemplo régimen para personas diabéticas, o con problemas de deglución), y si bien el personal estima que es poco variada, las personas entrevistadas afirman estar satisfechas con la alimentación recibida.

Por otra parte, se efectuó un simulacro de evacuación, el año anterior, aunque las personas entrevistadas no tienen claro cómo proceder en caso de emergencia.

Evaluación de la dimensión condiciones materiales: Parcial

La Unidad Sociosanitaria presenta avances significativos en infraestructura, destacando camas adecuadas, buena limpieza y calefacción suficiente, lo que genera satisfacción en residentes. Se asegura provisión de ropa de cama, alimentación adaptada a necesidades de salud y disponibilidad de generadores para cortes eléctricos. Sin embargo, persisten limitaciones importantes en accesibilidad y equipamiento: baños, duchas, y terraza no adaptados a movilidad reducida, timbres y alarmas deficientes, mobiliario vetusto, falta de comedor multiuso. Además, la dependencia de donaciones para vestimenta e insumos revela brechas estructurales, y los simulacros de emergencia no están suficientemente interiorizados por las/os residentes.

4. Salud

Una/un médico general asiste diariamente a la unidad, y según funcionarias/os entrevistadas/os, intenta abarcar integralmente a cada persona hospitalizada, aplicando evaluaciones diarias. Esta percepción no es compartida por las/os residentes, quienes manifiestan que el control diario es rutinario y poco detallado, afirmando que "*El doctor mira, y se va*". Por otra parte, si la/el enfermera/o pesquisa algún signo y/o síntoma, da aviso o consulta al médico. De requerirse, para cuadros simples, se solicitan exámenes, y si la persona se agrava, se traslada a otra unidad del mismo recinto, con mayor equipamiento. Este tipo de traslado interno puede ser muy rápido cuando hay cupo disponible, y con una leve demora en caso contrario.

Respecto a requerimientos de mayor complejidad, las horas con especialistas se gestionan a través de interconsultas con el Hospital Sótero del Río. Para asistir a una cita, una ambulancia del recinto traslada a la persona, quien es acompañada por personal del hospital -y no de la unidad-. Sobre este aspecto reside uno de los mayores reclamos de las/os residentes, quienes señalan que, por ejemplo, la espera para citas en oftalmología llega a superar los 8 meses, al igual que para la población general.

A su vez, algunas personas entrevistadas manifiestan requerir atenciones en salud mental. El personal, por su parte, señala que una/un psicóloga/o pasa una vez al mes, y, en particular, para conversar con personas cuyo egreso a un ELEAM se está concretizando.

Las fichas clínicas son digitales, y se consignan, entre otros, diagnósticos, actividades que se realizaron y tratamientos. Asimismo, se establece un "plan consensuado", donde el personal clínico y el residente llegan a un acuerdo respecto a ciertos procedimientos. Por ejemplo, solicitar al personal clínico un urinario plástico cuando lo necesite, por temas de control de esfínter. Por otra parte, no se observaron planes integrales de atención.

El Complejo Hospitalario San José de Maipo cuenta con un vasto equipo de rehabilitación, el cual, según los relatos recogidos, tiene como prioridad la realización de actividades de rehabilitación para cuadros agudos.

Se aprecia que la unidad tiene algunas sesiones de kinesiología, pero no son regulares. Además, dichas terapias son grupales, siendo una de las expectativas de las personas hospitalizadas que éstas sean individualizadas y focalizadas. A esto se agrega que no se dispone, en la unidad, de implementos específicos, tales como bandas elásticas o pesas, que pueden apoyar a la mantención y mejora de las actividades de musculatura y motricidad de las personas hospitalizadas.

Lo anterior es congruente con lo señalado en las entrevistas, tanto de las/os funcionarias/os como de las personas hospitalizadas, mencionando que se desatienden los tratamientos y ejercicios de mantención de capacidades remanentes. Asimismo, se menciona que este problema conlleva que las personas se deterioran más aún si no están ocupadas.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, el personal clínico de la Unidad Sociosanitaria ha establecido una rutina, donde, excepto situaciones muy puntuales, todas/os las/os residentes, incluso personas que se encuentran en estado de dependencia física reducida o severa, deben levantarse al menos una vez al día, considerando que hace parte de su rehabilitación o mantención de capacidades remanentes.

Evaluación de la dimensión salud: Bueno

La atención de salud en la unidad se caracteriza por la presencia diaria de un/a médico/a general, el uso de fichas clínicas digitales y la implementación de planes consensuados con residentes, lo que refleja esfuerzos por una atención integral. Asimismo, existe un protocolo de traslados internos rápidos ante emergencias, acceso a especialistas vía interconsultas, y el equipo de la unidad que fomenta rutinas para que las personas hospitalizadas se levanten todos los días.

No obstante, los residentes perciben las evaluaciones médicas como superficiales. Persisten largas demoras en la atención de especialistas externas/os, escasa o nula frecuencia en terapias de salud mental, y limitaciones en mantención de capacidades remanentes.

5. Medidas de protección

Es menester señalar que una parte significativa de las/os hospitalizadas/os están poco orientadas/os. Pese a ello, suelen saber las razones por las cuales se encuentran residiendo en el dispositivo. En cuanto a la **información acerca de sus derechos**, el personal entrevistado alude a que la mayoría de las/os residentes provienen de una unidad de salud, por lo que se asume que conocen el reglamento hospitalario y no se refuerza ni se actualiza esta información con las personas.

Se constata que las personas hospitalizadas están escasamente informadas sobre sus derechos. Aquellas/os residentes que se encuentran orientadas/os están conscientes de sus diagnósticos de salud, al contrario de las/os hospitalizadas/os con mayor deterioro cognitivo.

Se levantan problemáticas respecto al manejo de asuntos legales. En primer lugar, hay casos en que los tutoras/es de las personas hospitalizadas están ausentes, por lo tanto ante la necesidad de hacer un trámite se presentan obstáculos. En segundo término, se identificaron eventuales situaciones de abuso patrimonial, por ejemplo, casos en que familiares trataron de apropiarse de bienes (pensión o vivienda) de personas hospitalizadas con deterioro cognitivo. Ante esta última situación, la subdirección médica del hospital estableció que ninguna/ún notaria/o podía ingresar sin autorización de la/del médico tratante, quien evalúa las facultades de la/del residente.

En cuanto a **los mecanismos de solicitudes, quejas o reclamos**, como en todo centro de salud, existe la posibilidad de recurrir a la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencia (OIRS), información que no todas/os las/os residentes manejan. En sus relatos, se menciona que no hay libro de reclamos a disposición que resguarde el anonimato, y que toda solicitud, queja y reclamo se maneja dirigiéndose directamente a una/un funcionaria/o o una/un practicante de su confianza, lo cual coarta reclamos que requieran resguardo y confidencialidad. A ello se suma que las/os funcionarias/os no están familiarizadas/os ni capacitadas/os respecto a los protocolos y actuación en caso de denuncia. A su vez, de manera general, la información y el acceso a la justicia para las propias personas se evalúa como muy limitado.

Un elemento crítico se encuentra en materia de egreso de las personas hospitalizadas. El CPT identifica la poca claridad sobre fechas y lugares de egreso de las personas. En efecto, aún cuando se les informa al ingreso sobre la transitoriedad de su estadía, ésta se prolonga, y el egreso depende netamente de las posibilidades de reubicación y posibles lugares según las características de las/os hospitalizadas/os.

Fuera de los fallecimientos que acontecen debido a la edad avanzada de muchas/os residentes, se mencionan 3 vías de egreso: (1) Ingreso a un ELEAM u otra institución de protección; (2) Ingreso a un hogar particular; y, (3) Ingreso a un hogar familiar "de ser necesario"[7]. En ese marco, se destaca otro nudo crítico importante, puesto que existe una oferta reducida en instituciones de protección y complejidades para que las personas se vinculen o establezcan una red de apoyo efectiva. Tal como lo advierte una/un funcionaria/o entrevistada/o: "*No hay una respuesta estatal. Sabemos que necesitamos sacar al paciente, lo sabemos todo. ¿Pero dónde? Dónde vaya, está colapsado. No hay políticas sociales, o sea sí, está dirigido sobre el adulto mayor activo. El adulto mayor pasivo, no. Y adultos jóvenes o menores de 60 años, menos…*"

Las acciones para el egreso de las personas hospitalizadas implican una serie de trámites por parte de las/os profesionales del área social, tales como la obtención de la cédula de identidad, regularización de pensiones, ubicación de tutoras/es y personas significativas, ingresar al Registro Social de Hogares (RSH), entre otros. Sin perjuicio de ésto, las personas hospitalizadas refieren a la baja frecuencia de contacto con las/os trabajadoras/es sociales y de la poca información que manejan respecto a su egreso. Las/os profesionales del área, por su parte, indican que su labor se concentra en trámites y gestiones que, desde su perspectiva, no requieren de un trato diario y

[7] Unidad Gestión del Usuario, Área Servicio Social, Complejo Hospitalario San José (2025). "Usuarios sociosanitarios Abril 2025".

constante con las personas hospitalizadas -sus oficinas no se encuentran ni en la unidad, ni en el Pabellón Casa de Salud-.

Debido a la edad de los/os residentes, la mayoría está en proceso de postulación a un ELEAM, cuya tramitación se encuentra regulado en Orientaciones para la gestión de cupos de salud y criterios de inclusión de personas mayores en Establecimientos de Larga Estadía ELEAM[8]. El personal entrevistado indica que, fuera de los ELEAM del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se ha establecido un contacto directo con los ELEAM administrados por la Fundación Las Rosas. Para toda admisión a estos recintos, el personal del área social y clínico social elabora informes para dicha postulación, los cuales son evaluados en conjunto con el ELEAM a cual se postula.

Además de la limitada oferta y cupos disponibles en este tipo de recintos, existen diferentes obstáculos para que los egresos se hagan efectivos, tal como cumplir el requisito de autovalencia y tener una/un tutora/tutor que cumpla esta responsabilidad. Otra grave limitante se presenta cuando una/un tutora/o designada/o no se comunica y se desentiende de su rol. Asimismo, la institucionalización en un ELEAM no es factible si la persona se niega, incluso si no tiene sus facultades mentales conservadas, situación que ha ocurrido en diferentes ocasiones. Se reporta el caso de una/un residente que ha solicitado en reiteradas ocasiones ingresar a un Condominio de Vivienda Tutelada (CVT), sin embargo, no cumple con los requisitos dispuestos por ese dispositivo (autonomía y una persona significativa en tanto representante).

El egreso de residentes menores de 60 años presenta otras complejidades, ante la escasez o inexistencia de residencias de protección para quienes no sean personas mayores. Se advierte que una parte de estas personas padecen de consumo problemático de drogas y alcohol y diagnósticos de salud mental (es decir, patologías duales). Una de las opciones para este grupo es la tramitación para el ingreso a hogares en convenio con SENADIS o residencias protegidas, lo que en pocas oportunidades se concreta, debido a que las personas no suelen cumplir con el perfil y los criterios de ingreso. De manera transversal, la modalidad de las instituciones para personas con discapacidad física y/o mental suele ser comunitaria y las/os residentes sociosanitarias/os no poseen una red de apoyo que las/os sostenga.

El egreso por medio de la revinculación con personas significativas (familiares, vecinas/os, amistades, personas significativas, comunidad) se realiza entre la propia persona y una/un trabajadora/or social. Lo anterior, además del restablecimiento de estos lazos, implica, entre otros, la adecuación de una vivienda, entrega de insumos, conexión con la municipalidad de residencia y Cesfam, inscripciones en Programas, etc. A pesar de la posibilidad de esta forma de egreso de la unidad, es poco factible para una gran parte de las/os hospitalizadas/os sociosanitarias/os, puesto que no poseen redes de apoyo.

Asimismo, la revinculación con familiares y/o comunidad, o el ingreso a un recinto de protección, se dificulta aún más ante los antecedentes de muchas/os usuarias/os, tales como bajos grados de autonomía, actitudes agresivas y/o VIF, consumo problemático de drogas, abandono familiar,

[8] "La adjudicación de los cupos: - Los cupos se licitarán de manera centralizada de acuerdo a las bases técnicas aprobadas por la Contraloría General de la República. Y de acuerdo a los procedimientos definidos por Fonasa -La asignación de cupos será centralizada según el estipulado por las bases técnicas definido en el marco de la Licitación. - Los cupos serán distribuidos a los ELEAM. La licitación de acuerdo a la disponibilidad"(p. 9). A su vez, se indica: "Los ELEAM deberán entregar información en 48 hrs acerca de cupo libre" (P.9). Mesa de trabajo MINSAL/ELEAM (2017). Orientaciones para la gestión de cupos de salud y criterios de inclusión de personas mayores en Establecimientos de Larga Estadía ELEAM.

situación de calle, entre otros. A su vez, de acuerdo a lo levantado en las entrevistas, los hospitalizados con mayores dificultades de egreso son hombres que, en el pasado, no cumplieron con sus responsabilidades familiares (véase, por ejemplo, abandono de hijas/os).

Evaluación de la dimensión medidas de protección: Parcial

En materia de medidas de protección, se identifican fortalezas y debilidades en la experiencia de hospitalización de personas residentes. Se observa que la mayoría conoce las razones de su internación y, en algunos casos, su diagnóstico y se gestionan coordinaciones interinstitucionales para el egreso. Se constatan algunos temas que necesitan ser atendidos: escasa información actualizada sobre derechos, ausencia de tutoras/es activas/os, limitados mecanismos de reclamo, bajo acceso a la justicia y poca claridad en los procesos de egreso. La reducida oferta institucional, los requisitos de ingreso restrictivos y la fragilidad de redes familiares y/o comunitarias obstaculizan las alternativas de salida, especialmente en adultos hombres menores de 60 años con consumo problemático de drogas y/o alcohol o patologías duales.

Un punto que es de atención son las medidas de resguardo que se han tomado por parte del hospital ante eventuales abusos patrimoniales. Se destaca la importancia que las personas hospitalizadas deben ser protegidas de situaciones abusivas; sin embargo se hace necesario revisar mecanismos que garanticen la autonomía de las personas.

6. Trato

Las **contenciones** que realiza frecuentemente el personal son de tipo emocional y ambiental. El personal entrevistado refiere a que algunas/os usuarias/os tienen actitudes agresivas, tanto físicas como verbales, las cuales están relacionadas con su condición de salud física y mental. Se indica que se recurre al diálogo para evitar el escalamiento. Se aplican, por lo tanto, contenciones verbales y ambientales, y no se aplican medidas disciplinarias.

Se aplica contención mecánica de forma muy excepcional, siguiendo lo estipulado por el protocolo MINSAL[9]. En cuanto a contención farmacológica, las/os Técnicas/os en Enfermería de Nivel Superior (TENS) o enfermera/o de la unidad administran SOS en caso de necesidad, según prescripción médica.

En ese orden de ideas, el personal clínico distingue contención mecánica de sujeción: "*Es diferente una contención que una sujeción. O sea una sujeción es para que no me vaya a suceder algún riesgo. La contención es porque o el paciente se va a golpear, se va a autoagredir, o va a agredir a otro. Entonces tengo que contenerlo.*" El personal entrevistado indica que entre 4 y 5 personas portan dispositivos de restricción de movimientos, para mantenerlas parcialmente inmóviles como medidas de prevención de caídas. Éstos están constituidos por bandas con acolchado y seguro magnetizado (imanes), y son siempre prescritos por una/un médico. Este tipo de "sujeciones" puede ser abdominal, torácica, o en extremidades; también pueden ser prescritas para uso diurno (en silla de ruedas, andador o silla) o uso nocturno (en la cama). En general, según el personal, éstas se aplican particularmente ante

[9] En el libro de entrega de turno, se observó sólo una contención mecánica con fecha del 7 de abril, consignando horas de control de signos vitales, siguiendo el protocolo de MINSAL y debidamente registrada, incluyendo la anotación de los controles de signos vitales en los intervalos posteriores.

agitaciones nocturnas. También se han prescrito guantes protectores (mitones), en un caso de una/un usuaria/o para que no se rasque, se autolesione, ni altere unas lesiones en su piel.

A la persona hospitalizada, se le explican las razones e implicancias del porte de sujeciones, en tanto medida para evitar caídas.

Durante la visita, se observaron tratos afables y respetuosos. En general, el **trato** es evaluado como muy bueno por las/os residentes y el personal, aunque algunas/os entrevistadas/os también consideran que ciertas cuidadoras muestran poca empatía, "*ignorando, sin hablar, sin pescar, hacer la ley del hielo*", o brusquedad en los cuidados. Existe el antecedente del traslado de unidad de una cuidadora tras haber garabateado a una/un residente.

Respecto a la violencia entre pares, aunque se fomente mantener relaciones cordiales entre residentes, existen conflictos entre las personas hospitalizadas (en particular disputas por sus puestos para ver la televisión), llegando a veces a escalar a violencia verbal. El personal aplica contención verbal y ambiental, y en algunos casos, se han realizado traslados de sala si las personas en desacuerdo conviven en el mismo espacio.

Un punto de preocupación es que no se dispondría de protocolo de prevención o denuncia de malos tratos hacia las personas hospitalizadas.

Evaluación de la dimensión trato: Bueno

En la dimensión de trato, se observa que las contenciones en la unidad se basan principalmente en medidas emocionales y ambientales, aplicando la mecánica de forma excepcional y según protocolo. Se destaca el trato generalmente respetuoso. No obstante, persisten algunos aspectos mejorar, tales como: falta un protocolo de denuncia de malos tratos hacia las personas hospitalizadas, se evidencian episodios de brusquedad de ciertas cuidadoras, y conflictos entre pares, lo que demanda estrategias preventivas más integrales.

7. Autonomía

El **régimen hospitalario** presenta poca o nula flexibilidad respecto a los horarios establecidos. Se constata que las actividades propuestas en la Unidad Sociosanitaria son voluntarias. A su vez, las personas acceden a la terraza, con acompañamiento, pasando por los pasillos del pabellón, los que también son de libre acceso. Por lo demás, se les facilita una chata urinaria a personas con movilidad reducida para que no porten pañales, aunque las mudas son en horarios fijos (cada 2 o 3 horas), independientemente de que los pañales estén limpios o sucios.

Un elemento de especial importancia es el **manejo de los recursos y bienes** de las personas, comprendiendo que éste incluye una serie de trámites, cuya realización se ve limitada ante la imposibilidad de las/os usuarias/os sociosanitarias/os de salir del Complejo Hospitalario. Si no hay red de apoyo, los trámites administrativos son realizados gracias al trabajo de las/os profesionales del área social.

La **gestión de las pensiones** (pensión de jubilación, Pensión Garantizada Universal PGU, pensión de discapacidad), y de los recursos económicos personales de las/os residentes resulta de particular preocupación. En algunos casos, una/un trabajadora/or social debe iniciar la tramitación para abrir los derechos de pensión. En otros casos, las gestiones han sido realizadas antes del ingreso hospitalario, donde se presentan dos casos de figura: (1) Pensiones cobradas por una/un tutora/or (familiar o amistad cercana); y, (2) Pensiones cobradas por la/el usuaria/o sociosanitaria/o. De acuerdo a ésto; se manifiestan una serie de problemáticas.

Es de preocupación cuando una/un tutora/or cobra la pensión de una/un residente y no realiza compras, no le hace llegar insumos ni dinero para responder a sus necesidades. Tal como lo narra una/un residente acerca de su sobrina/o y tutora/or: "*Una vez a las miles, no vienen a dejarme plata, no vienen a dejarme nada, y es mi plata la que recibe* (ella/él). *Imagínese, un año y medio recibiendo mi plata, hay hartas cosas que me ha traído al principio, de aseo, shampoo, esas cosas me trae. Pero hace tiempo que no viene, muchos meses*." Ante esta situación, no se ha logrado encontrar una vía administrativa para cambiar la/el cobradora/or del beneficio previsional y que la persona pueda retomar el manejo de su pensión.

Las/os residentes que cobran sus pensiones no pueden acudir de manera presencial a las instituciones bancarias, tampoco retirar dinero en un cajero, y muchas/os terminan perdiendo el acceso a su cuenta bancaria. El personal del área social entrevistado subraya que cuando las/os titulares de las cuentas no efectúan movimientos bancarios, las pensiones "caducan" y resulta complejo poder reactivarlas. "*Hemos tenido pacientes en los cuales, en el banco, han tenido retenido millones. O pensiones que no tienen conocimiento ellos de qué tipo de pensión, y que nos ha pasado.*" Se advierte que la única salida administrativa a este impase, hasta el presente, es cuando una/un hospitalizada/o egresa de la unidad e ingrese a un ELEAM, puesto que la institucionalización en este tipo de recinto incluye la gestión de la pensión por este establecimiento.

Como fue mencionado anteriormente, la realización de ciertos trámites requieren la presencialidad, lo cual no es factible para las personas hospitalizadas. Durante el monitoreo, se levantó que algunas instituciones han permitido que los procedimientos administrativos fuesen realizados sin exigir este criterio a las/os hospitalizadas/os con larga estadía en el hospital, tras los contactos iniciados por las/os profesionales del área social. Sin embargo, muchas instituciones previsionales persisten en requerir la presencialidad, pese a los intentos de negociación de las/os trabajadoras/es sociales del hospital. Un punto crítico de relieve reside en la **renovación de cédula de identidad** -para muchos trámites se requiere además que su número de serie esté actualizado-. Varias/os funcionarias/os entrevistadas/os exponen que muchas personas se encuentran con su carnet vencido[10], lo cual imposibilita todo procedimiento administrativo. El último operativo del Registro Civil Móvil habría ocurrido en noviembre de 2024, es decir 5 meses a la fecha de la visita del CPT. El personal entrevistado presume que el Registro Civil Móvil no podría transportar el equipamiento técnico que dice relación con las medidas de ciberseguridad de la renovada cédula de identidad (cuya entrada en vigencia es reciente).

Siguiendo esta idea, lo anteriormente descrito es consecuencia, en gran medida, de la prohibición **de salidas** del hospital con acompañamiento del personal. El personal entrevistado relata que, hace 2 años atrás, una/un residente salió con una/un profesional del área social para cobrar su pensión,

[10] No se reportó la cantidad de hospitalizadas/os sociosanitarias/os en esta situación.

sufriendo de un infarto en el trayecto. Tras este episodio, este tipo de salidas del hospital fueron prohibidas. De hecho, una/un residente relata que solicitó una autorización para poder efectuar un trámite, y fue rechazada. Las únicas salidas permitidas son con la compañía de una/un tutora/or, lo cual es posible para un número reducido de residentes sociosanitarias/os. De acuerdo al personal entrevistado, se está a la espera de un dictamen del MINSAL, que se encontraría en la Contraloría, que vuelva a autorizar las salidas acompañadas con personal del hospital, a fin de realizar trámites y gestiones.

Finalmente, al no poder salir del recinto hospitalario, las/os residentes sociosanitarias/os tampoco tienen la posibilidad de acudir a un local de votación. Por otra parte, el tema de **voluntades anticipadas** no es abordado en el recinto.

Evaluación de la dimensión autonomía: Insuficiente

La dimensión de autonomía está en el marco de un régimen hospitalario. Se encuentran aspectos positivos como la voluntariedad en actividades, el acceso acompañado a espacios comunes y el apoyo del área social en ciertos trámites. Sin embargo, predominan elementos que necesitan ser atendidos: la rigidez horaria, la imposibilidad de gestionar pensiones y documentos por la prohibición de salidas, la dependencia de tutores poco responsables, la falta de la posibilidad de concurrir a votaciones y la falta de voluntades anticipadas.

8. Gestión del personal

La **dotación del personal** que interviene en la Unidad Sociosanitaria es la siguiente:

- 1 enfermera/o clínica/o encargada/o de la unidad, contratada/o, con turno diario de lunes a viernes.
- 3 TENS en tercer turno, con estatus de funcionarias/os suplentes. Cada TENS trabaja con 3 auxiliares de apoyo o cuidadoras.
- 9 auxiliares de apoyo en tercer turno, denominadas cuidadoras puesto que tienen personas a su cargo. En los hechos, suelen estar presentes 2 cuidadoras por turno, en vez de 3.
- 1 médico general, contratada/o, cumpliendo 22 horas en la Unidad Sociosanitaria y 22 horas en Calidad de Vida (atención médica al personal del Complejo Hospitalario).
- Una dupla de trabajadoras/es sociales. Ambas/os funcionarias/os están asignadas/os de manera exclusiva al Pabellón Casa de Salud, y dentro de sus labores se encuentra la vinculación del egreso de usuarias/os sociosanitarias/os y la ubicación de “usuarias/os sociales”. A su vez, existe una/un profesional del área social del recinto hospitalario que ejerce una coordinación del trabajo social
- 1 guardia de seguridad en puerta, como personal externalizado.
- 2 personal de aseo, también como personal externalizado.

El grupo entrevistado, tanto las personas hospitalizadas como el personal, levanta la necesidad de una/un médico general dedicada/o a tiempo completo a la atención de las/os hospitalizadas/os sociosanitarias/os, una/un psicóloga/o y una/un psiquiatra con presencia regular en la unidad, y que una/un trabajadora/or social sea asignada/o exclusivamente a la Unidad Sociosanitaria. Asimismo se indica la necesidad de mayor participación y presencia del equipo multidisciplinario del hospital, en particular relacionado con el trabajo de rehabilitación y mantención de capacidades remanentes de las personas. Sin desmedro de lo anterior, uno de los mayores requerimientos levantados refiere la implementación de una cuarta cuidadora por turno, para cubrir las necesidades del conjunto de las personas hospitalizadas.

Es menester destacar la dificultad de contratar personal, por una parte porque los cargos suelen ser de suplencia y, por otra parte, por la ubicación en San José de Maipo y su lejanía con centros urbanos.

Diferentes funcionarias/os entrevistadas/os aluden a una alta tasa de ausencias del personal de trato directo por licencias médicas, asociadas a dolencias relacionadas con su trabajo. En efecto, la carga laboral es alta, a lo cual se suma el déficit de cuidadoras (3 auxiliares de apoyo para 20 personas con niveles de dependencia). Como lo señala una/un profesional de salud: "*La mayoría tiene problemas de columna, un problema de manguito rotador por la movilización y el esfuerzo. Claro, ellas aplican la técnica de movilización de los pacientes, pero a veces, la mayoría, hay pacientes que tienen sobrepeso. Son pacientes que no colaboran por la misma alteración que tienen* (alteración) *motora, pues que no pueden movilizarse. Prácticamente tienen medio cuerpo paralizado. Entonces entonces es alta, es alta la carga laboral para ellas y se enferman también.*" En los hechos, la/el enfermera/o y la/el TENS de turno apoyan los cuidados diarios, tales como la muda, para cumplir con las tareas pendientes.

En cuanto al clima laboral, se menciona la existencia de algunos problemas de comunicación interpersonal entre turnos y se valora el liderazgo de la persona encargada de la Unidad Sociosanitaria. Por otra parte, el espacio para el personal se ubica en un container fuera de la unidad, utilizado como comedor y sala de descanso. Para el personal de trato directo entrevistado, ese espacio es poco práctico e incómodo, y no constituye un lugar de descanso adecuado para el reposo y cuidado necesario de las/os funcionarias/os.

Se mencionan agresiones verbales reiteradas de parte de algunas personas hospitalizadas hacia el personal de trato directo, que, en algunas oportunidades, han sido físicas (2 cuidadoras han recibido golpes). El personal entrevistado refiere a que algunas/os usuarias/os tienen actitudes agresivas, tanto físicas como verbales, las cuales están relacionadas con su condición de salud física y mental. Mientras algunas/os funcionarias/os afirman sentir el respaldo de la institución, otras son más críticas. El procedimiento en estos casos parece claro para ellas/os: "*Se supone que el Hospital nos dice que tenemos que informar. Se hace el catastro, como se dice aquí. No me acuerdo muy bien, pero bueno, se da aviso. La enfermera llena un papel de que fuimos agredidos y cuenta el tipo de agresión que haya sido, ya sea verbal o física. Ahí ella anota y tenemos que bajar a urgencias y si nos negamos, tenemos que firmar que nos negamos a la urgencia. (...) En el complejo tenemos psicólogos y psiquiatras. Y si nosotros queremos ir, podemos ir.*" Para tales efectos, existe un formulario en línea, gestionado por el servicio de prevención de riesgos del recinto.

Por otra parte, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) realiza anualmente una encuesta de salud ocupacional, y, hasta el año 2023 se aplicó el cuestionario ISTAS 21 de la SUSESO, luego se procedió

a evaluar los riesgos psicosociales laborales mediante el CEAL-SM de la SUSESO -el que se aplicaría nuevamente a mediados de 2025-.

Evaluación de la dimensión Gestión del personal: Parcial

En cuanto a la gestión de personal, la Unidad Sociosanitaria muestra fortalezas como liderazgo de jefatura y un trabajo multidisciplinario. Asimismo, se aplican protocolos de prevención de agresiones y encuestas de salud ocupacional. Sin embargo, persisten aspectos que requieren de atención: déficit de personal, sobrecarga laboral con impacto en la salud del equipo, comunicación deficiente entre turnos y limitados espacios de descanso. Se observan además episodios de agresión hacia funcionarias/os, en particular de trato directo. Estos hallazgos evidencian la necesidad de mejorar recursos humanos, apoyo psicosocial y condiciones laborales para asegurar un cuidado seguro y sostenible.

VII.- Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita. Las recomendaciones se organizan según las diversas dimensiones y subdimensiones definidas por el CPT en sus instrumentos y pautas aplicadas.

El monitoreo realizado y su consiguiente análisis sugiere que existen algunos nudos críticos identificados que exceden la capacidad de resolución local, es decir de nivel operativo, sino que requiere de modificaciones de carácter estructural que dependen del involucramiento activo de los niveles superiores de gestión institucional (tanto regional como nacional).

Pese a lo anterior se identifican propuestas que pueden ser atendidas a nivel local.

Régimen y actividades

1.- Se insta, en el mediano plazo, a intensificar las coordinaciones y acciones, tanto a dispositivos sociales como a redes familiares y comunitarias, para efectos de promover el egreso de las personas hospitalizadas y evitar largas permanencias en la unidad.

2.- Se recomienda, en el corto plazo, intensificar las actividades de las personas hospitalizadas con el objeto de que sus rutinas sean más dinámicas y estimulantes.

Contacto con el mundo exterior

3.- Se recomienda, en el corto plazo, reforzar e intensificar las acciones de vinculación familiar y/o social, además de sus tutoras/es, de las personas hospitalizadas para efectos de procurar mayores visitas a las personas hospitalizadas. Se tiene presente que el abandono

social o familiar de las personas hospitalizadas no es responsabilidad del hospital, pero sí se puede intensificar el trabajo en este ámbito para disminuirlo.

4.- Se insta, en el corto plazo, a mejorar la disposición de acceso a información o noticias, ya sea por medio de diarios, revistas, televisión, talleres u otros medios idóneos, para el perfil de las personas hospitalizadas, con el objeto que éstas puedan tener un mayor contacto con el exterior.

5.- Se sugiere, en el mediano plazo, desarrollar un plan de vinculación con grupos de la comunidad y organizaciones presentes en la Comuna de San José de Maipo, con el objetivo de desarrollar mayores lazos y actividades.

Condiciones materiales

6.- Se recomienda, en el corto plazo, mejorar y adaptar las condiciones de accesibilidad en los baños, duchas y terraza de la unidad.

7.- Se insta, en el mediano plazo, a realizar las adecuaciones estructurales necesarias para habilitar un espacio de sala/comedor multiuso.

8.- Se sugiere, en el corto plazo, reemplazar aquellos muebles que se encuentran desgastados o vetustos. Además de mejorar el mesón de enfermería que es muy alto.

9.- Se recomienda, en el corto plazo, realizar las acciones necesarias, tales como conversaciones, charlas informativas, entre otras, para efectos que las personas hospitalizadas conozcan los planes de emergencia del hospital.

Salud

10.- Se recomienda, en el corto plazo, que se revisen las intervenciones por parte de los médicos de la unidad, con el objetivo de levantar brechas en materia de las evaluaciones médicas.

11.- Se insta, en el mediano plazo, a realizar los ajustes necesarios para efectos de aumentar las atenciones de salud mental para las personas hospitalizadas en la Unidad Sociosanitaria.

12.- Se insta, en el corto a mediano plazo, a desarrollar un plan, integrando al personal del hospital, para aumentar, fortalecer o reforzar las intervenciones que busquen preservar las capacidades remanentes de las personas hospitalizadas.

Medidas de protección

13.- Se recomienda, en el corto plazo, reforzar o perfeccionar el acceso a la información tanto de las reglas del recinto, como de los derechos y deberes de las personas. Para tales efectos, se sugiere intensificar hitos o actos en los cuales se pueda hablar con las/os residentes, recordando o informando las reglas y sus derechos.

14.- Se insta, en el mediano plazo, fortalecer los mecanismo de de reclamos o quejas que puedan tener las personas hospitalizadas en la Unidad. Para tales efectos se sugiere que se hagan rondas periódicas por parte de la OIRS, procurando el anonimato y confidencialidad de las mismas.

15.- Se sugiere, en el corto plazo, realizar capacitaciones al personal en materia de denuncias y actuación ante eventuales malos tratos que las personas hospitalizadas sean víctimas.

16.- Se recomienda, en el mediano plazo, reforzar instancias donde se indaguen las necesidades de los pacientes hospitalizados, para efectos de facilitar el acceso a la justicia de estos en caso de requerirse.

Trato

17.- Se recomienda, en el corto plazo, establecer una serie de medidas para evitar que los procedimientos de cuidado puedan ser bruscos y/o que existan situaciones de malos tratos verbales hacia las personas hospitalizadas. Dentro de estos:

(a) Reforzar supervisiones técnicas de la unidad en los procedimientos de salud;
(b) Realizar capacitaciones a las/os funcionarias/os que las realicen; y,
(c) Realizar entrevistas y conversaciones con las/os funcionarias/os de la unidad para levantar brechas o problemas en materia de cuidados.

18.- Se sugiere, en el corto plazo, revisar los protocolos existentes en la unidad, para efectos de reforzar o establecer en los mismos un protocolo de denuncia ante eventuales hechos de malos tratos.

Autonomía

19.- Se insta, en el mediano plazo, propender a flexibilizar los horarios que tienen las personas hospitalizadas, en la medida que estas no obstaculicen el normal funcionamiento de la unidad.

20.- Se recomienda, en el corto plazo, reforzar la vinculación de las tutoras/es de las personas hospitalizadas, para efectos que ante la necesidades de insumos o dinero de estas últimas puedan ser satisfechas.

21.- Se insta, en el corto plazo, establecer mecanismos y estrategias para facilitar el acceso de las pensiones de aquellas personas hospitalizadas que pueden cobrar sus pensiones.

22.- Se sugiere, en el mediano plazo, poder tomar contacto con el Registro Civil y eventualmente realizar un convenio de colaboración con el mismo, con el objetivo que las personas hospitalizadas puedan tener acceso a los servicios de dicha institución.

23.- Se recomienda, en el mediano plazo, realizar capacitaciones en materia de voluntades anticipadas al personal de la unidad.

Gestión del personal

24.- Se sugiere, en el mediano a largo plazo, fortalecer al equipo de trabajo de la unidad con mayor dotación de personal, en particular:

(a) Tener la presencia regular de un/a profesional del ámbito de la salud mental en la unidad;
(b) Reforzar la presencia del equipo multidisciplinario en la unidad que tenga como objetivo aumentar las actividades de rehabilitación y mantención de las capacidades remanente; y,
(c) Implementar la incorporación de una cuidadora adicional por turno.

25.- Se insta, en el corto plazo, a desarrollar estrategias e instancias de mejora de la comunicación de los diferentes turnos de la unidad.

26.- Se recomienda, en el largo plazo, realizar las adecuaciones estructurales para efectos de mejorar los espacios de descanso y comedor de las/os funcionarias/os.

27.- Se insta, en el mediano plazo, mejorar y reforzar acciones tendientes a la seguridad de las/os funcionarias/os ante eventuales agresiones o malos tratos que estos puedan sufrir, procurando entregar mecanismos de prevención y apoyo.

VIII.- Bibliografía referenciada

- Ministerio de Desarrollo Social y la Familia (2025). Camas Socio Sanitarias. Obtenido de la página web: https://www.ventanillaunicasocial.gob.cl/ficha/296/camas-sociosanitarias#ficha-Caracter%C3%ADsticas-Destacadas
- Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile (2019). Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2019. Obtenido de la página web: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-206784_doc_pdf.pdf
- Ministerio de Salud/ELEAM (2017). Orientaciones para la gestión de cupos de salud y criterios de inclusión de personas mayores en Establecimientos de Larga Estadía ELEAM. Mesa de trabajo.
- Unidad Gestión del Usuario, Área Servicio Social, Complejo Hospitalario San José de Maipo (2025). Usuarios sociosanitarios Abril 2025. Documento interno de presentación.