



INFORME DE VISITA

**PROGRAMA DE CAMAS SOCIO SANITARIAS EN EL
HOSPITAL DR. ABRAHAM GODOY PEÑA DE LAUTARO**

Elaborado por el Comité para la Prevención de la Tortura

Chile, Noviembre del 2025

Expertas/os

Javiera Canessa Cordero,
Karen Espínola Solar,
Daniel Soto Muñoz,
Paula Valenzuela Delpiano.

Secretario ejecutivo (s)

Nicolás Anglas Gallardo.

Comisión de Visita

Andrea Cerda Pereira, Yvette Marcela
García Sepúlveda, Paula Valenzuela
Delpiano, Daniel Wasserman Kobbert.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Mariela Delgado Silva, Yvette Marcela
García Sepúlveda, Yamileth Granizo
Román, Paula Valenzuela Delpiano, Daniel
Wasserman Kobbert.

Edición final

Yvette Marcela García Sepúlveda,
Yamileth Granizo Román, Paula
Valenzuela Delpiano, Daniel Wasserman
Kobbert.

Santiago, noviembre de 2025

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

Forma de citación sugerida:

Comité para la Prevención de la Tortura
[CPT] (2025), Programa de Camas
Sociosanitarias en el Hospital Dr. Abraham
Godoy Peña de Lautaro.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	4
II.- MARCO LEGAL.....	4
III.- ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAMAS SOCIO SANITARIAS.....	4
IV.- OBJETIVOS DE LA VISITA	5
V.- METODOLOGÍA DE LA VISITA.....	6
VI.- DIMENSIONES MONITOREADAS Y ANALIZADAS	7
VII.- ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAMAS SOCIO SANITARIAS EN EL HOSPITAL DR. ABRAHAM GODOY PEÑA DE LAUTARO.....	7
VIII.- HALLAZGOS	9
a.- Régimen y actividades	9
b.- Contacto con el mundo exterior	11
c.- Condiciones materiales	13
d.- Salud	18
e.- Medidas de protección.....	20
f.- Trato.....	25
g.- Autonomía.....	30
h.- Gestión del personal	31
IX.- RECOMENDACIONES	33
X.- BIBLIOGRAFÍA	35

I.- INTRODUCCIÓN

El Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) realizó una visita de carácter preventiva no anunciada los días cinco y seis de agosto del año 2025 al Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, a fin de monitorear el Programa de Camas Sociosanitarias y las condiciones de sus usuarias/os en dicho recinto. El presente informe da cuenta de los hallazgos 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, recintos penitenciarios, unidades policiales, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), centros de atención cerrada para personas con diagnósticos de salud mental, entre otros.

III.- ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAMAS SOCIO SANITARIAS

El Programa de Camas Sociosanitarias depende del Ministerio de Salud (MINSAL), específicamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dicho programa “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 MIDESO, 2025). La caracterización del programa corresponde a usuarias/os que se encuentran dentro de un recinto hospitalario y que no pueden egresar una vez que tienen el alta médica, cuya imposibilidad de egreso es debida a la existencia de redes familiares disfuncionales u otros problemas sociales que tenga la/el usuaria/o.

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

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

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

Tabla N° 1: Dispositivos del Programa de Camas Sociosanitarias a nivel nacional

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DIPRES

Más allá de los cupos existentes por el programa mencionado, existen personas que han sido dadas de alta médica, pero que por motivos sociales no pueden egresar y se distribuyen a lo largo de la red sanitaria del territorio nacional, excediendo la capacidad de dicho programa. Estas personas hospitalizadas son denominadas “pacientes sociales”, “casos sociales” o “pacientes sociosanitarias/os”. Según datos de la División de Gestión de la Red Asistencial del MINSAL, al 30 de junio de 2025 existen 1.159 “camas sociosanitarias”, de las cuales un 70,8% corresponde a usuarias/os personas mayores (El Mercurio, 2025).

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 hospitalizadas en calidad de usuarias sociosanitarias en el Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro.

Los **objetivos específicos** fueron:

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

1. Conocer el régimen de la unidad donde se encuentran hospitalizadas/os las/os usuarias/os sociosanitarias/os en el Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, su contacto con el mundo exterior, las condiciones materiales en que se encuentran estas personas, las prestaciones de salud que se realizan, el trato que reciben, las medidas de protección existentes, su autonomía, la gestión de la unidad y las condiciones laborales de sus trabajadoras/es;
2. Analizar los hallazgos encontrados en base al nivel de cumplimiento de estándares internacionales de derechos humanos; y,
3. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas instituciones con competencia en la administración y funcionamiento del recinto visitado.

V.- METODOLOGÍA DE LA VISITA

Esta visita tuvo un carácter exhaustivo, en tanto incluyó una completa 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, orientado a recoger las experiencias y opiniones de las personas hospitalizadas y del personal. Las técnicas de levantamiento de información fueron las siguientes: (i) Entrevistas semiestructuradas individuales a usuarias/os sociosanitarias/os en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Integral (UHRI) del Hospital de Lautaro y a funcionarias/os del recinto; (ii) Conversaciones informales con usuarias/os de la unidad monitoreada y con sus funcionarias/os; (iii) Observación de condiciones materiales e infraestructura; (iv) Observación de dinámicas relacionales; (v) Revisión de registros internos; y, (vi) Revisión de documentos.

Los instrumentos fueron adaptados de acuerdo a las características de la población considerada y a los objetivos planteados. Se aplicó una pauta de observación, se efectuó un total de tres entrevistas individuales con usuarias/os sociosanitarias/os, conversaciones informales con personas hospitalizadas en la UHRI con otros perfiles, se entrevistó a ocho funcionarias/os (personal de trato directo, profesional y administrativo). Asimismo, se entablaron conversaciones individuales y grupales informales, tanto con residentes como con el personal de la UHRI, se revisaron registros 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 para su consideración.

En el marco de esta visita, una parte del equipo del CPT acudió al Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún el día 06 de agosto de 2025, donde entabló un diálogo e intercambio de informaciones con dos funcionarias/os y una/un usuaria/o sociosanitaria/o; ésto a raíz de los hallazgos del primer día de monitoreo en el Hospital de Lautaro, en el cual se identificaron aspectos acerca de los flujos de egreso, lo cual será detallado y desarrollado en el apartado correspondiente.

Para la aplicación de las entrevistas, se hizo uso de consentimiento informado sobre las condiciones de participación, confidencialidad, anonimización y privacidad de las personas. La información recopilada fue vaciada y sistematizada en una matriz de análisis. Asimismo, se realizaron reuniones de triangulación con la participación de todo el equipo de visita, con el fin de comparar impresiones y establecer un análisis común respecto a las brechas de cumplimiento.

VI.- DIMENSIONES MONITOREADAS Y ANALIZADAS

Para efectos de la presente visita se revisaron las siguientes dimensiones: (a) Régimen y actividades; (b) Contacto con el mundo exterior; (c) Condiciones materiales; (d) Salud; (e) Medidas de protección; (f) Trato; (g) Autonomía; y, (h) Gestión del personal.

Para evaluar los niveles de desempeño de cada una de las dimensiones indicadas, se utilizó una rúbrica de cinco niveles: (i) sobresaliente; (ii) bueno; (iii) parcial; (iv) insuficiente; y (v) ausente, correspondientes a:

Tabla N°2: 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

VII.- ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAMAS SOCIOSANITARIAS EN EL HOSPITAL DR. ABRAHAM GODOY PEÑA DE LAUTARO

El Hospital Dr. Abraham Godoy Peña se encuentra en la comuna de Lautaro, ubicada en la Región de la Araucanía, y su dirección es calle Erasmo de Escala N° 750. Es importante tener presente que las dependencias de la unidad donde se encuentran hospitalizadas las/os residentes sociosanitarias/os se sitúan en el antiguo complejo hospitalario, ya que gran parte de las diversas unidades y servicio están ubicados en calle Barros Arana N° 820, el cual es una edificación más reciente.

Imagen N° 1: Ubicación del hospital



Fuente: Google maps

El Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro es un establecimiento de atención cerrada, de mediana complejidad, perteneciente al Servicio de Salud Araucanía Sur. Se trata de un centro de

salud denominado “NODO”, puesto que es un hospital de referencia de la zona². De acuerdo a la Superintendencia de Salud, este recinto hospitalario es un prestador institucional en salud acreditado, por medio de la Resolución Exenta IP/N° 4511 del tres de octubre de 2023, por un plazo de tres años.

El recinto visitado forma parte del Programa de Camas Sociosanitarias a nivel nacional (véase DIPRES y MINSAL respectivamente). La unidad monitoreada se gestó en el año 2016, con el objetivo de atender a usuarias/os con perfil sociosanitario. Los objetivos de la unidad fueron redefinidos pasando a convertirse formalmente en una Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Integral (UHRI) a fines del 2024 o inicios del 2025. De este modo, el principal objetivo terapéutico de la unidad es la atención de personas que se encuentran en algún proceso de rehabilitación, y aún destina un conjunto de camas a personas de perfil sociosanitario.

De acuerdo al Protocolo de Referencia y Contrarreferencia del hospital (2025), la unidad tiene como objetivo: (i) brindar atención intensiva en rehabilitación; (ii) mejorar la funcionalidad y calidad de vida; (iii) aportar a la integración familiar, social y/o laboral de las personas hospitalizadas; (iv) permitir la articulación de la red de salud; y, (v) robustecer el proceso clínico de atención a las personas hospitalizadas.

La UHRI cuenta con un total de veinte camas o cupos, teniendo una ocupación de dieciocho personas al momento de la visita del CPT, de las cuales, seis son categorizadas como sociosanitarias³ y once como usuarias/os de rehabilitación. Cabe señalar el ingreso de una persona durante el primer día del monitoreo. Del total de personas hospitalizadas⁴, ocho tienen dependencia severa, dos dependencia moderada y siete dependencia leve; dieciséis corresponden a personas mayores y sólo dos eran menores de sesenta años. Asimismo, diez eran de género femenino y ocho hombres. Se menciona que tres personas son identificadas como pertenecientes al pueblo mapuche^{5 6}.

VIII.- HALLAZGOS

a.- Régimen y actividades

El ingreso se encuentra protocolizado y existen dos vías principales de **ingreso a la unidad para las personas hospitalizadas con perfil sociosanitario**: (i) tras derivación desde un Servicio de Urgencia o una Unidad de Hospitalizados, sea del propio hospital o de un hospital de mayor complejidad; y, (ii) vía una orden judicial de hospitalización por vulneración de derechos, principalmente por abandono familiar y/o violencia intrafamiliar (VIF). En ambas situaciones, el ingreso se realiza tras la evaluación y el alta clínica, la revisión de la situación social y la autorización

² De las comunas de Vilcún, Galvarino, Perquenco, Pillanlelún y Lautaro respectivamente.

³ Cabe destacar que la categorización del hospital refiere a “pacientes sociales” o “casos sociales”.

⁴ Es menester considerar que la información entregada corresponde a 17 hospitalizadas/os, entendiéndose que la persona que ingresó el día de la visita se encontraba en proceso de evaluación.

⁵ IDEM.

⁶ El criterio utilizado por la unidad para determinar la pertenencia a pueblos originarios fue en base al apellido, no por autoidentificación.

judicial si corresponde. Al momento de la visita del CPT, todas las personas hospitalizadas de perfil sociosanitario habían ingresado mediante una orden judicial.

Exceptuando los casos judicializados, se requiere del consentimiento de la persona para su ingreso, el que debe notificarse formalmente por escrito, lo que se torna complejo en casos de personas con altos grados de dependencia. Algunos ingresos ocurren de manera repentina generando situaciones complejas para las/los usuarias/os. Por ejemplo, una/un residente relata que, tras un cuadro depresivo asociado a conflictos familiares y experiencias de maltrato, fue trasladada/o en ambulancia de forma repentina, sin poder preparar sus pertenencias.

Las/os residentes sociosanitarias/os comparten espacios con personas con necesidades múltiples, conviviendo en la UHRI principalmente tres tipos de perfil de usuarias/os: (i) personas que requieren de rehabilitación física (neurorehabilitación y/o cuidados postquirúrgicos); (ii) personas con diagnósticos de salud mental (por ejemplo cuadros psiquiátricos que requieren cuidados prolongados); y (iii) personas de perfil sociosanitario, cuyos casos pueden o no estar judicializados. Al momento de la visita, la mayor parte de las personas se encuentran en esta unidad con objetivos de rehabilitación.

En cuanto a su caracterización, las personas de perfil sociosanitario son mayoritariamente personas mayores, con niveles importantes de dependencia. En menor medida corresponden a personas menores de sesenta años, por lo general con consumo problemático de alcohol u otras sustancias. Al día de la visita del CPT, las/os 6 usuarias/os de perfil sociosanitario son personas mayores, cuyo rango de edades es de 64 a 82 años⁷. En materia de tiempos de hospitalización, los periodos de estancia en la UHRI son las siguientes:

Tabla N° 3

	Edad	Sexo/Género	Días de estancia en la UHRI
1	81	Mujer	304
2	80	Hombre	314
3	65	Mujer	117
4	65	Hombre	134
5	82	Mujer	37
6	64	Hombre	9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Censo UHRI al 05/08/2025

Sin perjuicio de lo anterior, cabe considerar que estas personas permanecieron hospitalizadas en otro servicio hospitalario previamente a su ingreso a la UHRI, razón por la cual los datos indicados no reflejan la duración total de su estadía hospitalaria.

⁷ De acuerdo con el Censo de la UHRI al 5 de agosto de 2025.

En cuanto a la **segmentación**, si bien se intenta separar hombres y mujeres, no existen salas diferenciadas bajo este criterio, y la asignación de camas se realiza primeramente según necesidad de cuidados, riesgos, niveles de dependencia y disponibilidad. Bajo esa misma lógica, las/os hospitalizadas/os con mayores riesgos de caída, que presentan desorientación o son oxígeno-dependientes se ubican estratégicamente cerca de la estación de enfermería, y suelen ser monitorizadas/os con pautas nocturnas de evaluación. Se aprecia el uso de biombos para delimitar los espacios y resguardar la privacidad de cada persona.

La **rutina diaria** combina actividades clínicas (administración de medicamentos, controles de signos vitales, registros, controles médicos, supervisiones, entre otras), actividades de cuidados diarios (baños por sectores, aseo, confort, mudas, alimentación, etc.), y actividades recreativas y de estimulación integral (terapia kinesiológica y ocupacional).

Los horarios de alimentación establecidos corresponden los siguientes horarios: a las 08:45 se entrega el desayuno, a las 10:00 se distribuye un suplemento adicional para casos de desnutrición, a las 12:00 es la hora del almuerzo, a las 16:00 corresponde la once, y a las 18:30 la cena. A las 21:00 se entrega una colación adicional según requerimiento. Además, se dispone de colaciones adicionales en casos de hipoglucemia.

La entrega e inicio de turno se realiza a las 08:00. La/el enfermera/o provee información sobre el estado de las/os hospitalizadas/os, se les examinan y administran los tratamientos farmacológicos, y se procede a realizar aseo y confort. Tras el almuerzo, se realizan en algunas tardes de los días de semana talleres dirigidos por el equipo de rehabilitación (kinesióloga/o, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga/o), tanto para personas de rehabilitación como de perfil sociosanitario. Por ejemplo, se señala que se incluye el apoyo, en caso de ser necesario, a las/os usuarias/os sociosanitarias/os para que caminen dentro de la unidad. Asimismo, las/os residentes sociosanitarias/os pueden compartir actividades espontáneas entre pares, como ver televisión, conversar, o participar de juegos de mesa. La rutina es similar durante los fines de semana, aunque sin la presencia del equipo de rehabilitación.

Con cierta regularidad se realizan actividades recreativas y/o de estimulación cognitiva, como talleres de pintura, cocina, manualidades, dibujo, entre otras. Según las personas entrevistadas (personal y residentes), no responden a una planificación establecida, dependen de la iniciativa del personal y no son sistemáticas. El establecimiento cuenta con áreas verdes, las cuales no son de libre acceso y se encuentra además limitado su uso por las particularidades climáticas de la región; sin desmedro de lo anterior, un grupo de personas hospitalizadas/os, junto con el personal, plantó y cosechó en un huerto en un espacio dispuesto para ello en el recinto.

De igual manera, se llevan a cabo salidas recreativas puntuales (caminatas, o al huerto del hospital), cuya autorización depende de la situación de salud de las/os usuarias/os, considerando las condiciones climáticas. En ocasiones, y con autorización médica, las personas pueden salir individualmente, acompañadas por una/un miembro del personal y/o trabajadora/or social, para realizar trámites o compras. Se informa que no hay un protocolo de salidas. Además, de manera esporádica se organizan eventos puntuales (por ejemplo proyección de películas), y se celebran fechas especiales, como cumpleaños, Navidad, Wi tripantu, o Fiestas patrias.

Las personas hospitalizadas suelen valorar la socialización y servicios entregados en la UHRI. Sin perjuicio de ello, se observa una dinámica marcada por la atención básica, espacios reducidos, y escasas oportunidades de participación en actividades significativas.

En general, no existe un plan formal de actividades recreativas y terapéuticas para las/os residentes sociosanitarias/os, a diferencia de lo que sucede para quienes se encuentran con objetivos de rehabilitación, los cuales se enmarcan dentro de un plan de evaluación.

La circulación de las personas hospitalizadas se limita a los espacios comunes de la unidad, no pudiendo transitar por otros lugares del recinto por razones sanitarias y de seguridad. La posibilidad de circulación depende de la movilidad de cada usuaria/o. Según los relatos y lo observado durante la visita, la circulación interna es reducida y, en muchos casos, quienes presentan mayor deterioro permanecen en sus habitaciones.

Evaluación de la dimensión régimen y actividades: Bueno

El ingreso de las/os usuarias/os sociosanitarias/os se realiza por derivación o por orden judicial, siguiendo un protocolo. La mayoría de estas/os hospitalizadas/os son personas mayores con alta dependencia, sin separación por sexo/género en las salas. Las rutinas incluyen actividades clínicas y recreativas, sin embargo, no se observa un plan formal y regular para usuarias/os sociosanitarias/os. Las salidas dependen del personal y no están protocolizadas. Aunque el régimen es valorado, se recomienda ofrecer más actividades significativas y adaptadas a las necesidades de estas personas.

b.- Contacto con el mundo exterior

La **comunicación** con el exterior puede darse **vía telefónica** o por **videollamadas**, que se realizan desde el teléfono móvil de las personas hospitalizadas. En caso de no contar con uno, se les facilita el uso del teléfono por parte del personal, sin que exista un protocolo formal al respecto. Debido a la ausencia de redes de apoyo, las/os usuarias/os sociosanitarias/os mantienen contactos reducidos, aunque las llamadas para algunas/os de ellas/os constituyen la única manera de sostener vínculos afectivos a distancia.

De acuerdo al reglamento, los horarios de **visitas** son los siguientes: (i) entre las 07:00 y las 08:00 para las personas referentes con obligaciones laborales; (ii) entre las 11:30 y las 14:00; y, (iii) entre las 16:30 y las 18:00. Se permite el ingreso de una/un visitante a la vez y se limita la nómina de visitantes a dos personas por usuaria/o, con rotación cada media hora si hay más de una/un visitante. En casos excepcionales se pueden flexibilizar los horarios, debiendo ser coordinado con enfermería y en la medida que no interfiera con la atención sanitaria. De igual modo, existe la posibilidad de recambio en la nómina de visitantes. Se relata que las visitas suelen ocurrir durante los fines de semana.

Por otra parte, se reporta que muchas veces la red de apoyo de las personas sociosanitarias se constituye por vecinas/os u otras personas de la comunidad. En general, éstas reciben pocas o ninguna visita, en especial cuando hay procesos de judicialización y/o de profundo abandono -con mayor razón cuando prevalece una restricción judicial para familiares-. Algunas/os profesionales

observan que algunas personas mapuche mayores presentan altos niveles de responsabilidad y cuidados desde miembros de su comunidad. De las seis personas de perfil sociosanitario, sólo tres reciben visitas de forma regular.

Las personas hospitalizadas pueden recibir **encomiendas** autorizadas, como vestimenta, artículos de aseo y objetos personales, teniendo restricciones respecto de alimentos, objetos cortopunzantes o de gran tamaño (como televisor). Al no disponer de redes, pocas personas de perfil sociosanitario reciben encomiendas, por lo que sus necesidades suelen cubrirse mediante colectas internas del personal o donaciones de grupos de la comunidad (como la fundación Damas de Blanco, juntas de vecinas/os, y grupos religiosos).

Más allá de las donaciones, **el contacto con grupos de la comunidad** es poco frecuente. La unidad recibe esporádicamente visitas de grupos religiosos (de diferentes credos) que entregan acompañamiento espiritual a quienes manifiestan voluntad de participar. No existe una articulación formal con asociaciones o grupos locales y comunitarios.

Las/os usuarias/os acceden a información acerca de la actualidad únicamente a través de la televisión.

Un elemento significativo refiere al desarrollo de una perspectiva **intercultural**, en concordancia con las particularidades de la zona y la alta presencia de comunidades y personas pertenecientes a pueblos originarios a nivel local. Ésta se expresa, por ejemplo, en la señalética del recinto hospitalario, la cual se encuentra en mapudungun y español.

Fotografías N° 1 y N° 2: Letreros en mapudungun y español



Adicionalmente, la unidad cuenta con dos funcionarias/os que se autoidentifican como Mapuche y que, dado su manejo de la lengua, actúan muchas veces como facilitadoras/es en la atención de hablantes de mapudungun. Un elemento importante a destacar dentro del hospital es que, desde el año 2022, cuenta con una/un asesora/or intercultural para facilitar y mejorar la atención de las personas pertenecientes a pueblos originarios –fundamentalmente mapuche–. Dentro de sus labores se encuentra la coordinación con las comunidades mapuche, como también el apoyar situaciones puntuales, tales como el acceso a atención por machis o a medicina tradicional. Su trabajo abarca todo el recinto, por lo que su vinculación con la UHRI es esporádica. Se menciona que el proceso de implementación de este enfoque intercultural se encuentra en una fase preliminar

de desarrollo. En este marco, un comité intercultural inició actividades poco tiempo antes de la visita del CPT, pero aún no ejecuta acciones específicas para la unidad visitada.

Por otra parte, el personal manifiesta la necesidad de capacitaciones con mayor profundidad en salud mental, cuidados de equipo y manejo de usuarias/os complejas/os, para, de este modo contener el desgaste de las/os funcionarias/os.

Evaluación de la dimensión contacto con el mundo exterior: Insuficiente

Las personas hospitalizadas de perfil sociosanitario pueden comunicarse y recibir visitas, pero los contactos son limitados por la fragilidad de sus redes de apoyo, especialmente en casos judicializados o de abandono. Estas redes pueden provenir más de la comunidad que de la familia. Además, aunque existen iniciativas interculturales positivas, como señalética en mapudungun y asesoría intercultural, la vinculación con la comunidad, incluida la mapuche, es escasa y no existe una estrategia institucional clara de conexión regular con grupos locales.

c.- Condiciones materiales

La UHRI cuenta con la siguiente infraestructura: (i) seis dormitorios; (ii) una sala para atención médica; (iii) una estación de enfermería; (iv) una sala para el personal; (v) un área de rehabilitación y/o actividades⁸; (vi) oficinas administrativas; y, (vii) dos baños, con dos inodoros y dos duchas cada uno.

Se observa que la unidad no cuenta con salones o piezas habilitadas para el esparcimiento cotidiano de las personas, debiendo utilizar el pasillo de la UHRI para, por ejemplo, ver televisión. En el mismo sentido, se observa un acceso limitado de las personas al patio o jardín.

Fotografía N° 3: Pasillo de la unidad



La infraestructura se observa, en general, en buen estado de conservación, a pesar de que es antigua, con necesidades constantes de mantenimiento. El piso está sin desniveles ni hoyos. Las paredes, ventanas y techo se observan en buen estado. Respecto de la accesibilidad, el pasillo e

⁸ Al momento de la visita, no se pudo ingresar dado que no se encontraba presente la/el funcionaria/o que maneja estas llaves.

inodoros cuentan con barras de apoyo laterales. Los baños tienen puertas anchas y cuentan con sillas en las duchas.

El mobiliario se observa en general en buen estado, aunque algunos implementos, como sillones o bergeres de la sala del personal y sillones del pasillo están deteriorados.

Fotografía N° 4: Sillón en el sector del pasillo de la unidad



Se identifican problemas respecto de las camas clínicas, las que son antiguas con frenos y barandillas defectuosas. Se informa que ocho de veinte camas están en óptimas condiciones y que se está en proceso de compra. Se menciona también que existe déficit de colchones viscoelásticos y antiescaras, informándose que ocho de veinte están en óptimas condiciones para personas postradas y baño en cama. Las conexiones eléctricas están en general en buen estado, sin perjuicio de un enchufe sobre una cama de una persona hospitalizada que está suelto.

Fotografía N° 5 y 6: Cama y biombo y enchufe suelto



La UHRI cuenta con seis dormitorios; de ellos, cuatro tienen capacidad para cuatro personas, uno para tres personas y uno para una persona. Los dormitorios tienen biombos para separar las camas, resguardando la privacidad de las personas hospitalizadas.

La unidad dispone de agua potable de forma continua. El régimen alimenticio es valorado por las personas hospitalizadas. Ante casos de personas con problemas de deglución, dada la gran carga laboral que tiene el equipo de Técnicas/os en Enfermería de Nivel Superior (TENS), el equipo de rehabilitación ayuda a supervisar y facilitar la ingesta.

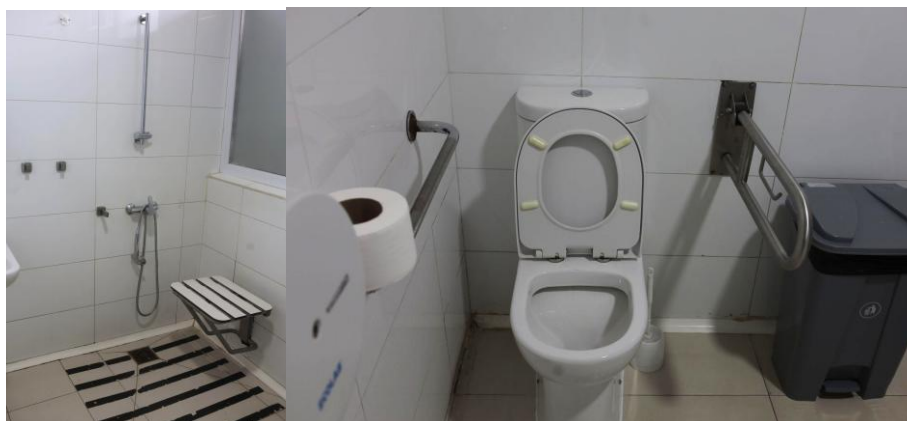
El sistema de calefacción central se encuentra empotrado a los muros, siendo valorado como un elemento positivo; sin embargo, se observa que algunos de los calefactores presentan filtraciones de agua y que algunos no funcionan. Otro punto observado y mencionado en las entrevistas refiere a una baja iluminación.

Fotografía N° 7: Calefactor con filtraciones



Respecto a los baños, se constatan limpios y sin olores. De las entrevistas se mencionan algunos problemas: su cantidad es insuficiente para el número de personas hospitalizadas, no cuentan con pestillos, y presentan filtraciones o inconvenientes con los desagües (mal vaciamiento). Se relata que se ha intentado reparar los desagües, pero no se ha solucionado. Durante la visita, se constata una buena higiene de la unidad y no se observa la presencia de vectores o plagas.

Fotografía N° 8: Ducha e inodoro de la unidad



El acceso y recambio de ropa para las personas hospitalizadas depende mayoritariamente de donaciones, colectas o gestiones del hospital. Sin embargo, las personas hospitalizadas que manejan su dinero pueden comprar su propia ropa. Un problema que aparece es la pérdida de

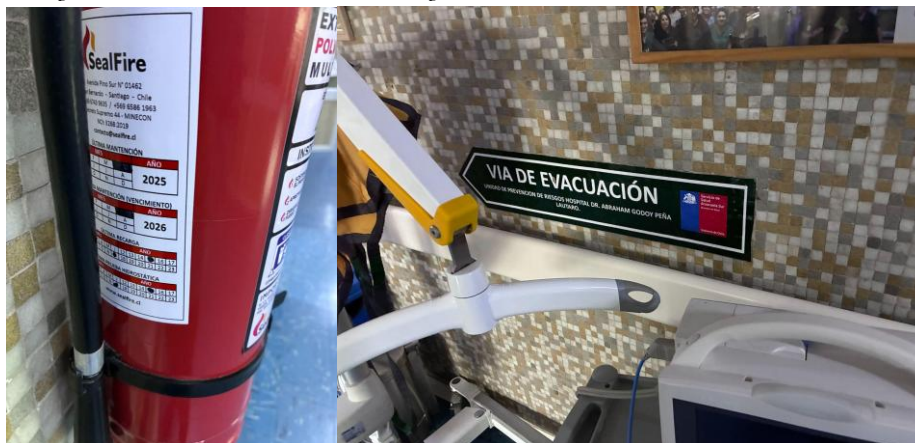
ropa, lo que se previene rotulándola. Respecto a la ropa de cama, ésta aparece como un punto negativo, ya que presenta gran desgaste por uso, con frazadas con orificios o rasgaduras.

Fotografía N° 9: Frazadas de la unidad



En materia de seguridad, la UHRI cuenta con extintores y señaléticas de emergencia. En algunas entrevistas se señala no conocer los protocolos ante situaciones de emergencia, sin perjuicio de que algunos elementos de seguridad se consideran en los protocolos clínicos, por ejemplo, a partir de la ubicación de las personas con mayores riesgos para su pronta evacuación. Otro punto mencionado refiere a la ausencia de simulacros ante emergencias con lineamientos claros.

Fotografía N° 10 y N° 11: Señalética de evacuación y extintor al día



Evaluación de la dimensión condiciones materiales: Parcial

La infraestructura de la UHRI se encuentra en buen estado general, con espacios no hacinados, buena conservación y elementos de accesibilidad como barras de apoyo. La unidad cuenta con biombos para tratar de respetar la privacidad de las personas hospitalizadas. Sin embargo, se identifican deficiencias importantes, como la falta de una sala de esparcimiento, número insuficiente de baños, problemas de filtraciones y desagües, mobiliario deteriorado o antiguo, calefactores defectuosos y luminarias insuficientes, y ausencia de colchones especiales. Además, se observa la falta de planificación ante emergencias y simulacros en esta materia.

d.- Salud

Respecto a la trazabilidad y el seguimiento de la atención, las fichas clínicas constituyen el principal respaldo de la información de las personas hospitalizadas. Éstas registran cada intervención sanitaria (control de signos vitales, tratamientos farmacológicos, evaluaciones médicas, contenciones, actividades de rehabilitación, entre otras), así como datos socio-familiares (datos de contacto, antecedentes de riesgos, etc.), siguiendo un enfoque biomédico. Se reporta que se ha buscado implementar fichas complementarias, que permitirían identificar riesgos y situaciones sensibles, como aspectos económicos, incidentes familiares o acontecimientos biográficos.

Las prestaciones de salud física comprenden: (i) cuidados básicos, tarea asumida por el equipo de enfermería y TENS; (ii) acciones de rehabilitación física y reeducación, mediante el trabajo de un equipo de rehabilitación multidisciplinario, compuesto por kinesióloga/o, fonoaudióloga/o, terapeuta ocupacional y estudiantes en práctica; (iii) atención de una/un fisiatra cada 15 días; y, (iv) atención médica general, a cargo de dos profesionales disponibles durante días hábiles y jornadas de semana, con la presencia sistemática de al menos una/o de ellas/os.

Respecto de la atención en salud mental, las personas hospitalizadas acceden a evaluaciones y apoyos puntuales, cuya cobertura depende de la disponibilidad de profesionales del recinto hospitalario y/o de derivaciones externas a dispositivos como Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM). Así, por ejemplo, usuarias/os sociosanitarias/os que presentan consumo problemático de alcohol y otras sustancias asisten a COSAM. El personal entrevistado asegura que la coordinación con el COSAM es adecuada, aunque la continuidad de los tratamientos depende de la disposición de las propias personas y de la disponibilidad de la red de salud mental. Se subraya la urgente necesidad de mayor apoyo psicológico y/o psiquiátrico para personas con depresión y/o de larga estadía, como es el caso de las/os residentes sociosanitarias/os.

Ante la ausencia de médico durante los fines de semana y horarios nocturnos, la toma de decisiones iniciales se traslada al personal de enfermería. En caso de complicaciones de cuadros de salud, descompensaciones, o personas que requieren atención inmediata, éstas son derivadas al Servicio de Urgencias del hospital, ubicado en otro edificio del recinto. El personal manifiesta que la coordinación con Urgencias, así como con los otros servicios del hospital, funciona adecuadamente, permitiendo rápidos traslados.

La dotación de personal en horario hábil se distribuye de la siguiente manera: (i) tres enfermeras/os⁹; (ii) dos médicos¹⁰; (iii) una/un trabajadora/or social; (iv) dos TENS diurnas/os (encargadas/os de aspectos administrativos); (v) una/un fonoaudióloga/o; (vi) dos kinesiólogas/os; y, (vii) una/un terapeuta ocupacional. A ello, se suman (viii) cuatro enfermeras/os y doce TENS en cuarto turno.

En horario diurno y de semana, ejercen funciones una/un enfermera/o encargada/o de la UHRI y dos enfermeras/os diurnas/o, tres TENS en sala y una/un TENS de apoyo diurno, además del equipo de rehabilitación. En horarios nocturnos y fines de semana, feriados y festivos, permanecen

⁹ Dos enfermeras/os diurnas/os y una/un enfermera/o encargada/o.

¹⁰ Una/un médico a cargo, con apoyo rotativo de una/un segunda/o médico.

una/un enfermera/o y tres TENS para la atención de la unidad. Además, una/un fisiatra acude a la UHRI cada 15 días. La/el trabajadora/or social tiene asignada la totalidad de las personas hospitalizadas en esta unidad, tomando una mayor carga el trabajo de reinserción, rearticulación de redes, gestión de trámites y manejo del egreso de las/os hospitalizadas/os sociosanitarias/os. Por otra parte, el personal de trato directo alude a la alta carga laboral y a la dificultad de atender necesidades muy heterogéneas.

El hospital cubre medicamentos e insumos básicos para el conjunto de las/os hospitalizadas/os, y su stock se regula con pautas de control y registro de uso diario. El personal entrevistado menciona que la disponibilidad de medicamentos es adecuada, aunque han existido episodios de quiebre de stock. Si las/os usuarias/os requieren un medicamento específico que no es entregado en el hospital, deben adquirirlo de forma particular con receta médica.

La distribución de fármacos SOS y contención farmacológica se encuentra protocolizada. Su prescripción está consignada en las fichas clínicas para situaciones tales como agitación motora, descompensación u otras. Si una persona presenta un cuadro de descompensación en horarios inhábiles, se debe solicitar el medicamento SOS a la Unidad de Urgencias.

Como se mencionó previamente, las personas sociosanitarias reciben atenciones interdisciplinarias del equipo de rehabilitación. Sin embargo, algunas/os funcionarias/os expresan preocupación respecto de la presencia de este perfil de personas ya que conciben a la UHRI como unidad que debe estar abocada a la atención de personas con objetivos de rehabilitación. De acuerdo a las entrevistas, existen actividades de rehabilitación diferenciadas para personas en situación sociosanitaria y aquellas con objetivos de rehabilitación. En el caso de las/os usuarias/os sociosanitarias/os se centran en actividades recreativas, talleres de manualidades (pintura, dibujo, huerto en verano), se estimula para se movilicen regularmente, y pueden ser incluidas/os en actividades terapéuticas grupales. Por su parte, las actividades reservadas para personas con objetivos de rehabilitación se enfocan principalmente en terapia de movilidad y motricidad.

Respecto a actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad, éstas son escasas.

Evaluación de la dimensión salud: Bueno

Las fichas clínicas tienen un enfoque biomédico, aunque se valora la intención de incluir información social. La atención en la UHRI es brindada por un equipo multidisciplinario, con buena cobertura en salud física, pero apoyo limitado en salud mental, especialmente para hospitalizadas/os con estadías prolongadas. Se destaca la necesidad de mayor atención psicológica y psiquiátrica. Relativo a la dotación de personal, se valora que la unidad cuente con un equipo multidisciplinario y la asistencia de una/un fisiatra dos veces por semana. La dotación de personal es adecuada, aunque con alta carga laboral. La entrega de medicamentos funciona bien, aunque con algunos quiebres de stock. Las personas sociosanitarias reciben actividades de recreación y estimulación integral.

e.- Medidas de protección

Al ingresar a la UHRI, se entrega información básica a las personas hospitalizadas sobre las normas del recinto, visitas y alimentación. Se indica que las labores de información recaen principalmente en las/os médicos tratantes y las/os trabajadoras/es sociales. En materia de información legal –cuestión relevante puesto que gran parte de las personas hospitalizadas que son calificadas como sociosanitarias tienen causas judiciales– ésta se entrega formalmente en las audiencias respectivas. Un punto complejo es que los casos judicializados no están recibiendo visitas rutinarias de las/os abogadas/os que llevan las causas.

Respecto al acceso a información sobre derechos y deberes, éstos están visibles en los murales del establecimiento hospitalario, no específicamente dentro de la UHRI.

En las entrevistas se relata que al identificarse vulneraciones de derechos de una persona previo a su ingreso, la/el trabajadora/or social judicializa su caso para efectos de proporcionarle protección legal. La mayor parte de dichos casos corresponden a abandono y VIF.

En materia de denuncias y/o sumarios administrativos por eventuales malos tratos a personas hospitalizadas, en algunas entrevistas se da cuenta de que no han existido denuncias penales ni sumarios administrativos; sin embargo, en otras se indica que una familia habría presentado una denuncia por la caída de su pariente hospitalizada/o. Respecto de este punto se solicitó mayores antecedentes por escrito, los cuales, a fecha de este informe, no han sido recepcionados.

Las fichas de salud se encuentran en una sala a la cual tiene acceso sólo personal autorizado, respetando de este modo la privacidad de los datos sensibles de las personas hospitalizadas.

Respecto de solicitudes y quejas de las/os residentes, es el personal de la unidad quien recopila la información de reclamos o quejas para luego canalizarlas a través de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS). Además, la UHRI cuenta con un buzón de reclamos o quejas, el cual, en base a lo observado, no se encuentra claramente identificable. Cuando las personas hospitalizadas no pueden interponer directamente sus quejas (por ejemplo, por temas de movilidad), son apoyadas por el personal, quien llena los formularios. El personal entrevistado menciona que una parte importante de las quejas proviene de familiares de usuarias/os sociosanitarias/os, cuyos reclamos suelen referir a problemas de comunicación con las/os médicos especialistas.

Fotografía N° 12 y N°13: Buzón de reclamos, solicitud y quejas



Con relación a medidas de prevención de malos tratos, se identifica la existencia de protocolos (por ejemplo, de contención) y la supervisión del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. De los relatos del personal se identifica como factor de prevención la rápida caracterización de un perfil de mayor complejidad conductual de la persona hospitalizada durante su evaluación de ingreso y la posibilidad de coordinación con los Tribunales de Justicia y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). En el lugar hay cámaras de video, pero se indica que no están funcionando (no se pudo verificar tal información). Adicionalmente la UHRI es supervisada por el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Seremi de Salud.

El egreso de las personas hospitalizadas sociosanitarias se da a partir de la búsqueda y rearticulación familiar o comunitaria, la gestión de redes y/o la disponibilidad de un cupo en recintos como ELEAM o viviendas tuteladas. Una problemática frecuente a resolver al momento del egreso es el deseo de las personas hospitalizadas de volver a sus domicilios, pese al riesgo de nuevas vulneraciones o la falta de condiciones de cuidado adecuados. Otra limitación importante es la ausencia de dispositivos de larga estadía para personas menores de 60 años. De igual modo, el egreso de personas mayores se ve muchas veces obstaculizado por la falta de cupos en ELEAM.

La falta de redes de apoyo y de cupos en dispositivos de larga estadía implica que el tiempo de permanencia de las personas hospitalizadas de carácter sociosanitario pueda extenderse por varios meses, e incluso años.

En ocasiones, el egreso de la UHRI se resuelve mediante la reubicación o derivación a otros hospitales de menor complejidad que son parte del Servicio de Salud Araucanía Sur, como el Hospital de Vilcún o el Hospital de Galvarino. En caso que la situación de la persona esté judicializada, el egreso debe acompañarse de la autorización del tribunal respectivo.

**Flujo de derivación sociosanitaria a hospitales de menor complejidad:
el Hospital de Vilcún**

En el marco de la visita del CPT al Hospital de Lautaro, al identificarse el que muchas veces las personas de perfil sociosanitario son derivadas a hospitales de menor complejidad, se decidió realizar una visita exploratoria al Hospital de Vilcún con el objeto de recabar mayores antecedentes y observar su Unidad de Hospitalización¹¹.

El Hospital de Vilcún es un hospital familiar y comunitario de baja complejidad, que provee de atención cerrada y de urgencia. Recibe derivaciones desde la red de atención primaria de la comuna de Vilcún y se hace cargo de la población urbana de la comuna (Servicio de Salud Araucanía Sur, S/I).

A su vez, desde el Hospital de Vilcún se realizan derivaciones hacia el Hospital de Lautaro cuando las personas requieren atención de mayor complejidad, tanto cerrada como abierta, como atención con especialistas, prestaciones de laboratorio e imagenología, entre otras.

Originalmente, su unidad de hospitalización contaba con treinta cupos, los que fueron reducidos a veintidós debido a limitaciones de dotación de personal e infraestructura insuficiente. Cuenta con cinco salas para personas hospitalizadas con cuatro camas cada una, una sala de aislamiento con dos camas y una sala para funcionarias/os que se ocupa como sala de aislamiento suplementaria si así se requiere. Cuenta con un baño para mujeres con tres inodoros; un baño para hombres con tres inodoros, y una sala con ducha-tina. Tanto la sala de aislamiento como la de funcionarias/os cuentan con baño propio.

Respecto de las personas hospitalizadas de carácter sociosanitario que alberga este hospital, su ingreso se realiza mediante derivaciones desde otros hospitales de mayor complejidad. Cada solicitud de “cupos sociosanitarios” es enviada por correo electrónico a los centros de salud de la red, e incluyen la evaluación de una/un trabajadora/or social y los antecedentes de salud de la/el usuaria/o sociosanitaria/o. Los recintos de salud responden favorablemente a dichas solicitudes cuando disponen de un cupo y estiman que se encuentran en condiciones de acoger a la persona en base al perfil escrito en sus antecedentes. Se menciona que las listas suelen ser largas.

Respecto del perfil de las personas hospitalizadas por razones sociosanitarias, suelen provenir de zonas rurales. Por lo general son derivadas desde un hospital del Servicio de Salud Araucanía Sur, pero en algunas ocasiones desde el Servicio de Salud Araucanía Norte, e incluso desde otras regiones. Sólo algunos casos ingresan por orden judicial (con medidas de protección que suelen relacionarse con VIF o abandono). Para el caso de personas sociosanitarias que ingresan sin orden judicial, el hospital suele judicializar los casos como medida de protección.

Al momento de la visita del CPT se encuentran ocho personas registradas como usuarias/os sociosanitarias/os, de las cuales entre cinco o seis son autovalentes, requiriendo cuidados mínimos de salud, y dos o tres se encuentran con dependencia severa.

De las/os ocho residentes sociosanitarias/os, cuatro se encontraban segmentadas/os en la sala N°5 de la unidad, la cual es reservada para personas de perfil sociosanitario, independiente de

¹¹ En esa ocasión, se conversó con dos funcionarias/os y una persona hospitalizada por razones sociosanitarias.

sus cuadros de salud, edad y sexo/género. Esa sala dispone de una mesa central donde se sirven las comidas y en ella las personas pueden interactuar libremente; se refiere que tienen una buena convivencia entre ellas. Las otras cuatro personas sociosanitarias están distribuidas en las otras salas de forma indiferenciada. En su mayoría son personas mayores y están a la espera de ser reubicadas en un ELEAM; una de ellas tiene diagnóstico de salud mental.

Tabla N° 4: Lista de personas hospitalizadas de carácter sociosanitario en el Hospital de Vilcún

	Edad	Sexo/Género	Días de hospitalización (último ingreso)
1	54	mujer	1380
2	75	hombre	1032
3	70	hombre	1023
4	80	mujer	125
5	59	hombre	72
6	78	hombre	57
7	77	mujer	15
8	80	mujer	190

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada oralmente por el personal

Los horarios de visitas son entre las 8:00 y 17:00 horas. Del total de personas sociosanitarias, cuatro (la mitad) reciben visitas, aunque no necesariamente de forma regular. Las personas pueden salir del recinto a realizar trámites (por ejemplo, para el cobro de su pensión) con el acompañamiento de la/el trabajadora/or social y una/un TENS, o sólo con la/el trabajadora/or social.

Las actividades disponibles mencionadas en las entrevistas son: (i) rehabilitación kine-motora; (ii) visitas de colegios; (iii) huerto cultivado durante las estaciones que lo permiten; (iv) venta de productos del huerto por parte de las propias personas que lo cultivan; y (v) celebraciones de fiestas y cumpleaños, entre las principales.

En materia de atención de salud, se indica que las personas hospitalizadas reciben visitas médicas dos veces a la semana. Disponen de una/un trabajadora/or social para todo el establecimiento, lo que complejiza las gestiones para el egreso de las/os usuarias/os sociosanitarias/os.

El recinto cuenta con un equipo de salud mental compuesto por dos psicólogas/os, quienes realizan atención y talleres en modalidad ambulatoria. Ante situaciones de descompensaciones –las que suelen afectar más a las personas hospitalizadas por razones sociosanitarias que a las/os otras/os hospitalizadas/os– acuden a la Unidad de Hospitalización.

Respecto de aspectos de interculturalidad, se indica que el cargo de asesora/or intercultural ha quedado vacante en dos ocasiones. Independiente de ello, las/os miembros del personal que hablan mapudungun facilitan la comunicación y atención de personas mapuche hospitalizadas si lo requieren. Se destaca que el personal incorporó un “Protocolo de acompañamiento espiritual” que incluye todo credo y permite la realización de ritos solicitados por las personas.

No se reportan problemas de trato del personal hacia personas hospitalizadas, aunque sí problemas menores entre pares y algunas agresiones verbales hacia el personal. Una situación compleja que se levanta es que la persona con diagnóstico de salud mental en ocasiones roba medicamentos o artículos a sus pares, aunque no ejerce violencia física hacia terceros. Si fue sorprendida recientemente con notas donde escribe mensajes amenazantes. Se señala que no ha sido necesario aplicar contención física con ningún usuario.

Una problemática central corresponde a las limitantes y escasa oferta de lugares para reubicar a las personas para su egreso, reconociendo que el hospital no entrega óptimas condiciones para largas estadías.

Evaluación de la dimensión medidas de protección: Parcial

El Hospital de Lautaro, ante vulneraciones de derechos detectadas sucedidas previas al ingreso, judicializa los casos para la protección de las personas. Cuenta además con medidas de protección como es la operación de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Sin embargo, se observan debilidades en la entrega de información a las personas hospitalizadas sobre sus derechos y normas de funcionamiento. Resulta complejo que el buzón no esté claramente identificado y que sea el personal quien complete los formularios de reclamos por quienes no pueden hacerlo ya que limita la confidencialidad. En cuanto al egreso, se destaca la necesidad de reforzar el trabajo social para rearticular redes y promover salidas voluntarias. Preocupa la falta de cupos de ELEAM y la inexistencia de dispositivos para menores de 60 años, lo que afecta la permanencia excesivamente prolongada de personas en una unidad hospitalaria.

f.- Trato

El recinto hospitalario distingue entre medidas de contención y sujeciones. Las medidas de contención se aplican en personas hospitalizadas que sufren crisis conductuales o emocionales. Dentro del manejo se pueden utilizar medicamentos SOS (contención farmacológica) y/o la aplicación de contención mecánica por medio de equipos o dispositivos, tales como bandas con sistemas de llave para extremidades superiores e inferiores, arnés abdominal, muñequeras, entre otras. Por su parte, las sujeciones se aplican principalmente para evitar caídas, retiro de sondas o vías, riesgos de autolesiones, entre otros procedimientos clínicos. Para la sujeción se utilizan

correas en las extremidades del cuerpo, adheridas a las barandas de las camas –sin sistema de llave–. Tal como puede observarse en las fotografías N° 14 y 15, los implementos de las contenciones son más invasivas que de las sujeciones.

Fotografía N° 14 y 15: Bandas de sujeción y implementos de contención



La utilización de las contenciones es excepcional, siendo más común la aplicación de sujeciones. Las contenciones deben ser indicadas por una/un médico y registrarse en un formulario específico, mientras que las sujeciones pueden ser determinadas por enfermería y se deja registro en la evaluación de enfermería; sin embargo, llama la atención que en una entrevista se menciona que las sujeciones no se registran formalmente y, al parecer, se indican en el libro de turno. Asimismo, no se identifica un protocolo para el uso de sujeciones.

Se señala que se evita aplicar las contenciones mecánicas de forma prolongada y de manera excesiva. En un sentido similar, una/un funcionaria/o relata que el personal de salud prefiere minimizar el uso de mecanismos de contención farmacológica. En caso de que una persona requiera contención farmacológica, ésta debe ser prescrita por una/un médico de la unidad y, después de las 17:00, se tiene que llamar al Servicio de Urgencias del hospital. De acuerdo a los datos de calidad de la UHRI para el año 2024 y 2025¹², no se habrían realizado contenciones mecánicas. Sin embargo, en el formulario entregado, correspondiente al día de la visita, se reportan dos personas con contenciones mecánicas y dos con contenciones farmacológicas.

El hospital cuenta con un protocolo de contención para personas hospitalizadas, dirigido a las/los funcionarias/os del recinto, el cual se titula “Procedimiento de Contención de Pacientes con Agitación Psicomotora”. Es del año 2021 y tiene vigencia hasta el 2026. Su objetivo es unificar criterios respecto de personas hospitalizadas con agitación psicomotora, además de orientar sobre la aplicación de la contención y minimizar su potencial daño físico. Este considera:

- a.- Fija los niveles de responsabilidad de las/os médicos, enfermeras/os y TENS¹³.

¹² Hasta agosto 2025, mes de la visita del CPT.

¹³ De acuerdo al protocolo, se menciona que las/os médicos son responsables de indicar el tipo de contención, además de dejar su registro en la ficha clínica. La/el enfermera/o supervisora/or es quien debe vigilar la correcta aplicación del protocolo y mantener los elementos de contención disponibles. Es función de la/el enfermera/o clínica/o supervisar, coordinar y asistir la aplicación de la contención y llevar los controles y registros en la hoja de control de enfermería. Las/os TENS están encargadas/os de ejecutar el procedimiento de contención, además de

b.- Establece una serie de definiciones (por ejemplo, ambiente de contención, contención, crisis y manejo de medicamentos por vía intramuscular), junto con describir qué es una agitación psicomotora y las fases de ésta. En el mismo sentido, señala los diferentes tipos de contención aplicables, los que van desde la contención emocional, ambiental, farmacológica hasta la contención física o mecánica. En casos de agitación psicomotora se pueden utilizar los diferentes tipos de contención, recomendando una progresión desde la contención verbal hasta la contención física.

c.- Menciona una serie de criterios respecto de la contención física/mecánica en personas hospitalizadas. Además, regula cuándo indicar la contención física/mecánica y aquellos casos en que se contraíndica su aplicación.

Imagen N° 2: Indicaciones y contraíndicaciones de la contención mecánica

5.4.1 Indicaciones.

- Prevención de lesiones y daño inminente a sí mismo u otros y al entorno, cuando otros medios han resultado ineficaces.
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Otras:
 - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
 - Episodio de agitación en psicóticas embarazadas.
 - Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
 - Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

5.4.2 Contraíndicaciones para la contención física.

No se debe utilizar la contención física en las siguientes situaciones:

- Como un castigo al paciente por una transgresión, conducta molesta o rechazo al tratamiento.
- Por simple conveniencia del equipo.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.

- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ej.: uso de la sedación medicamentosa).
- Se ha de tener especial precaución si se aplica en pacientes en tratamiento con neurolepticos en habitaciones muy cálidas y con escasa ventilación.

Ante conductas físicamente peligrosas, para sí mismo u otros, el objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de pacientes y personal a cargo. Para ello enfermería valorará la situación y dará aviso al médico correspondiente.

En situaciones **excepcionales**, por su urgencia, el personal de enfermería procederá a la contención del paciente y dará aviso al médico para que confirme o no tal medida, debiendo el médico evaluar al paciente antes de una hora desde la aplicación del procedimiento. Además, en caso de no haber indicación de administración de fármaco en caso de agitación, se procederá a la aplicación de la contención física, dejando registro en hoja de enfermería y avisando inmediatamente al médico, para su evaluación.

Fuente: Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p. 9 y 10

dar aviso a sus jefaturas directas del estado en el cual se encuentran los kits de contención y ayudar a su mantenimiento.

Para llevar a cabo la contención física/mecánica se establecen una serie de requerimientos, entre los cuales destacan: (i) se debe dar aviso a la persona referente responsable de la persona hospitalizada; (ii) se debe respetar la privacidad de las personas hospitalizadas, teniendo presente las condiciones del lugar; (iii) su aplicación debe procurar el mínimo posible de elementos mecánicos; (iv) debe ser ejecutada bajo “conocimiento, presencia y autorización de personal médico o en la espera de la evaluación de éste en la primera hora de aplicación del procedimiento”¹⁴; (v) que sea por el menor tiempo posible; (vi) debe ser complementada con administración de fármacos; (vii) se tiene que informar a la persona afectada una vez que esté en condiciones de entender; (viii) al momento de aplicarse, debe aplicarse “con fuerza suficiente, pero evitando agresiones verbales y físicas y amenazas de cualquier tipo al paciente” (Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p. 10).

d.- Establece los implementos para la aplicación de contención física/mecánica, tales como cinturón abdominal, bandas laterales, arnés de sujeción torácica, muñequeras, tobilleras, entre otros.

e.- Fija el procedimiento para llevar a cabo la contención física/mecánica. Para ello establece una serie de consideraciones, tales como: debe aplicarse al menos por siete funcionarios/os, con los elementos adecuados, y que éstos sean conocidos previamente por el equipo de salud. Además, deberá procurarse que se lleve a cabo idealmente en una pieza separada de otras personas hospitalizadas y de personas significativas referentes. El procedimiento se detalla en la imagen N° 3.

Imagen N° 3: Procedimiento de contención según protocolo

Procedimiento:

- El procedimiento deberá efectuarse con la fuerza suficiente, pero evitando agresiones verbales, físicas y amenazas de cualquier tipo.
- Emplear contención emocional paralelo a la física.
- Fijar las contenciones a la estructura de la cama.
- Adoptar Posición de 30 - 35°, en el paciente para evitar riesgo de aspiración u obstrucción de la vía aérea.
- Proceder a aplicar los elementos de contención necesarios para la inmovilización según necesidad del usuario una o ambas extremidades superiores, una o ambas extremidades inferiores, contención abdominal o todas las anteriores.
- Colocar sujeción abdominal puede instalarse sin complicaciones, antes o después que el paciente se haya acostado. La parte inferior se sujeta a la cama y la superior se coloca alrededor de la cintura del paciente.
- SUJECIÓN LATERAL: Se realiza mediante la tira de cambios posturales sujetándolas en las anillas laterales del cinturón abdominal y en los botones de sujeción a la cama, luego se procede al cierre.
- MUÑEQUERAS DE MANOS Y PIES: Estas también se fijan mediante cintas acolchadas a la sujeción de la cama dando una cierta libertad para los pies, pudiendo girar el cuerpo, en posición lateral o boca abajo cada operador de extremidad ayudara en su colocación.
- Los inmovilizadores sólo puede ser abierto por la enfermera(o) que es quien tiene la llave magnética. **Ni el Paciente, ni personas no autorizadas pueden abrirlo.**

Fuente: Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p. 12 y 13.

¹⁴ Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p. 10.

Una vez que se realiza la contención, además de registrarla en el formulario de enfermería¹⁵, debe realizarse control de signos vitales y una evaluación de las sujeciones durante la primera hora, y luego en cada control de signos vitales. Una vez que la persona hospitalizada empiece a bajar sus niveles de agitación, se debe informar a la/el médico tratante o de turno para reevaluar y determinar la continuidad o no de la contención. El protocolo establece que “siempre se debe pensar que el tiempo de contención del paciente debe ser reducido y vigilado” (Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p. 14). El retiro de la contención deberá ser ordenado por indicación médica¹⁶.

f.- Contempla medidas de prevención de eventos adversos (imagen N° 4).

Imagen N° 4: Medidas de prevención de eventos adversos.

- Supervisar al paciente en forma periódica.
- Otorgar al familiar o adulto responsable la posibilidad de acompañarlo.
- Mantener la cabeza del paciente semisentado, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- La contención debe administrarse en las zonas distales de las extremidades, evitando los huesos largos, por el riesgo de lesiones.
- Controlar en forma intermitente la presión ejercida de las contenciones sobre las extremidades o el tronco, para mantener la comodidad y seguridad del paciente.
- Comprobar la presencia de pulso, vigilar la temperatura, color y sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.
- En la contención del tronco debe quedar con la presión necesaria como para evitar lesiones, dificultad respiratoria o desplazamiento de la contención y provocar un ahorcamiento.
- Comprobar que la baranda de la cama está instalada y alzada en todo momento.
- Verificar que el freno de la cama está activado.
- Mantener camas en su nivel más bajo.
- Registrar en hoja de control de enfermería de paciente con contención Física.

Fuente: Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021, p 14 y 15.

Por otra parte, el protocolo instituye los grados de responsabilidad. Es así como el personal médico es quien indica e informa a las personas que han sido contenidas, junto con que existan medidas de prevención de eventos adversos, entre otros. Se identifica como un elemento de eventual riesgo el que no se estipule un tiempo máximo de aplicación de la contención. Es relevante que para el caso de las sujeciones pareciera existir estándares similares y controles similares al de la contención,

¹⁵ En el formulario de control de enfermería, donde se individualiza a la persona hospitalizada y a la persona responsable de la evaluación, se establece la hora de inicio, la hora de término, la evaluación de las manos, pies y tórax, y cuidados generales.

¹⁶ Durante el retiro de las contenciones se deberá: (i) conversar con la persona para saber su nivel de conciencia y agresividad; (ii) hablar con las/os familiares o personas responsable para el cuidado y alerta en caso que la persona presente agresividad y no haya personal; (iii) establecer que las contenciones sean retiradas bajo intervalos o de forma progresiva; (iv) una vez retiradas las contenciones, la/el médico deberá conversar con la persona sobre la medida y los sentimientos que ha producido en la propia persona; y, (v) en el evento que durante la contención ésta haya sido presenciada por otras personas, se deberá hablar con ellas para efectos que puedan expresar sus sentimientos y entiendan las medidas adoptadas.

ya que si bien tienen finalidades terapéuticas diferenciadas, de acuerdo a lo que aparece en las entrevistas, se establecen mecanismos de restricción de movilidad en ambas.

De la información recabada se informa que no se aplica régimen de aislamiento alguno en la UHRI.

Existe un consenso respecto a que el trato que reciben las personas hospitalizadas por parte del personal es respetuoso y cercano. Esta cercanía se va generando por los vínculos que se entablan dadas las largas estadías de las/os usuarias/os sociosanitarias/os. En correspondencia con lo anterior, en las entrevistas no se menciona la ocurrencia de malos tratos por parte de las/os funcionarias/os hacia las personas hospitalizadas.

Respecto del trato existente entre las personas hospitalizadas, en la mayor parte de las entrevistas se indica que han habido casos de violencia verbal y/o conflictos de convivencia entre pares. En una de las entrevistas se señala que han llegado a escalar hasta agresiones físicas (golpes). Como factores que inciden en la ocurrencia de problemas de trato o convivencia entre las personas hospitalizadas se identifican las estadías prolongadas y la existencia de personas con diagnósticos de salud mental. Ante situaciones de tensión o conflictos las/os funcionarias/os intervienen de manera inmediata.

Evaluación de la dimensión trato: bueno

Se destaca positivamente un trato respetuoso del personal hacia las personas hospitalizadas y la existencia de un protocolo de contención bien estructurado, que establece criterios bastante claros sobre su aplicación, duración mínima y medidas de prevención de riesgos. No obstante, se identifica la necesidad de mejorar la regulación y el registro de las sujeciones. Aunque se reconoce que contención y sujeción tienen fines distintos, se advierte que toda inmovilización con objetos externos puede afectar derechos, por lo que se deben reforzar los resguardos para proteger a las personas hospitalizadas. Por último, han existido conflictos entre usuarias/os.

g.- Autonomía

Las personas hospitalizadas pueden únicamente transitar por los espacios comunes de la UHRI, tales como el pasillo central de la misma, los cuales están bastante restringidos. Este tránsito está determinado por el grado de movilidad que éstas tengan.

En materia de uso patrimonial, la/el trabajadora/or social de la UHRI tiene como parte de sus labores poder ayudar a regularizar asuntos de orden patrimonial y requerimientos sociales. Específicamente, respecto a las pensiones, en muchas ocasiones éstas son gestionadas por medio de familiares o apoderadas/os, lo que se presta a potenciales abusos y no permite su uso para satisfacer las necesidades de las/os hospitalizadas/os. En aquellos casos en que no existe claridad de quién puede recibir la pensión, se trata de resguardar a través de la gestión de una cuenta RUT de la/del usuaria/o. Tal como se mencionó anteriormente, las personas hospitalizadas que administran sus recursos pueden hacer compras (por ejemplo, de ropa) autónomamente¹⁷.

¹⁷ Véase la dimensión Condiciones materiales.

Es importante recordar que las/os hospitalizadas/os con mayores niveles de independencia pueden manejar su dinero y salir del hospital, con acompañamiento del personal. Las salidas fuera del recinto pueden ser autorizadas y se evalúan caso a caso según criterios médicos. Éstas tienden a ser restringidas. Según la información recabada, no existe un protocolo para la salida de las personas hospitalizadas.

En cuanto a su participación en eventos políticos y sociales, como elecciones, las personas hospitalizadas pueden acudir con el acompañamiento de una persona referente. Sin perjuicio de ello, se relata que las personas tienen escaso interés de participar en eventos electorarios.

Relativo a voluntades anticipadas, la UHRI no ha implementado un procedimiento para ello y los relatos dan cuenta de que se desconocen sus implicaciones.

Evaluación de la dimensión autonomía: Insuficiente

Si bien se valora que las personas hospitalizadas puedan circular por la unidad, preocupa que ello sea insuficiente para facilitar su bienestar dado lo restringido del espacio. Asimismo, preocupa la ausencia de protocolos de salida y las potenciales situaciones de abuso o vulneración asociados al manejo de sus pensiones por parte de personas ajenas al hospital. Otro aspecto de preocupación es la limitada participación de las personas hospitalizadas en actividades sociales y políticas, recomendando promover su inclusión con las debidas medidas de resguardo.

h.- Gestión del personal

El ambiente laboral es percibido como positivo y colaborativo por el personal entrevistado. Se menciona que existen instancias de colaboración y estrategias de organización interna. Entre éstas, se destaca la cooperación entre las/os funcionarias/os de trato directo, que adoptan medidas de apoyo mutuo, por ejemplo, rotarse en la atención de las personas hospitalizadas que generan alta demanda o con conductas agresivas, de modo de asegurar la continuidad y calidad en los cuidados. Asimismo, se declara que el equipo multidisciplinario se caracteriza por su trabajo cooperativo. Sin desmedro de ello, se refieren conflictos interrelacionales entre estamentos, aunque las/os entrevistadas/os del personal –independiente de su estatus– precisan que existen instancias de diálogo para mediar y evitar que prevalezcan conflictos importantes.

La prolongación de las estadías hospitalarias de las/os residentes sociosanitarias/os genera una alta carga laboral estructural si se consideran las condiciones y características de estas/os usuarias/os y el trabajo que su cuidado implica: apoyo ante altos niveles de dependencia, acompañamiento social y jurídico, trámites administrativos y legales, búsqueda y activación de redes, entre otros. Además, la presencia reducida de personal por las noches y fines de semana acentúa la carga laboral para el personal de trato directo, aumentando el desgaste físico y emocional de las/os funcionarias/os. Esta situación se traduce en un riesgo para la salud de las/os trabajadoras/es pudiendo implicar un número significativo de licencias médicas.

Diferentes entrevistadas/os señalan que debido a las múltiples necesidades y perfiles de las personas hospitalizadas en la unidad, existen períodos de mayor carga laboral según los niveles de dependencia y las condiciones de salud de sus usuarias/os (movilidad reducida, cuadros de salud mental, entre otros). A su vez, manifiestan que la carga emocional puede ser incluso más

extenuante que el desgaste físico, como lo relata una/un entrevistada/o: *“Además está la carga emocional, que es la que más nos afecta. A veces lo físico uno lo aguanta, pero la carga emocional... cuando te insultan, no quieren comer, no llegan los medicamentos, o no tienen familia que los apoye.”*

La unidad no cuenta con un espacio de descanso para el personal con condiciones adecuadas. Así, por ejemplo, en los turnos de noche el personal descansa en colchones reciclados del hospital o en un sillón que se encuentra en mal estado.

Por otra parte, los relatos coinciden en que algunas/os usuarias/os sociosanitarias/os presentan conductas hostiles al personal. Dentro de éstas, las agresiones verbales son los incidentes más frecuentes, e identificándose la ocurrencia de episodios de agresión física (tironeos, lanzamientos de objetos) o de connotación sexual hacia el personal; éstos últimos afectan en particular a funcionarias mujeres de trato directo. También se advierten actitudes y comentarios discriminatorios racistas hacia funcionarias/os con rasgos mapuche.

Ante hechos de violencia de personas hospitalizadas/os hacia funcionarias/os se aplica un protocolo de registro y de derivación a la mutualidad. El procedimiento incluye la constatación de lesiones en el Servicio de Urgencias. El procedimiento implica asistir al servicio, ubicado en otro edificio, y el cual demora entre 4 a 5 horas dependiendo la demanda de asistencia. Ésto se constituye en un desincentivo para que las/os funcionarias/os cumplan con este paso, ya que deben dejar el turno desprotegido, sobrecargando a sus compañeras/os. Adicionalmente se realiza un procedimiento del Departamento de Prevención de Riesgo del hospital.

En las entrevistas se indica que algunos episodios de agresión han dado lugar a denuncias que han pasado al Ministerio Público. Se menciona que cuando se llevan a cabo no se obtienen los resultados esperados. Así, estas medidas son percibidas como insuficientes por parte de algunas/os funcionarias/os, que señalan quedar con una sensación de desprotección tras una agresión.

Al momento de la visita del CPT, una/un funcionaria/o de trato directo se encontraba con licencia médica hace tres meses tras recibir una agresión por parte de una/un usuaria/o. Así mismo, el personal entrevistado refiere actitudes hostiles de ciertas/os familiares hacia el personal, relatando en particular un precedente de intimidación y agresión verbal hacia una/un funcionaria/o, situación ante la cual se aplicó el procedimiento descrito, derivando a mutual desde donde se entrega apoyo psicológico. Sin perjuicio de ello, algunas/os funcionarias/os entrevistadas/os manifiestan la necesidad de mayor apoyo psicológico para el personal.

El equipo ha recibido capacitación en el manejo de personas con conductas hostiles (ya sea personas hospitalizadas o sus familiares). La unidad realiza talleres al personal, de autocuidado y de manejo de personas descompensadas. Si bien se menciona que estas instancias son escasas, también se señala que el personal no suele acudir a ellas, teniendo una baja asistencia. Se plantea la ausencia de plan de capacitación orientado a la atención sociosanitaria y al manejo de personas con diagnósticos de salud mental. Es importante destacar que las actividades de capacitaciones tienen prioridad funcionarias/os a contrata o de planta, habiendo problemas de personas contratadas por empresas externas, por ejemplo personas bajo código del trabajo.

Evaluación de la dimensión gestión del personal: parcial

Se valora positivamente el ambiente laboral, caracterizado por cooperación y diálogo entre los equipos, aunque con algunos conflictos puntuales que cuentan con mecanismos para ser resueltos internamente. Se advierte una alta carga laboral derivada de las extensas estadías y múltiples requerimientos de las personas residentes, lo que genera desgaste físico y emocional, especialmente por la reducción de personal en horario nocturno y fines de semana. Se reconoce positivamente las acciones destinadas al autocuidado y manejo de crisis, aunque son insuficientes y con baja participación. Preocupa la falta de espacios adecuados de descanso para el personal y las agresiones verbales, físicas y de connotación sexual por parte de algunas/os usuarias/os, incluyendo actos discriminatorios hacia funcionarias/os de ascendencia mapuche. También se reportan agresiones verbales de familiares. Existe un protocolo para registrar y derivar casos de violencia laboral, que es valorado pero considerado insuficiente. En cuanto a capacitaciones, se identifica baja asistencia y se requiere fortalecer la formación en salud mental y atención sociosanitaria.

IX.- RECOMENDACIONES

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

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

No obstante lo anterior, a partir de la visita se plantean recomendaciones que pueden ser atendidas directamente por el Hospital de Lautaro:

Régimen y actividades

- 1.- Se sugiere, en el mediano plazo, fortalecer o desarrollar planes de actividades terapéuticas y recreativas de las personas hospitalizadas de perfil sociosanitario. Esto implica aumentar su cantidad y perfeccionar la adaptación a las necesidades de las personas hospitalizadas, preparándose para su eventual egreso.
- 2.- Se insta, en el mediano plazo, a implementar un protocolo que facilite las salidas al exterior de las personas hospitalizadas de perfil sociosanitario.

Contacto con el mundo exterior

- 3.- Se recomienda, en el mediano plazo, robustecer el rol de la/el trabajadora/or social y de la/ el asesora/or intercultural para reforzar las acciones tendientes a promover el vínculo de las personas hospitalizadas con sus familiares, referentes sociales y comunidades, sin perjuicio de que el resultado de tales acciones no sean de competencia exclusiva del recinto hospitalario.

Condiciones materiales

5.- Se insta, en el largo plazo, a hacer las reformas necesarias a la infraestructura del recinto para habilitar una sala de esparcimiento y aumentar el número de baños.

6.- Se recomienda, en el corto plazo, realizar mantenimiento de los baños que presentan filtraciones y problemas en los desagües. En el mismo sentido, a reparar los calefactores defectuosos o que tienen filtraciones.

7.- Se sugiere, en el corto plazo, mejorar el mobiliario e insumos deteriorados, tal como sillones de las personas hospitalizadas y funcionarias/os y frazadas del recinto. En el mismo sentido se hace necesario renovar los colchones de algunas camas clínicas ante el déficit de colchones viscoelásticos.

8.- Se insta, en el corto plazo, a realizar acciones de difusión y capacitación de las/os funcionarias/os en materia de seguridad ante emergencias y/o desastres y coordinar simulacros de actuación.

Salud

9.- Se recomienda, en el mediano plazo, intensificar la articulación con las/os profesionales de salud mental del hospital y del resto de la Red de Salud para robustecer el acceso a atención psicológica y psiquiátrica, cuando corresponda.

Medidas de protección

10.- Se insta, en el mediano plazo, a implementar medidas para entregar información respecto tanto de las reglas del recinto, como de los derechos de las personas hospitalizadas. Se sugiere que se establezcan instancias que permitan reiterar esta información a las personas hospitalizadas a través del tiempo.

11.- Se sugiere, en el corto plazo, que se identifique de mejor manera el buzón de sugerencias, felicitaciones y reclamos. En el mismo sentido, se recomienda que sea una/un funcionaria/o de OIRS quien complete el formulario o tome conocimiento de la solicitud cuando las personas hospitalizadas no puedan acceder al buzón.

12.- Se insta, en el corto plazo, a reforzar el trabajo de articulación con las redes intersectoriales para promover el egreso de las personas hospitalizadas, en especial con la Seremi de Desarrollo Social.

Trato

13.- Se recomienda, en el corto plazo, desarrollar y/o mejorar la regulación, registro y supervisión de las sujeciones, precisando quién las indica, cómo se previenen eventos adversos y cuáles son los mecanismos de supervisión.

Autonomía

14.- Se insta, en el mediano plazo, a desarrollar estrategias de incentivo para que las personas hospitalizadas en la unidad participen en actividades sociales y políticas, como celebraciones de festividades y participación en procesos electorarios.

15.- Se recomienda, en el mediano plazo, reforzar la articulación con organismos públicos ante eventuales situaciones de abuso patrimonial, en especial si se detectan indicios de mal uso, apropiación indebida o abuso económico, de modo de derivar el caso a la/al trabajadora/or social y, eventualmente, a la Fiscalía o SENAMA (si son personas mayores) si es que corresponde.

Gestión del Personal

16.- Se recomienda, en el largo plazo, aumentar la dotación del personal, en particular las/os TENS, para atenuar la carga laboral que existe en la unidad.

17.- Se sugiere, en el mediano plazo, adecuar el lugar de descanso del personal.

18.- Se insta, en el corto plazo, a mejorar los protocolos y/o directrices institucionales para la atención de casos de agresiones hacia el personal, estableciendo mecanismos más expeditos y efectivos de actuación.

19. Se recomienda, en el mediano plazo, realizar capacitaciones en materia de salud mental, atención sociosanitaria e interculturalidad.

X.- BIBLIOGRAFÍA

- El Mercurio (2025). Más de 800 adultos mayores con alta médica no pueden egresar de hospitales por falta de redes de apoyo.
- Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2021. Procedimiento de contención de pacientes con agitación psicomotora.
- Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 2025. Protocolo de Referencia y Contrareferencia Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Integral Hospital Dr. Abraham Godoy Peña Lautaro.
- Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, 05 de agosto de 2025. Censo de la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Integral Hospital Dr. Abraham Godoy Peña Lautaro.
- 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-Character%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

- Servicio de Salud Araucanía Sur (s/f). Hospital de Vilcún. Obtenido de la página web: <https://www.araucaniasur.cl/hospital-de-vilcun/>