

INFORME DE VISITA:
UNIDAD DE CAMAS SOCIOSANITARIAS DEL
HOSPITAL DEL SALVADOR DE PEUMO

Elaborado por el Comité para la Prevención de la Tortura

Chile, Agosto del 2025

Expertas/os

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

Comisión de Visita

Yamileth Granizo Román, Yvette Marcela
García Sepúlveda, Daniel Wasserman
Kobbert

Equipo de investigación, análisis y redacción

Yamileth Granizo Román, Yvette Marcela
García Sepúlveda, Daniel Wasserman
Kobbert

Edición final

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

Santiago, Agosto, 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), “Informe de Visita: Unidad
de Camas Sociosanitarias del Hospital del
Salvador de Peumo”

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. MARCO LEGAL	4
III. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAMAS SOCIOSANITARIAS	4
IV. OBJETIVOS DE LA VISITA	5
V. METODOLOGÍA DE LA VISITA	6
VI. DIMENSIONES MONITOREADAS Y ANALIZADAS	6
VII. ANTECEDENTES DE LA UNIDAD ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR DE PEUMO	7
VIII. HALLAZGOS	8
a.- Régimen y actividades	8
b.- Contacto con el mundo exterior	9
c.- Condiciones materiales	10
d. Salud	14
e.- Medidas de Protección	15
g.- Autonomía	21
h. Gestión del personal	22
IX. RECOMENDACIONES	22
X. BIBLIOGRAFÍA	25

I. INTRODUCCIÓN

El Comité para la Prevención de la Tortura (en adelante CPT) realizó una visita de carácter preventiva no anunciada a la Unidad de Atención Sociosanitaria (UAS) del Hospital del Salvador de Peumo, los días 22 y 23 de mayo del año 2025. 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 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 “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” (MIDESO, 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.

Es un programa dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL), específicamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 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, establecimiento de larga estadía, entre otras. Así, busca establecer prestaciones médicas a las/os usuarias/os, junto con propender la reinserción de las personas 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 (DIPRESS, 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

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 UAS del Hospital del Salvador de Peumo.

Objetivos específicos:

1. Conocer el régimen de la UAS, 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; y,
3. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas instituciones con competencia en la administración y funcionamiento del recinto visitado.

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

V. METODOLOGÍA DE LA VISITA

Esta 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. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, orientada a recoger las experiencias y opiniones de las/os residentes, funcionarias/os de trato directo y profesionales. En total se realizaron seis entrevistas a personas hospitalizadas, alrededor de siete conversaciones informales, se revisaron registros y protocolos y además se aplicaron pautas de observación.

La información recopilada fue vaciada y sistematizada en una matriz de análisis. Asimismo, se realizaron reuniones 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.

Se tiene presente en este informe que el CPT realizó un requerimiento de información al Hospital y a la fecha de cierre de este informe no se obtuvo respuesta².

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 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.

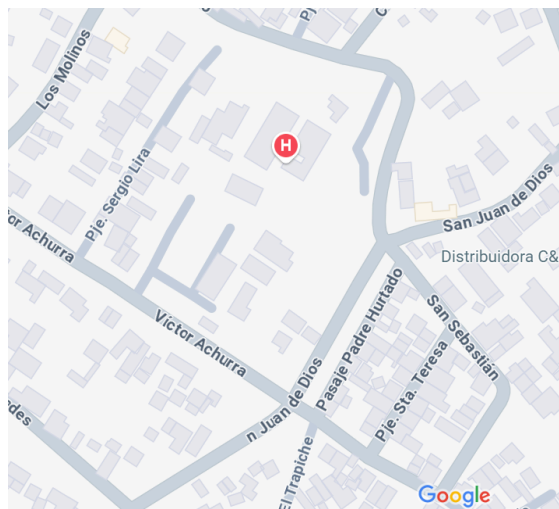
(Fuente: Elaboración propia)

² Se realizaron requerimientos por medio del oficio N° 129 del 5 de junio del año 2025 y el oficio N° 164 del 8 de julio de 2025.

VII. ANTECEDENTES DE LA UNIDAD ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR DE PEUMO

La UAS del Hospital del Salvador de Peumo se encuentra en la comuna de Peumo en la región del Libertador General Bernardo O'Higgins, su dirección es en San Juan de Dios N° 20.

Imagen N° 1: Ubicación del Hospital Regional de Peumo



(Fuente: Google Maps, 2025)

El Hospital del Salvador de Peumo es dependiente del Servicio de Salud de O'Higgins. Es un recinto de baja complejidad asistencial, acreditado por la Superintendencia de Salud por segunda vez mediante la Resolución Exenta N° 733 del 24 de enero de 2024. De acuerdo a lo informado en la Cuenta Pública del año 2024 del Servicio de Salud de O'Higgins, el Hospital de Peumo cuenta con un total de 150 funcionarias/os, de las/os cuales 8 son médicos, 2 odontólogas/os, 40 profesionales no médicos, 60 técnicas/os, 17 administrativas/os y 24 auxiliares.

El Hospital del Salvador de Peumo realiza diversas prestaciones, las que se describen en la imagen N° 2.

Imagen N° 2: Prestaciones del Hospital de Peumo

PRESTACIONES HOSPITAL DEL SALVADOR DE PEUMO				
Control Médico	Atención Nutricional	Estimulación temprana	Programa Nacional de Inmunización	Exámenes de Laboratorio
Atención Odontológica	Atención de Matronería	Dispensación de medicamentos	Policlínico de Curaciones	Programa Respiratorio Adulto e Infantil
Atención de Enfermería	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Entrega de Fórmulas Lácteas	Radiografías simples	Servicio Social
Unidad de Emergencias Hospitalaria	Urgencias Maternales	Programa de Salud Mental	Hospitalización	Atención en camas Socio Sanitarias

(Fuente: Servicio de Salud de O'Higgins, 2024)

La UAS cuenta con un total de 20 plazas o camas. Al momento de la visita del CPT, 15 de ellas estaban siendo utilizadas. De ellas se informó la presencia de 12 personas con dependencia severa, 1 con dependencia moderada y 2 con dependencia leve. Asimismo, 13 eran hombres y 2 mujeres. Además, se informa que, durante el día de la visita, estaban egresando 2 personas.

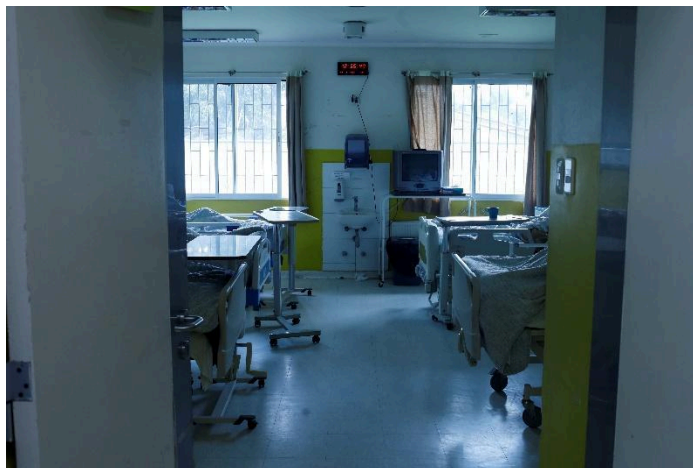
VIII. HALLAZGOS

a.- Régimen y actividades

Como se hizo ya mención, el **ingreso a la UAS** corresponde a usuarias/os que previamente ya se encuentran en la red asistencial. Previo a su ingreso a la UAS, son evaluadas/os en el servicio de urgencia por una/un médico. Una vez en la UAS, las personas son reevaluadas por la/el enfermera/o. Gran parte de las personas han sido derivadas de otros establecimientos de la región, tales como el Hospital Regional de Rancagua o el Hospital de Rengo, siendo, en su mayoría, personas mayores sin redes sociales o familiares, y/o personas en situación de calle. Se observa un número significativo de personas con dependencia funcional severa.

La **segmentación del recinto** se realiza en 4 dormitorios comunes (con 4 a 5 personas cada una), además de un dormitorio individual. Los dormitorios comunes generalmente se segmentan por sexo, destinándose una de las piezas para mujeres, lo cual puede variar en base a la disposición de las camas.

Fotografía N° 1: Dormitorio



La **rutina de las personas hospitalizadas** es la siguiente: (1) Entre 4:30 a 5:00 a.m se inician las labores de aseo y confort; (2) A las 8:00 a.m es el desayuno, tras lo cual se realiza la administración de medicamentos y las curaciones que correspondan; (3) A las 10:30 a.m reciben una colación; (4) A las 12:00 a.m es el almuerzo y tras ello, las mudas; (5) De 15:00 a 15:30 es la once; (6) A las 18:30 es la cena, y, tras el cambio de turno, se realizan las mudas. Vale destacar que en caso de requerirse la realización de las mudas adicionales a lo largo del día, estas se llevan a cabo.

De acuerdo a las entrevistas, son escasas las **actividades y/o ofertas programáticas** que tienen las personas en la UAS. El régimen de actividades responde a la rutina estándar de un recinto hospitalario, como atenciones de salud por parte de médicos, enfermeras/os y kinesiólogas/os. La falta de actividades no contribuye a la estimulación integral de las personas, por el contrario, facilita su desorientación. Durante la visita se observa una rutina sin atractivos y tediosa para las/os residentes. El personal refiere que una vez al año se organiza un festival de la voz donde participan las personas hospitalizadas.

Aquellas personas con mayor autovalencia en su movilidad pueden **circular** libremente por los pasillos del recinto o salir con supervisión al patio del hospital. Al momento de la visita fue posible observar a una/o de las/os hospitalizadas/os en la unidad salir al patio de la misma.

Evaluación: parcial

Se evalúa como elementos positivos el hecho de que las personas estén segmentadas por sexo. Por el contrario, se observa como un punto altamente crítico el que las personas hospitalizadas cuenten con poca o casi nula oferta programática, lo cual es altamente complejo tanto para la mantención de sus capacidades remanentes como para una rehabilitación de las mismas.

b.- Contacto con el mundo exterior

Dado que las personas tienen escasas redes sociales y familiares, **las visitas a la unidad** son escasas. Según lo reportado, son entre 7 y 8 las personas que reciben visitas. Para ello existen horarios definidos (entre las 10:30 a 13:00 y entre las 16:30 a 19:30 horas), los cuales pueden flexibilizarse para aquellos casos que lo requieran. Asimismo, las/os residentes pueden manifestar restricciones respecto a que

ciertas personas no las/os visiten, lo que es registrado en la ficha médica. Las/os hospitalizadas/os pueden recibir encomiendas tales como útiles de aseo, pero existen restricciones en materia del ingreso de algunos alimentos.

Las/os usuarias/os pueden tener sus propios teléfonos móviles con internet para realizar llamadas o hacer uso de su tiempo libre. Asimismo, en el caso de que no cuenten con sus propios dispositivos telefónicos, la unidad dispone de un teléfono móvil desde el cual pueden realizar llamadas o videollamadas a solicitud.

Se describe poco contacto con la **comunidad**. En particular, se menciona la presencia de voluntarias como las Damas de Rojo y las Damas de Blanco, quienes prestan ayuda. Durante el mes previo a la visita del CPT, se gestionó la visita de una/un masoterapeuta. También se indica que, de forma esporádica, vienen colegios, personas que están en prácticas de peluquería, y una/un referente espiritual.

Evaluación: parcial

Se valora positivamente que las personas hospitalizadas puedan realizar y recibir llamadas telefónicas, así como el hecho de que puedan contar eventualmente con sus propios teléfonos móviles. También el que los horarios de las visitas pueden flexibilizarse y el que las/os residentes puedan manifestar qué personas no están autorizadas a visitarlas/os. Se ve como un punto crítico el hecho de que hay escaso contacto con la comunidad y se valora la presencia de voluntarias. Se evalúa como un punto complejo, el cual es coherente con los motivos de ingreso al dispositivo, el estado de abandono familiar y social que tienen las personas, siendo esto no imputable al recinto en sí mismo.

c.- Condiciones materiales

La UAS en su conjunto está compuesta por los dormitorios de las/os residentes, la unidad de procedimientos o enfermería, una sala de kinesiología y fonoaudiología, oficinas administrativas, una sala de estar para el personal, una sala de reuniones, baños, el sector de lava chatas, entre las dependencias principales.

Fotografía N° 2: Patio contiguo a la UAS



Respecto de la **infraestructura** de la UAS, se encuentra, en términos generales, en buen estado. Las paredes y techos están en buen estado de conservación. Los pisos en general están en buenas

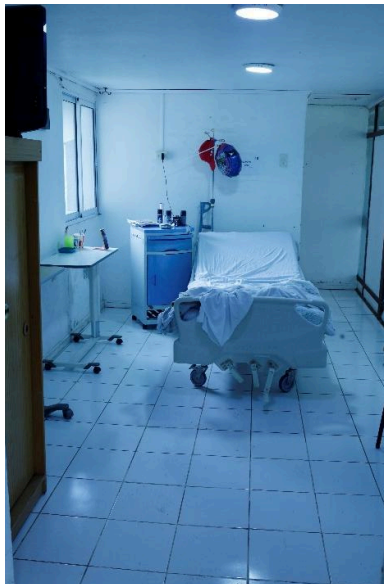
condiciones, pese a la presencia de algunas zonas con desgaste atribuible al uso. El lugar no tiene desniveles que dificulten la movilización y se observan barras de apoyo en las paredes de los pasillos.

Fotografía N 3: Pasillo de la UAS



Respecto del **mobiliario**, se indican problemas con las camas clínicas, muchas ya con una vida útil sobrepasada, presentan problemas con los frenos y sus barandas son muy bajas para ofrecer la seguridad requerida. En la sala de kinesiología se observa que no se encuentra en funcionamiento la bicicleta estática. También se menciona que los carros de aseo para mudas son poco estables.

Fotografía N°4: Catre clínico UAS



Respecto de la sala de estar de las/os funcionarias/os se observa marcado desgaste por uso de los bergeres o sillones para descanso.

Fotografía N° 5: Bergeries de la sala de estar de las/os funcionarias/os



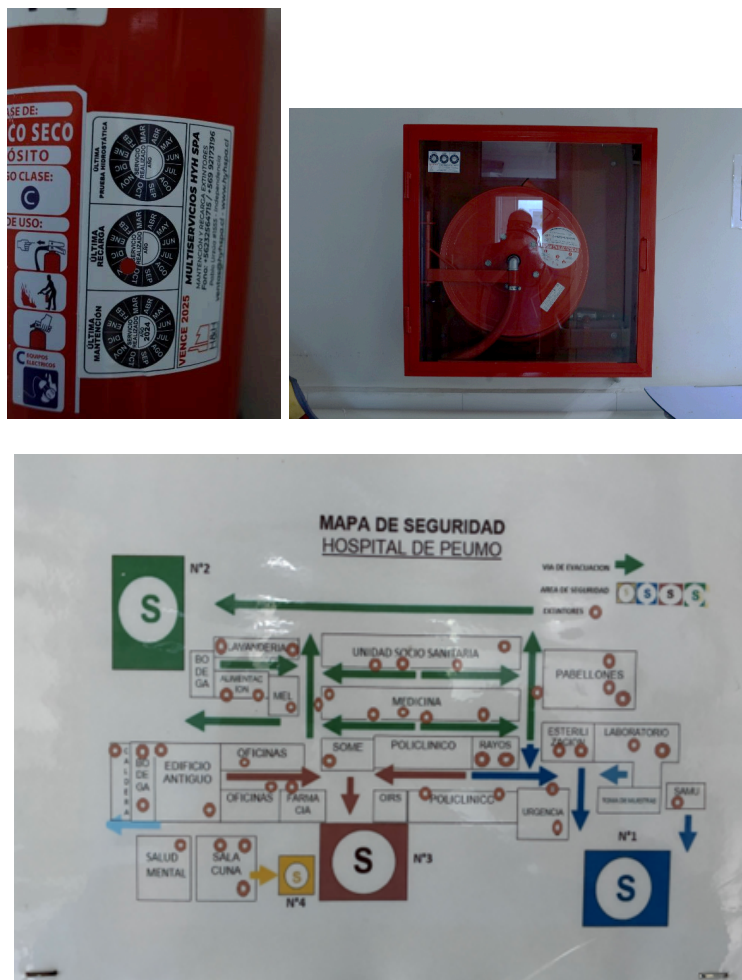
Se observa que el lugar tiene problemas de iluminación siendo algo oscuro al no estar encendidas las luces (esto se observa durante la tarde del primer día de visitas). El recinto tiene un sistema de calefacción central que funciona con calefactores empotrados en las paredes, sobre estos se menciona que tienen problemas para calentar en invierno de forma adecuada. Se destaca también que no existe aire acondicionado ya que la red eléctrica del hospital no tiene la capacidad para soportarlo. Se observa que en general el recinto está limpio, no hay presencia de plagas o vectores y existen sanitizaciones.

Los baños del recinto aparecen como punto crítico. Aquellos que están al interior de los dormitorios son algo estrechos para las personas que utilizan burrito, es decir no están adaptados para las personas con movilidad reducida y que estas prefieren utilizar los que se encuentran en el pasillo. Se indica, además que existe baja presión de agua en las duchas.

Respecto de la comida, se señala mayoritariamente que es de buena calidad. Sin perjuicio de lo anterior, existen opiniones divididas respecto si es apropiada, se menciona por una parte que la comida no es adecuada para pacientes con diabetes al contener harinas blancas, y por otra que la comida es realizada por una/un nutricionista y que, por lo tanto, es balanceada. Se observa que las personas con dependencia funcional severa utilizan pijamas de hospital y que las personas que son más autovalentes utilizan pijamas y ropa propia.

En materia de seguridad el recinto cuenta con extintores (al día), salidas de emergencia y red húmeda. Además se observa que hay un mapa de seguridad del hospital, donde se indican las áreas de seguridad del mismo ante eventos de emergencias.

Fotografías N° 6, 7 y 8: Extintor, red húmeda y mapa de seguridad



Evaluación: insuficiente

En términos generales, se ve que el recinto se encuentra en buen estado de conservación. Sin embargo, se identifican una serie de deficiencias. En primer lugar, las camas clínicas presentan problemas en los frenos y/o barandas. En segundo lugar, se hace necesario poder mejorar los carros de mudas que tienen poca estabilidad y se requiere reparar la bicicleta estática en la sala de kinesiología. En tercer lugar, se hace necesario mejorar el mobiliario destinado a las/os funcionarias/os de la unidad, tales como los bergeres o sillones.

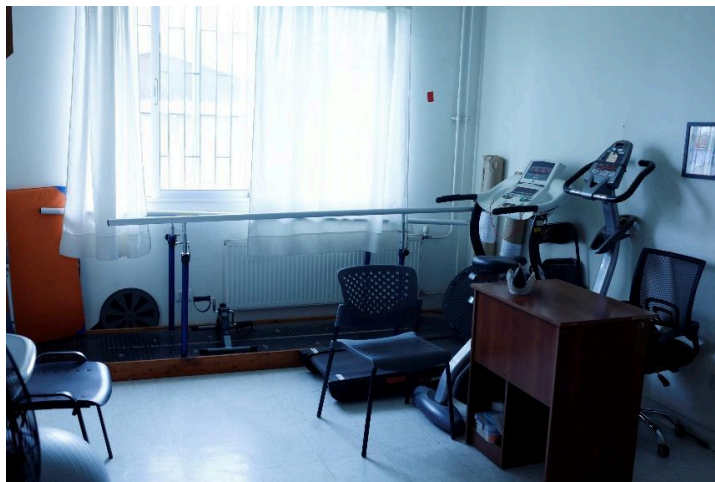
Otro de los puntos a mejorar es la mantención de las luces prendidas en la unidad, para que esta no sea oscura.

En materia de climatización, se identifica que la calefacción utilizada resulta insuficiente, además de que no existe aire acondicionado. Vale tener presente que es necesario mejorar el acceso a los baños y la presión del agua en las duchas.

d. Salud

En la UAS, las personas hospitalizadas reciben atención por parte de las/os médicos y enfermeras/os del hospital, además de prestaciones de kinesiología y fonoaudiología. Las atenciones de especialidad son derivadas a interconsulta, ya sea al Hospital de Rengo o de Rancagua. Cabe destacar que se realizan control de signos vitales cada 8 o 10 horas y se administran medicamentos según indicación.

Fotografía N° 9: Sala de kinesiología



Las/os médicos tienen asignado entre 2 a 3 pacientes, realizando sus atenciones entre las 8:00 y 10:00 horas. Una observación recurrente es que hay médicos que en sus atenciones no realizan anamnesis ni examen físico y sólo realizan anotaciones en la historia clínica. Según algunas/os funcionarias/os entrevistadas/os, las/os médicos más jóvenes son quienes más evalúan a las personas hospitalizadas.

En materia de salud mental, se menciona que en el caso de personas descompensadas se debe acudir a la red de salud mental externa, ya que la unidad no tiene tales prestaciones. Se destaca que la/el médico tratante decide si la persona hospitalizada requiere de atención de salud mental.

La dotación del personal de salud de la UAS está compuesta por enfermeras/os , técnicas/os en enfermería de nivel superior (TENS), médico, kinesióloga/o y fonoaudióloga/o. La/el enfermera/o a cargo de la unidad no es exclusiva/o de la UAS. En el mismo sentido los fines de semana la enfermera/o a cargo de la UAS también se encuentra a cargo de la unidad de emergencia del Hospital. En las entrevistas, aparece que se hace necesario otra/o kinesióloga/o, una/un terapeuta ocupacional, como también una/un profesional de la salud mental.

La UAS, tal como se mencionó anteriormente, cuenta con una sala de kinesiología y fonoaudiología (están juntas), una sala de procedimientos, una unidad administrativa con información de tal índole. Se observa que la unidad cuenta con implementos médicos e insumos adecuados. También se cuenta con carro de paro.

Es relevante tener presente que el hospital cuenta con protocolos referentes en materia de salud dentro de los cuales se encuentran:

- Protocolo de “Medidas de Prevención de Caídas”: En el cual tiene como objetivo generar medidas para evitar las caídas de las personas hospitalizadas. En este se establecen las/os responsables de la aplicación, la aplicación de factores de riesgo de caídas, las acciones de categorización de las personas hospitalizadas y las medidas concretas de prevención, entre otras.

Evaluación: bueno

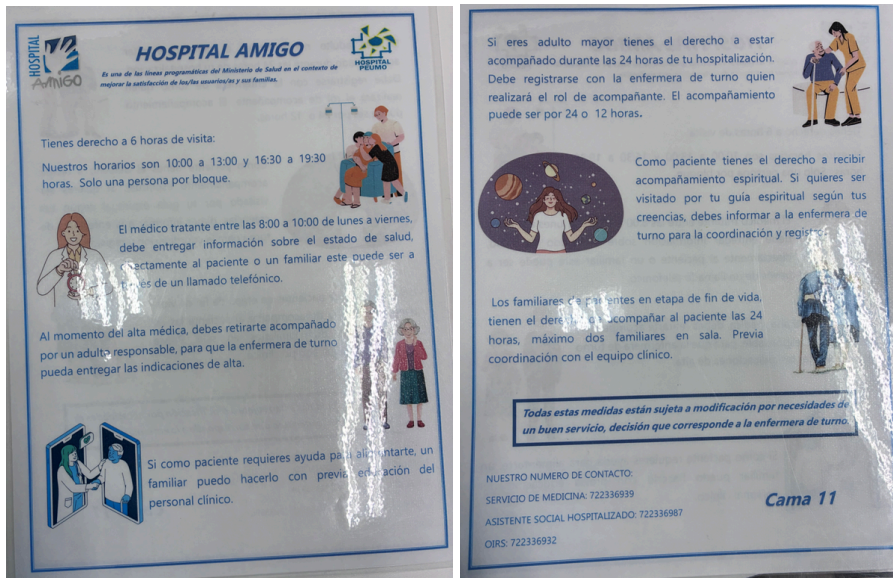
Se considera positivo que cada persona tenga una/un médico asignada/o para su adecuado tratamiento de salud, sin perjuicio de eso se hace necesario poder analizar la forma en que se llevan a cabo las atenciones, en particular a la falta de evaluación directa por parte de médicos. Un punto que es crítico es el hecho que la UAS no tiene atención en materia de salud mental, siendo necesario recurrir a la red de de salud mental externa. Otro punto que aparece es la necesidad de contar con otra/o kinesióloga/o y terapeuta ocupacional .

e.- Medidas de Protección

En materia de acceso a la información aparecen opiniones divididas sobre las mismas. Algunas de estas indica que al momento de ingresar se informa a las/os residentes sobre las reglas de recinto, los alimentos que pueden comer o no, los horarios y la información establecida bajo la línea programática de “Hospital Amigo”, además de informar a las personas hospitalizadas y/o personas significativas sobre sus derechos³. En otras entrevistas se indica que no se informa a las personas sobre sus derechos. Respecto de la información de salud se indica que es de responsabilidad de la/del médico tratante. Se logra observar que, en los veladores de las/os usuarias/os, existen fichas o folletos con informaciones de medidas en el marco de “Hospital Amigo”, como se muestra a continuación.

³ El concepto de Hospital Amigo se entiende como: “La línea programática Hospital Amigo del Ministerio de Salud, desempeña un papel central en la estrategia de Satisfacción Usuaria y Trato Digno, ya que su enfoque se centra en la implementación de medidas de acogida, acompañamiento e información para las personas hospitalizadas a lo largo de su proceso de atención.” (Ministerio de Salud, 2017)

Fotografías N° 10 y 11: Folleto de "Hospital Amigo"



En materia de egreso de las personas hospitalizadas, se busca que puedan ir a recintos de protección como ELEAM u otros recintos proteccionales. Lo anterior está dado por el perfil de las personas de la UAS, quienes tienen altos niveles de dependencia y se encuentran en situaciones de abandono y/o presentan redes sociales y familiares disfuncionales. Es importante tener presente que la permanencia en la UAS es voluntaria, y en el caso que se consiga un cupo en un recinto, este ingreso también es voluntario. A quienes no quieran egresar de la UAS, para posteriormente ingresar a otro dispositivo, se les trata de convencer. También se indica que hay personas que no han querido egresar y permanecen por más tiempo en la unidad. Se comenta que también algunas personas han egresado de la unidad por conductas disruptivas.

Las solicitudes y quejas se realizan en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS). En el evento que las personas hospitalizadas puedan movilizarse tienen la posibilidad de dirigirse a la OIRS del hospital; en caso contrario, el personal de la OIRS se dirige a la unidad. Sin perjuicio de lo anterior, se menciona que las personas hospitalizadas desconocen las formas de realizar quejas o reclamos y que no las hacen por el estado de abandono y/o desorientación en el cual se encuentran. En materia de denuncias penales y sumarios administrativos, por eventuales casos de malos tratos en la UAS, se menciona que no han existido y/o que no se conocen.

En materia de medidas de prevención de los malos tratos, se identifica la supervisión de la/el enfermera/o encargada/o de las actividades clínicas directas, también se señala que, en caso que los hubiera, se debería comunicar con la jefatura. La UAS no cuenta con cámaras de videos. También en las entrevistas no se identifican supervisiones externas, sólo se mencionan visitas de referentes técnicos del Servicio de Salud. La UAS cumple con registros de entrega de turno, tanto de las TENS como de enfermería, los cuales están ordenados con observaciones y se identifica la/el funcionaria/o con sus datos.

El hospital cuenta con un Protocolo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas. Su objetivo es la estandarización en la recepción, gestión y análisis de estas, además se resguarda la entrega de

respuesta a las personas que se atienden en el Hospital del Salvador de Peumo. La unidad encargada es la OIRS, la cual además de realizar atención directa y analizar las solicitudes, debe mantener un catastro de las solicitudes. Se destaca que las respuestas de las solicitudes ciudadanas deben ser evaluadas y las respuestas visadas por el director del hospital. Las solicitudes pueden ser realizadas de forma presencial sin documentos o por medio de formularios, en el mismo sentido se establece que el Hospital tendrá buzones o se podrán presentar vía online, vía telefónica o cartas dirigidas al hospital.

Evaluación: parcial

Se destaca positivamente que las personas hospitalizadas que pueden ingresar a un ELEAM sea de forma voluntaria y, que en caso de negativa, se trate de incentivarlas. Otro punto positivo es que en el evento que una/un residente tenga un reclamo o queja, y no tenga movilidad reducida, una/un funcionaria/o de la OIRS se dirige a la UAS.

Sin perjuicio de lo anterior, se ve como materia a mejorar o reforzar el acceso a la información, ya sea sobre las reglas del recinto o los derechos de las personas. En este sentido, si bien es positivo que existan folletos informativos, parece relevante que exista información en similar formato respecto de los medios de solicitudes y quejas, o información de contacto de instituciones públicas, ante malos tratos.

Otro punto que se hace especialmente crítico es el hecho que las personas hospitalizadas desconocen los mecanismos de solicitudes y quejas. Asimismo, se identifican pocos mecanismos de prevención de los malos tratos, por ejemplo, aparece la supervisión de la/el enfermera/o encargada/o de las actividades clínicas, pero la unidad no cuenta con cámara de video.

f.- Trato

En la UAS se llevan a cabo contenciones mecánicas y farmacológicas. Se informa que, al momento de la visita, hay 7 personas con contenciones farmacológicas y 1 con contención física. Las contenciones son por indicación médica. Se menciona que la aplicación de las contenciones físicas se hacen con apósitos, sin perjuicio de ello aparece en una entrevista que en ocasiones estas pueden quedar apretadas. También se menciona que generalmente las contenciones son puestas en las extremidades superiores.

Los motivos más frecuentes que se señalan para la realización de estas es el riesgo de caída o cuando las/os residentes se sacan implementos médicos, tales como sondas. La revisión de las contenciones se realiza en cada turno. Se menciona que la duración de las contenciones es “por necesidad” y que, de manera puntual, en el pasado hubo personas que la requirieron de manera constante. En una de las entrevistas se indica que las descompensaciones de las/os hospitalizadas/os son frecuentes, y lo primero que se hace es hablar con la persona, y si no funciona se procede a la contención farmacológica y, en última instancia, a la contención física.

El recinto cuenta con un protocolo de contención, el cual es del año 2016 y señala una vigencia de 5 años. En este se establece una serie de cuestiones a mencionar:

- i.- Alcance: Es aplicable para el todo el Hospital del Salvador de Peumo;
- ii.- Responsables y aplicación: Establece que la/el médico tratante será responsable de la indicación y suspensión de la contención física. Asimismo, menciona que será la/el enfermera/o de turno de la valoración e indicación de la contención física ante la ausencia de

la/el médico de turno o tratante, debiendo informar y solicitar a las/os médicos el respaldo de la indicación llevada a cabo en ausencia de la/el médico;

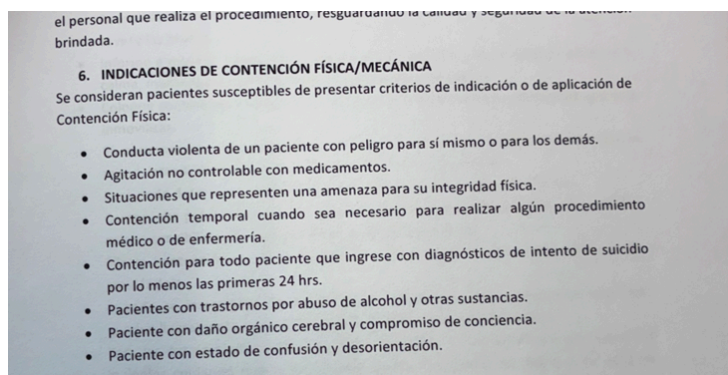
iii.- Aplicación: Se establece que serán enfermera/o, matrona/ón y técnica/o paramédico quienes deberán llevar a cabo la instalación de la contención física;

iv.- Desarrollo de la contención física: Se establece que se aplicará como “último recurso ante el fracaso o la imposibilidad de aplicar previamente contención emocional, ambiental y/o farmacológica”. Se indica la importancia en la aplicación de medidas de prevención para que no sucedan lesiones físicas a las/os hospitalizadas/os como también a las/os funcionarias/os que las aplican;

v.- Causas de aplicación de contención física: Conducta violenta de personas hospitalizadas que sea peligrosas para sí o terceras personas, agitación que no se controle con medicamentos, hechos que sean amenazas para la integridad física, las personas que ingresan con intento de suicidio al menos por las primeras 24 horas, personas con abuso de drogas o alcohol, con daño cerebral y compromiso de conciencia, en situación de confusión o desorientación.

También se establece la aplicación de contención de forma temporal para la realización de algunos procedimientos.

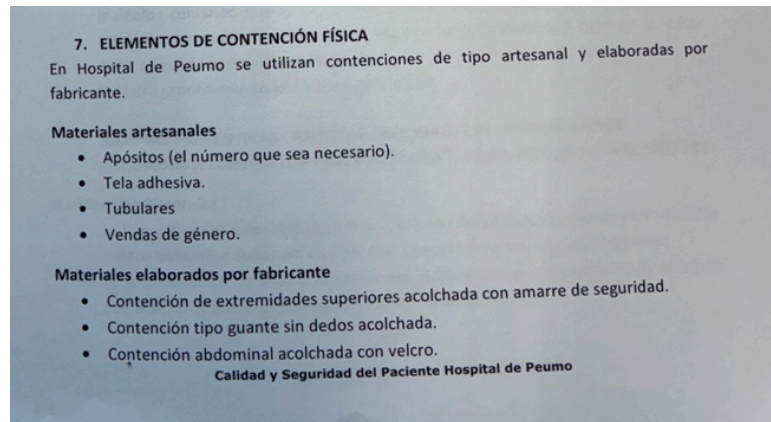
Imagen N° 3: Indicación de Contención Física



(Fuente: Hospital del Salvador de Peumo, 2016)

vi.- Materiales de la contención: Se establecen materiales artesanales y elaborados por fabricante, tal como se puede observar en la imagen N° 4.

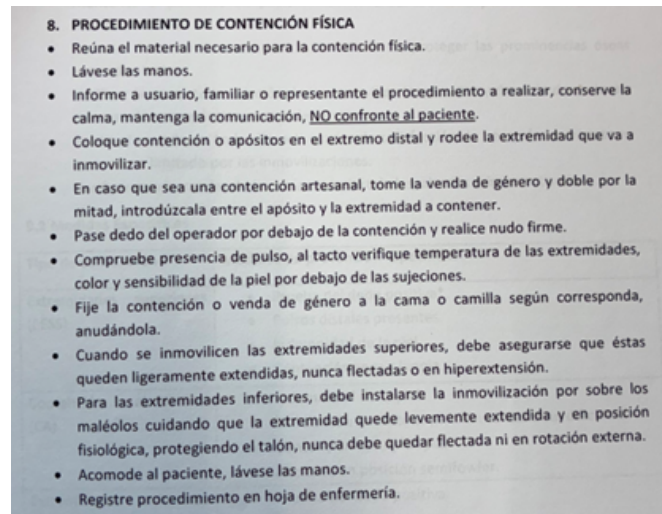
Imagen N° 4: Elementos de la contención física



(Fuente: Hospital del Salvador de Peumo, 2016)

vii.- El procedimiento de la contención física: se establece una serie de cuestiones tal como se observa en la imagen N° 5.

Imagen N° 5: Procedimiento de la Contención Física



(Fuente: Hospital del Salvador de Peumo, 2016)

viii.- Medidas preventivas: El protocolo establece una serie de medidas preventivas entre las cuales se destacan, sin ser taxativo:

- La inmovilización debe restringir lo menos posible el movimiento de la persona y la menor cantidad de inmovilizaciones en las zonas del cuerpo;
- La inmovilización no debe obstaculizar el tratamiento;
- Que la persona esté en posición semisentada para que se evite aspiración broncopulmonar;
- Si se inmovilizan extremidades inferiores, se debe proteger las prominencias óseas;

- Verificar la correcta instalación de las contenciones antes de una acción terapéutica o si hay visitas de personas significativas;
- Dar asistencia a las necesidades básicas de las personas que están con contenciones mecánicas; y,
- Resguardar que las barandas de las camas estén instaladas, levantadas y con el freno activado.

Es relevante mencionar que el protocolo establece una serie de medidas de prevención específicas, tal como aparece en la imagen N° 6. Además, el protocolo establece una pauta de supervisión de contención física.

Imagen N° 6: Medidas específicas de prevención en protocolo de contención

9.2 Medidas Específicas	
Tipo de contención	Medidas de prevención específicas
Extremidades superiores (EES)	• Prueba del dedo positiva*. • Pulsos distales presentes. • Integridad de la piel. • Contención seca y limpia.
Contención abdominal (CA)	• Integridad de la piel. • Contención permite expansión torácica sin dificultad. • Contención seca y limpia. • Paciente en posición semifowler.
Extremidades inferiores (EEI)	• Prueba del dedo positiva. • Pulsos pedios presentes. • Integridad de la piel. • Contención seca y limpia. • Contención instalada en posición anatómica.

*Prueba del dedo: Entre la piel y la contención debe pasar al menos 2 o 1 dedo por debajo del elemento de contención. Resguarda el retorno venoso.

(Fuente: Hospital del Salvador Peumo, 2016)

De la lectura del protocolo de contención, parece relevante considerar una serie de elementos críticos o que deben ser revisados. En particular, no se establece la periodicidad o regularidad de controles de las contenciones físicas por el equipo de salud, y tampoco se fija un plazo obligatorio para evaluar o determinar la pertinencia de la aplicación de la contención física. También aparece en el protocolo la utilización de implementos llamados artesanales para la aplicación de contenciones, por ejemplo la utilización de vendas de género.

La unidad cuenta con un dormitorio individual, el cual está separado de las demás personas hospitalizadas. El criterio de inclusión a dicho dormitorio es por temas de convivencia entre residentes. Se observa que dicho dormitorio está en el inicio de la entrada a la UAS y que la persona que se encuentra allí puede transitar por el recinto (las puertas están abiertas). En una entrevista, se menciona que en ocasiones se llevan a cabo aislamientos en caso de patologías contagiosas.

De acuerdo a los relatos, la unidad ha tenido situaciones complejas, como fugas de personas hospitalizadas. Así se menciona que hubo un caso de una persona con tuberculosis que se fugó, se llamó a Carabineros, y fue encontrada en una comuna cercana.

Acerca del trato a personas hospitalizadas por parte de las/os funcionarias/os, se menciona que, en su mayoría, existe buen trato hacia las/os residentes. Sin perjuicio de ello, aparece que existen problemas, en los que se identifica retrasos en materia de cuidado, por ejemplo, demora en las

mudas. También se identifican problemas a la hora de la realización de procedimientos de cuidado. Es decir, algunos procedimientos se realizan de manera brusca y generan malestar a algunas personas hospitalizadas.

En referencia al trato entre pares, se menciona que han existido personas hospitalizadas agresivas y se identifican los problemas de salud mental como un factor que incide en los conflictos entre las personas hospitalizadas.

Evaluación: insuficiente

En materia de contenciones, se valora positivamente que se busca establecer mecanismos para atenuar el escalamiento de conductas disruptivas, así se menciona que se trata de hacer contención verbal con las personas hospitalizadas. A pesar de ello, aparecen puntos críticos en la aplicación de contenciones. En el mismo sentido, se ve como un elemento muy relevante a mejorar el “Protocolo de Contención”, específicamente: (1) Se requería que fuese revisado ya que es del año 2016; (2) El protocolo no establece la periodicidad o regularidad de controles de las contenciones físicas; (3) No se fija un plazo para evaluar o determinar la pertinencia de la aplicación de las contenciones físicas; y, (4) El protocolo incluye la posibilidad de utilizar implementos llamados artesanales.

En materia de trato, se identifica que en su mayoría existe buen trato, sin embargo, algunos relatos hablan de brusquedad en los procedimientos que se realizan con las personas hospitalizadas, como también algunas demoras en materia de cuidados.

g.- Autonomía

Sobre la autonomía en materia de rutina, tal como se mencionó anteriormente, las personas hospitalizadas que son más autovalentes pueden circular por los pasillos y salir al patio, bajo supervisión.

En materia de gestión patrimonial, específicamente las pensiones, se coordina con las/os familiares de las personas por medio de un poder bajo consentimiento de la/del residente. En el evento que la persona no entregue su consentimiento, se acumula en su cuenta bancaria (cuenta rut). En los casos que las personas consientan que las pensiones sean administradas por alguna persona significativa, la UAS pide que éstas puedan comprar útiles de aseo. La coordinación respecto de las pensiones es vista por la/el trabajadora/or social de la UAS. Vale destacar que, en una de las entrevistas, se comenta que cuando necesitan dinero, las/os hospitalizadas/os piden asistencia a la/el trabajadora/or social.

Sobre gestión de requerimientos sociales, tales como la renovación de la cédula de identidad, en algunas oportunidades ha concurrido a la UAS profesionales del Registro Civil. En el ámbito de participación política, por ejemplo, asistencia a eventos eleccionarios, las/os residentes pueden salir a votar siempre que vayan con una/un acompañante o familiar.

Evaluación: bueno

Se valora positivamente que las personas con mayor grado de autovalencia puedan circular por el recinto, asimismo que también puedan manifestar su voluntad respecto a la gestión de sus pensiones. En el mismo sentido, se valora que el registro civil concurra a la UAS para gestionar la renovación de la cédula de identidad. También parece relevante que las personas tengan la posibilidad de salir con asistencia a actividades políticas o sociales, como la participación de eventos eleccionarios siempre que vayan acompañadas; sin perjuicio que se tiene presente que muchas de

las personas que se encuentran en la unidad están en situación de abandono, lo que hace menos practicable dicha posibilidad.

h. Gestión del personal

En materia de ambiente laboral, pareciera que en la unidad existe un clima tenso o complejo. Es así que aparecen comentarios que el ambiente laboral depende de las jefaturas, que las/os funcionarias/os prefieren no vincularse entre ellas/os, además se identifican conflictos entre funcionarias/os. En referencia a la carga laboral, aparece y se observa durante la visita que existe una alta demanda de cuidados hacia las personas hospitalizadas dado los altos niveles de dependencia. También se identifica que algunas/os funcionarias/os tienen que cumplir labores en otras unidades.

Existe un déficit de medidas de cuidado del personal, se menciona que una vez a la semana existen pausas saludables, o que tuvieron una evaluación de riesgos psicolaborales por una mutualidad. Se destaca que un punto altamente complejo es el reporte de agresividad y agresiones de algunos/os residentes hacia las/os funcionarias/os.

Sobre capacitaciones, hay programas en materia clínicas, pero no en el ámbito de derechos humanos o capacitación sobre el manejo y trato a personas con diagnósticos de salud mental.

Evaluación: insuficiente

La gestión del personal es un ámbito altamente complejo en la UAS. Se logra allegar que existe un clima complejo de interrelaciones personales, tales que las/os funcionarias/os prefieren no vincularse entre ellas/os o que hay conflictos. También se ve como un punto crítico la gran carga de trabajo que tiene el personal, dada la demanda de cuidados que requieran las/os usuarias/os. Lo anterior se suma al hecho que algunas/os de las/os funcionarias/os deben cumplir labores en otras unidades del hospital.

Asimismo parece necesario que existan mayores políticas de cuidado del personal, ante un déficit de actividades orientadas a ello. Esto es aún más complejo dado que se reporta que existe agresividad de ciertas personas hospitalizadas hacia las/os funcionarias/os.

Se valora que el hospital cuente con capacitaciones para las/os funcionarias/os, pero se vislumbra necesario que existan capacitaciones vinculadas a derechos humanos y referentes al trato de personas con diagnósticos de salud mental.

IX. 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 implementar de forma continua una mayor oferta programática para las/os residentes de la UAS, la cual sea tendiente a la rehabilitación y al mantenimiento de las capacidades remanentes. En esto se hace relevante:

- (a) Realizar un plan de desarrollo de oferta programática que pueda ser evaluable; y
- (b) Disponer de personal idóneo para tales efectos, tales como terapeutas ocupacionales y talleristas.

Contacto con el mundo exterior

2.- Se recomienda, en el mediano plazo, intensificar el contacto con la comunidad. Para estos efectos se sugiere la realización de actividades sistemáticas.

3.- Se insta, en el mediano plazo, que se fortalezcan las acciones de vinculación familiar y social de las personas hospitalizadas, dado el estado de abandono social y familiar de estas.

Condiciones materiales

4.- Se recomienda, en el corto plazo, realizar una serie de mejoras en las condiciones materiales de la unidad, entre las cuales se encuentran:

- (a) Reemplazar las camas clínicas que no se encuentran en óptima condiciones;
- (b) Reparar la bicicleta estática que se encuentra en la sala de kinesiología;
- (c) Mejorar o reemplazar los bergueres o sillones destinados para las/os funcionarias/os;
- (d) Reemplazar los carros de mudas para que estos sean adecuados para sus funciones.

5.- Se sugiere, en el corto plazo, mantener la luces prendidas de los pasillos de la UAS en horarios diurnos, para efectos de mejorar la iluminación.

6.- Se recomienda, en el mediano plazo, realizar las adecuaciones pertinentes para mejorar el sistema de calefacción de la UAS. En el mismo sentido, se insta, en el largo plazo, a llevar a cabo las modificaciones al sistema eléctrico, para efectos de que la unidad cuente con aire acondicionado en verano.

7.- Se sugiere, en el mediano a largo plazo, realizar las modificaciones estructurales necesarias para efectos que los baños que se encuentran dormitorios puedan tener mayor accesibilidad para las personas que tienen movilidad reducida y requieren de implementos para movilizarse (burritos).

8.- Se recomienda, en el mediano plazo, llevar a cabo las adecuaciones pertinentes para efectos de mejorar la presión de agua en las duchas.

Salud

9.- Se recomienda, en el corto plazo, adoptar medidas que garanticen que la labor médica priorice la evaluación clínica directa de las personas hospitalizadas, evitando que la atención se reduzca al registro en la ficha.

10.- Se sugiere, en el largo plazo, establecer atención de salud mental dentro de la UAS para aquellas personas que tienen diagnósticos de salud mental o requieran atención de la misma. En esto se sugiere la incorporación de horas presenciales de psicóloga/o en la unidad.

11.- Se insta, en el mediano plazo, la incorporación de otra/o profesional de kinesiología.

Medidas de Protección

12.- 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 de los mismos.

13.- Se sugiere, en el corto plazo, incorporar junto con el folleto del Hospital Amigo información de instituciones públicas ante dudas, consultas o reclamos que puedan tener las personas (véase Ministerio Público, policías, etc...). Además de folletos en lenguaje claro y sencillo que explicite los derechos de las mismas.

14.- Se recomienda, en el corto plazo, la instalación de cámaras de seguridad en la UAS como mecanismo de prevención de malos tratos. En el mismo sentido que estas cámaras de seguridad puedan almacenar tales grabaciones. Lo anterior teniendo presente el respeto a la intimidad y privacidad de las personas hospitalizadas.

15.- Se sugiere, en el mediano plazo, intensificar supervisiones por parte de la jefatura, para verificar la forma en que se entregan los cuidados y se realizan los procedimientos. Bajo ello se hace relevante que esto sea formalizado, ya sea por un documento o protocolo para tales efectos.

Trato

16.- Se recomienda, de forma inmediata, realizar supervisiones de las contenciones llevadas a cabo, para efectos de corroborar la correcta aplicación de estas.

17.- Se insta, en el corto plazo, a realizar una revisión del Protocolo de Contención, dado que este es del año 2016. En esto aparece relevante que en su revisión se incorporen los siguientes puntos:

- (a) La periodicidad y regularidad de los controles de las contenciones;
- (b) Incorporar la evaluación de la pertinencia de la aplicación de la contención mecánica después de un determinado tiempo, el cual sea analizado por una/un médico que no sea la/el tratante;
- (c) Eliminar la posibilidad de utilización de materiales denominados artesanales como vendas de género.

18.- Se recomienda, en el corto plazo, establecer una serie de medidas para evitar procedimientos de salud que puedan ser bruscos o demora en materia de cuidados, dentro de estos:

- (a) Reforzar supervisiones por parte de las jefaturas de la UAS en los procedimientos de salud;
- (b) Realizar capacitaciones y actualizaciones periódicas 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.

Gestión del Personal

19. Se insta, en el mediano plazo, estructurar un plan de mejora de convivencia y de acciones de cuidado del personal que sean periódicas y continuas en el tiempo;
- 20.- Se recomienda, en el mediano plazo, realizar una evaluación de las cargas de trabajo dentro de la UAS con el fin de determinar la posibilidad de ampliar la dotación de personal, con el objeto de disminuir la carga laboral en especial del personal que lleva a cabo el cuidado directo;
- 21.- Se sugiere, en el corto plazo, incorporar capacitaciones en derechos humanos y trato respecto de personas que tienen diagnósticos de salud mental;
- 22.- 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.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Hospital del Salvador de Peumo (2016). Protocolo de Contención Física en Pacientes con Agitación Psicomotora.
- 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%A9sticas-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 (2017). Hospital Amigo. Obtenido de la pagina web: <https://www.minsal.cl/mas-salud-mejor-trato-hospital-amigo/>
- Servicio de Salud de O'Higgins (2024). Cuenta Pública Hospital de Peumo. Obtenido de la página web: https://drive.google.com/file/d/1rjmZ-p7k3cBiuHWrMw3Yum0slwzLV_0w/view
- Superintendencia de Salud (s/f). Hospital del Salvador de Peumo. Obtenido de la página web: https://www.superdesalud.gob.cl/registro/hospital-del-salvador-de-peumo/#accordion_2