

Desafíos para los Hospitales de Baja Complejidad. El caso del Hospital Llanquihue

Challenges for Low Complexity Hospitals.
The case of the Llanquihue Hospital

Diego Alonso Figueroa¹

RESUMEN

El Sistema de Salud chileno se estructura bajo el Modelo de Atención Integral de Salud dentro del cual a los Hospitales de Baja Complejidad (HBC) no se les ha definido su rol con claridad. En el siguiente trabajo se realiza una revisión de la normativa vigente que determina el funcionamiento de estos establecimientos. Se presenta el caso del Hospital de Llanquihue como un modelo que permite aumentar la complejidad de las prestaciones sin la necesidad de generar un cambio de perfil hacia la mediana complejidad. Este tipo de desarrollo permitiría crear microredes de integración dentro de cada servicio de salud que aseguren el acceso oportuno a prestaciones de mayor complejidad como especialistas y exámenes complementarios independiente de la ubicación geográfica donde habite la población. Definir el rol de los HBC es potestad del gestor de red y desarrollarlo debe ser función de las comunidades hospitalarias dirigidas por su director/a con perspectiva territorial y favoreciendo la toma de decisiones a nivel local.

Palabras clave: Sistema de Salud, Hospital, desarrollo local.

ABSTRACT

The Chilean healthcare system is structured under an Integral Health Care Model, in which no clear role has been defined for Low Complexity Hospitals (HBC) have no defined role yet. In this work we made a review of the current regulations that determines the operation of these establishments is carried out. We present the case of Llanquihue Hospital as a model that allows to increase the complexity of capabilities without necessarily shifting towards a Median Complexity Hospital. This kind of development fosters the creation of microgrids inside each health service that ensures timely access to more complex services such as specialists and complementary exams regardless of the geographic location where the population lives. Defining the role of the HBCs is the responsibility of the network manager and developing it should be a function of the hospital communities directed by their director with a territorial perspective and favoring decision-making at the local level.

Key Words: Healthcare system, Hospital, local development

INTRODUCCIÓN

Los Hospitales de Baja Complejidad (HBC) nacieron en los años 50 como herramienta para fortalecer el escueto sistema de salud de la época, que tenía importantes déficits principalmente a nivel rural (Carvajal

Recibido el 28 de marzo de 2023. Aceptado el 18 de junio de 2023

¹ Médico General de Zona. Director Hospital de Llanquihue. Chile. Correspondencia a: alonsofigueroadiego@gmail.com

et al, 2007). Junto con ellos, el año 55' nacieron los Médicos Generales de Zona (MGZ) que se distribuyen a lo largo del país, principalmente en los HBC, para acortar la brecha de acceso a estos profesionales. Los cambios epidemiológicos y sociales que ha vivido el país desde entonces han hecho que el perfil de los HBC cambie en el tiempo. Donde antes los MGZ realizaban todo tipo de procedimientos, hoy se han visto obligados a una adaptación acorde a la normativa, especialización y enfoque médico-legal de la profesión médica. A juicio del autor, a pesar de que los HBC forman parte de la red integrada del Sistema de Salud, su rol no está del todo definido por la autoridad ni por los equipos que los conforman. El presente trabajo busca clarificar la normativa que rige estos establecimientos, al tiempo que invita a reflexionar sobre el rol actual de los HBC, ejemplificado en el caso del Hospital de Llanquihue, respecto a las dificultades para su desarrollo debido a las trabas normativas y la falta de un proyecto de desarrollo institucional.

Los Hospitales bajo el Modelo de Atención Integral

El Modelo de Atención Integral surge con la reforma del año 2005 buscando mejorar la *“insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud, insuficiencias en coberturas, trato usuario, fallas en la oportunidad de la atención y una gestión ineficiente”* (MINSAL, 2005). Este modelo está basado en el paradigma biopsicosocial de la salud que ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad y se ha definido como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (MINSAL, 2005).

Para instalar el modelo de atención integral, se formularon tres ejes fundamentales: *fortalecimiento de atención primaria, transformación hospitalaria y rearticulación de la red asistencial* (MINSAL, 2005). Dentro del nuevo modelo hospitalario destaca la ambulatorización de la atención con el consecuente acceso especialidad, equipamiento y apoyo diagnóstico de mayor complejidad,

continuidad de los servicios de urgencias las 24 horas del día, gestionar las camas acorde al riesgo-dependencia y haciendo énfasis en la articulación de la red asistencial que permitiera asegurar la continuidad de la atención en todos los niveles del sistema (MINSAL, 2005).

La red pública se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual cuenta con 29 Servicios de Salud (SS) a lo largo del país. Cada SS tiene bajo su jurisdicción diversos establecimientos, entre ellos, los Hospitales (MINSAL, 2023). Estos están definidos por la normativa del MINSAL 2013 como *“un establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o de atención cerrada”*. Acorde al Modelo de Atención Integral, los hospitales separan su actividad en 4 procesos: *“Atención cerrada, atención abierta, atención de urgencia y servicios de apoyo clínico”*. El análisis conjunto de estos, define el nivel de complejidad de cada establecimiento hospitalario (MINSAL, 2013).

La Ley de Autoridad Sanitaria cambia la denominación de los Hospitales tipo 1, 2, 3 y 4, nombrándolos Hospitales de Alta Complejidad (tipo 1 y 2), de Mediana Complejidad (tipo 3) y de Baja Complejidad (tipo 4). (MINSAL, 2013). De este modo se clasifican en *“Establecimientos de Autogestión en Red”* (alta complejidad) y *“Establecimientos de salud de menor complejidad”* (mediana y baja complejidad). Los establecimientos de menor complejidad serán aquellos que tengan *“menos complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Son administrativamente dependiente del SS al que pertenecen y su rol está determinado por las características de la red correspondiente”* (DFL 1, 2005). La clasificación anterior se define de acuerdo a su capacidad resolutoria, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios: (i) *Función dentro de la red asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la red;* (ii) *Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutoriedad y disponibilidad de recursos humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza y* (iii) *Grado de especialización de sus recursos humanos* (Decreto 140, 2004). En 2021 existían 188 hospitales, distribuidos de la siguiente manera acorde a su complejidad: 62 alta complejidad, 29 mediana complejidad y 97 baja complejidad (DEIS, 2021).

A inicio de los 50' se produce un gran desarrollo de la Salud Pública en Chile, creándose en 1952 el Servicio Nacional de Salud. En ese contexto se erigen los Hospitales de Baja Complejidad (HBC) con la consecuente redistribución de médicos a través de la política pública de los Médicos Generales de Zona (hoy en Etapa de Destinación y Formación). Lo anterior buscaba abordar las diversas problemáticas relacionadas a la salud del país, principalmente en el ámbito rural (Carvajal et al, 2007). Por este histórico rol, los HBC han sido planteados como un patrimonio social y de salud de nuestro país. A pesar de los diversos cambios a través de los años, todavía los equipos de trabajo están encabezados por Médicos/as Generales de Zona (Carvajal, 2008).

El reglamento orgánico de los establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red ahonda en las definiciones previas, estableciendo que los establecimientos de menor complejidad:

Tienen una menor complejidad técnica, dada por un menor desarrollo de las especialidades, es decir, no cuentan con las especialidades básica de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o sólo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas. Desarrolla principalmente actividades de nivel primario y algunas de especialidad, de acuerdo a su rol dentro de la Red Asistencial que integra, y en el área de competencia que determine el Director de Servicio en consulta con el Consejo de Integración de la Red Asistencial (Decreto 38, 2005).

Las definiciones anteriores dan cuenta de un intento por ordenar y homogeneizar conceptualmente los Hospitales de nuestro país, no obstante, se limita a utilizar parámetros técnicos dejando de lado factores tan relevantes como la realidad socioeconómica o características propias del territorio. Además, los HBC subsisten en un esquema poco claro, por un lado realizan prestaciones de atención primaria y por otro se les pide funcionar y organizarse como un establecimiento de atención cerrada, en donde la gestión de funcionarias, el sistema de financiamiento e inversión y la dependencia institucional difiere en uno u otro modelo (Carvajal, 2008).

En la experiencia del autor, queda muy claro que los HBC son heterogéneos en cuanto a sus prestaciones clínicas, puesto existen algunos que cuentan con cartera de servicio de Atención Primaria de Salud (Hospital de Fresia) y otros que ya han logrado implementar prestaciones de mayor complejidad como Cirugías Ambulatorias (Hospital de Calbuco). No obstante, se rigen bajo la misma administración desde los Servicios de Salud (Decreto 38, 2005). Las expectativas de la población y los actuales requerimientos hospitalarios, tales como asegurar la atención 24 hrs de los servicios clínicos, la calidad y seguridad de la atención, el acceso a especialistas y prestaciones de mayor complejidad obliga a definir prontamente el destino de estos centros de salud (Carvajal, 2008). Frente a lo anterior, no deja de ser frustrante para quienes trabajamos en estos hospitales el hecho de que para la reforma del año 2005 se planteaba que la decisión estaba acotada a dos alternativas: Aumentar complejidad del establecimiento a Mediana Complejidad o transformación en Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC) (MINSAL, 2007). Pasadas casi dos décadas la realidad nos muestra que son escasos los HBC que vislumbran un destino y la mayoría siguen sin tener definiciones claras en cuanto a su rol dentro del sistema. Ahora bien, esta decisión acerca del rol de los HBC debe ser necesariamente tomada bajo un proceso participativo que incluya a todos los actores de la salud y comunidad del territorio particular (Decreto 38, 2005).

Resulta fundamental plantear la falta de carácter de los HBC, entendida desde la perspectiva clínica de sus prestaciones, vale decir, como centros de atención primaria o como centros hospitalarios de mayor complejidad, debido a que las exigencias de la población, así como las diferentes realidades territoriales visualizan una estructura de salud desaprovechada y que pareciera no contribuir realmente a las necesidades de salud de la población. No obstante, existen ejemplos donde los SS y HBC han buscado superar las limitaciones normativas y han elaborado mecanismos y herramientas para desarrollarse en alguna línea particular. En ese sentido, se presenta la experiencia del Hospital de Llanquihue como un ejemplo del rol, capacidad y potencial que pueden tener estos hospitales cuando se integran a una red y existe la voluntad de las autoridades para el desarrollo de la red.

El Hospital Llanquihue (HLI). Realidad y comparativa.

El HLI forma parte de la red del Servicio de Salud del Reloncaví (SSdR), que tiene un área de influencia que se extiende por las provincias de Llanquihue y Palena y abarca 13 comunas de la Región de los Lagos. El total de habitantes en la jurisdicción SSdR según datos del censo 2017 es de 426.401 personas; esta cifra corresponde a 65.414 personas más que las contabilizadas en el censo de 2002. La población total de la comuna de Llanquihue en 2017 era de 17.591 (SSdR, 2019). Estimaciones del INE dan cuenta que en la actualidad hay una población de casi 19000 personas, un aumento del 6,9% (BCN, 2023).

En la tabla 1 se pueden observar datos generales del HLI.

Tabla 1: Datos generales del Hospital Llanquihue

Camas Hospitalizados	20 (indiferenciadas, Socio Sanitarios, URF).
Atenciones Diarias en SU	90-100
Reanimador	1
Box atención abierta	3 (compartidos con el servicio de urgencia)
Box Dental	2
Sala de Parto	1
Sala de Procedimiento	1
Laboratorio	24 hrs
Rayos X	Diurno (hasta las 17 hrs)
Farmacia	Diurno (hasta las 17 hrs)

**URF: Unidad de Rehabilitación Funcional: Equipo multidisciplinario que entrega prestaciones para la rehabilitación integral de pacientes hospitalizados.*

Es importante destacar que como definición estratégica del Servicio de Salud y los directores del Hospital, junto a un trabajo colectivo con los gremios y funcionarios del hospital, desde el año 2020 a la fecha se han implementado y consolidado diversas estrategias que van en la línea de aumentar la capacidad resolutive de la red, complejizar las urgencias y descentralizar la atención de salud. Algunas de estas son:

- Laboratorio 24 horas con prestaciones a la red del SSdR.
- Profesionalización de los servicios: enfermería 4to turno en urgencias y tecnólogo médico diurno para rayos.
- Refuerzo médico de urgencia, asegurando dos médicos hasta las 00:00 hrs.
- Especialistas en Red: Fortalecimiento de las prestaciones de especialidad con medicina interna, pediatría, neurología adulto e infantil, geriatría, ginecología, plan ambulatorio de ecografías, entre otros.
- Implementación del Programa de Salud Mental con objetivo de crear un centro de referencia de la mujer y Programa

Ambulatorio Intensivo de Alcohol y Drogas.

- Implementación de la Unidad de Rehabilitación Funcional
- Reciente aumento de 15 a 20 camas en el Servicio de Hospitalizados.
- Unidad de Agudos: proyecto que busca fortalecer la red de urgencias de Hospitales del SS, generando una alternativa complementaria al Hospital de Puerto Montt lo que permitirá distribuir demanda y con ello facilitar el acceso y la oportunidad, al tiempo que se asegura la calidad de la atención de salud para los usuarios de las comunas de Flesia, Frutillar, Llanquihue y Puerto Varas.

Las medidas anteriores han generado una mejora considerable en la productividad del Hospital, que consolidando un Servicio de Orientación Medica y Estadística (SOME) ha permitido, además, profesionalizar y mejorar considerablemente su registro estadístico.

En la Tabla 2 se destaca los cambios en producción que ha tenido el hospital con la implementación progresiva de estas estrategias.

Tabla 2: Estadísticas del Hospital Llanquihue 2019 - 2022.

Año	2019	2020	2021	2022
Unidad de Emergencia Hospitalaria				
N° Atenciones	28808	19344	19929	29808
Atención Cerrada				
N° egresos	384	275	287	383
I. Ocupacional	59,4	55,3	68,3	82,3
Prom. Estadia	8,5	9,2	8,3	11,6
Ind. Rotación	2,1	2	1,6	2,1
Atención Abierta				
Policlínicos	2993	2725	2470	4898
Especialidades	Sin datos	479	579	1088
Servicios de Apoyo Clínico y Diagnóstico				
Laboratorio	Sin datos	144,837	268,408	315,301
Rayos	Sin datos	10,494	11,958	15,148

Datos propios del Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME)

Unidad de Emergencia Hospitalaria

- Nuestro hospital es el segundo hospital de baja complejidad con mayores consultas en el Servicio de Urgencias de la red del Reloncaví (solo superado por Hospital Calbuco que presenta el doble de población). En la comuna no se cuenta con Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) ni base del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU).
- En contexto de pandemia, en marzo de 2020, ingresa cuarto turno de enfermería al Servicio de Urgencias.
- Durante 2020 se produce una baja considerable de las consultas anuales determinada por diversos factores asociada al COVID 19. El 2022, la demanda se asimila a la de 2019. Se proyecta que esto aumente con los años en la medida que aumenta la migración desde zonas urbanas a la Región de Los Lagos.
- Durante la pandemia de COVID 19, en específico durante el 2021 - 2022 se produjo un colapso en la red de urgencias, donde Hospital Puerto Montt, centro de referencia de la red, se vio incapaz de abordar la demanda de la región, debiendo los HBC asumir la labor de entregar atención a pacientes de mayor complejidad. Nuestro hospital asume un rol activo en la complejización y el abordaje de pacientes con requerimientos de prestaciones complejas.
- Dado la ubicación estratégica y las gestiones locales, nuestro hospital se posiciona como un centro de salud fundamental para

el desarrollo de la red de urgencias del servicio, presentando un proyecto para la implementación de una Unidad de Agudos en el Servicio de Urgencias, proponiendo un modelo de gestión innovador para los HBC.

Atención Cerrada

- Según datos entregados por el Dr. Carvajal (Carvajal, 2008) los HBC presentaban indicadores de rendimiento que no cumplían ni se acercaban a los estándares recomendados para instituciones hospitalarias. Ejemplifica con el antiguo SS de Llanquihue donde destacaba en promedio:
 - Índice Ocupacional: 36% (85% recomendado)
 - Días de estadia: 3.88 (6 a 9 recomendado)
 - Índice de Rotación: 33.16 (sin recomendaciones establecidas, pero muy por sobre lo deseable).
- El Hospital Llanquihue contaba con 15 camas hasta el 20/03/23, muy por debajo de sus pares Hospital Frutillar (33) y Hospital de Fresia (29). Esto constituía un problema para la adquisición de recursos y desarrollo puesto que el foco productivo habitualmente se considera desde la atención cerrada.
- Por gestiones locales, a partir del 20/03/23, se aumentan las camas a 20 colaborando activamente con el déficit que presenta el Servicio de Salud y poniendo a disposición de la comuna mayor capacidad de hospitalización.
- Por otro lado, se puede apreciar que los

Tabla 3: Distribución porcentual del CUDYR 2018 - 2022 Hospital Llanquihue

CUDYR/Año	2018	2019	2020	2021	2022
Bajo	47,1%	51,2%	32,30%	26,7%	33,9%
Medio	40,9%	38,3%	45%	57,8%	57,4%
Crítico	12%	10,4%	22,50%	15,5%	8,7%

*CUDYR se divide en cuidados básicos (B), medios (M) y críticos (C)
 Datos del Servicio de Salud del Reloncaví

indicadores han tenido una mejoría sostenida en el tiempo al menos desde 2019 (días de estadía 8.5; índice rotacional 2.1; índice ocupacional 59.4%).

- La pandemia COVID 19 fue una oportunidad para reorganizar los equipos y el modelo de gestión local del SS y nuestro hospital, puesto el año 2022 se aprecian los resultados de este trabajo donde los indicadores locales se acercan a las recomendaciones nacionales para los establecimientos hospitalarios (días de estadía 11.6; índice rotacional 2.1; índice ocupacional 82.3%).
 - Se debe considerar el aumento de días de estadía por el aumento de pacientes que ingresan a la Unidad de Rehabilitación Funcional donde el programa considera una estadía promedio entre 14 y 21 días. Se suma a esto los pacientes sociosanitarios que tienen hospitalizaciones extensas.
- En cuanto a la categorización riesgo dependencia (CUDYR), la tabla 3 refleja la evolución en la distribución porcentual de cada categorización.
- En el año 2018 los cuidados medios representaban el 40,9%, aumentando progresivamente hacia el año 2022 con un 57,4%.
- El 2021 presenta un importante aumento en cuidados críticos por sobre bajos, que se explica por el momento más álgido de la pandemia.
- La realidad se acerca a lo descrito para el año 2022, donde nuestros usuarios requieren principalmente de cuidados medios, dando cuenta de la complejidad de nuestros usuarios y usuarias.

Atención Abierta

- El año 2013 se produce la separación definitiva entre la atención primaria y las labores del hospital, siendo APS asumido por CESFAM Los Volcanes en totalidad.
- Lo anterior generó que no existiera atención abierta desarrollada en el Hospital.

- Progresivamente se fueron implementando policlínicos, generando una producción en aumento desde el 2019 a la fecha.
- Actualmente el desafío es dar uso jornada completa a los boxes del servicio ambulatorio, lo cual avanza rápidamente con la implementación de los siguientes policlínicos:
 - Medicina general / Funcionarios / Procedimientos / Cirugía menor / Salud Mental / Fonoaudiología / Terapia Ocupacional / Rehabilitación kinésica / Odontopediatría
 - Especialistas en Red: Medicina Interna / Pediatría / Neurología adulto e infantil / Ginecología y Obstetricia / Programa ambulatorio de ecografías.
- Considerando la capacidad del laboratorio como referencia en la red, el proyecto del Hospital es constituir un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) para la provincia de Llanquihue Norte.

Apoyo Clínico y Diagnóstico

- Durante el año 2020 se implementa 4to turno de laboratorio, permitiendo procesar exámenes las 24 hrs. El mismo año se profesionaliza el servicio de rayos que actualmente funciona en jornada diurna.
- Desde el año 2019 el crecimiento de ambos servicios ha sido sostenido. Ambos realizan prestaciones de urgencias, atención cerrada y atención abierta. En esto último, como Hospital realizamos todas las prestaciones solicitadas por CESFAM Los Volcanes de Llanquihue, constituyendo un ejemplo de trabajo integrado en red.
- El Laboratorio de HLL se considera de mediana complejidad debido a la cantidad de exámenes procesados y por la complejidad de estos. Entrega prestaciones a diversos establecimientos de la red.

Lo descrito ya empieza a dar cuenta de que el concepto de Hospital de Baja Complejidad no

hace justicia a estos centros de salud que con escasos recursos (humanos y estructurales principalmente) logran implementar estrategias innovadoras y colaboran activamente con entregar una salud digna y de calidad a sus usuarios. Si bien la normativa reconoce que los hospitales son estructuras dinámicas que debieran definir sus actividad y nivel de complejidad acorde a las necesidades de la red, también señala que lo anterior se materializa con un cambio formal en el nivel de complejidad puesto ello aseguraría los recursos asociados para la implementación (MINSAL, 2013). A nuestro entender entre la baja y mediana complejidad existe un espacio de desarrollo sustancial donde los HBC pueden aportar en mejorar la accesibilidad, complejidad de prestaciones y satisfacción de los usuarios y usuarias del sistema sin la necesidad de completar un tránsito a la mediana complejidad.

A continuación, se expone en la tabla 4 una comparativa de los criterios utilizados para definición de complejidad de los hospitales versus la realidad del Hospital de Llanquihue (MINSAL, 2013).

Tabla 4: Criterios de complejidad y Hospital de Llanquihue

Proceso Asistencial	Criterio de Clasificación	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	Hospital de Llanquihue
Atención Cerrada	N° de Camas	31 a 300. Puede considerar Hosp. Domiciliaria	8 a 30	20
	Nivel de Cuidados	Podrían entregar cuidados críticos de nivel intermedio con especialidad básica.	Sólo cuidados básicos	Se entregan principalmente cuidados medios (CUDYR). Acorde a la tensión de red se entregan cuidados críticos.
	Distribución porcentual de camas según nivel de cuidados	Hasta 10% de camas críticas. 40% medios. 50% básicos.	100% básicas	100% básicas por resolución. No obstante, se utilizan para cuidados intermedios y críticos acorde a la demanda.
	Diferenciación de Camas	Indiferenciado MQ, atención de la mujer, pediatría, salud mental.	Indiferenciada básica	Indiferenciada básica - intermedia
	Medico residentes	Residencia médica en UEH compartida	Turno de llamada	Médico residente 24 hrs.
	Especialización de RRHH	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas.	Atención médica y de otros profesionales tipo generalista	Médico EDF. Especialistas en red (medicina interna, geriatría, neurología).
	Medicina Física y Rehabilitación	Servicio de Rehabilitación para patología musculoesquelética. Cuenta con: Médico fisiatra (puede no estar), kinesiólogo, terapeuta ocupacional.	Según definición de la red Unidad de Rehabilitación Comunitaria para patología crónica: Kinesiólogo, TO (puede no estar).	Unidad de rehabilitación funcional. Equipo multidisciplinario: terapeuta ocupacional, fonoaudiología y kinesiología.
Atención Abierta	Especialización RRHH	Algunas o todas las especialidades básicas y algunas otras especialidades.	Atención médica y de otros profesionales de tipo general.	Especialistas en red: Medicina interna, pediatría, ginecología, neurología adulto e infantil, radiología. Odontopediatría.
Atención de Urgencia	Urgencias	Atención por médico general y/o especialista residente, que puede ser cirujano, internista, pediatra o traumatólogo. Urgencia maternal con médico especialista. Puede contar con odontólogo de llamada.	Atención de tipo generalista para estabilización, por profesional médico de llamada. Parto inminente. Odontología de urgencia.	Residente de turno 24 hrs. Refuerzo médico hasta las 00:00 hrs. Atención de partos inminentes. Odontología general diurna.
Servicio de Apoyo Clínico	Rayos	Rayos osteopulmonar, TAC según población	Rayos osteopulmonar, ecografía básica.	Rayos osteopulmonar, dental. Proyecto de mamógrafo y programa de ecografía ambulatorio por especialidad.
	Laboratorio	Mediana complejidad	Básico	Mediana complejidad, 24 horas. Referencia para la red
	Farmacia	Mediana complejidad	Básico	Básico. Proyecto de complejización. Cuenta con stock completo para reanimación, analgesia (opioides).

La tabla anterior da cuenta que el HLI presenta tantos criterios de un establecimiento de mediana como de baja complejidad. Este escenario se reproduce en todos los HBC del SSdR (SSdR, 2019). Frente a la realidad demográfica en la jurisdicción del SSdR, con dificultades importantes en el acceso a la salud debido a los extensos traslados entre zonas rurales y urbanas, es razonable pensar que los HBC debiesen complejizar su cartera de prestaciones y el SSdR debiese apelar a una red fortalecida de APS, HBC con capacidad resolutive, Hospitales de Mediana Complejidad y el Hospital Base de Puerto Montt como centro de referencia. Sin embargo, en términos administrativos, la dependencia de estos centros de salud deja sin mayor espacio para el desarrollo local autogestionado, puesto que la mayoría de las decisiones sustanciales deben contar con el visto bueno del respectivo Servicio de Salud (cartera de prestaciones, nuevo recurso humano, desarrollo de especialidades, stock de farmacia, etc.) y para pensar en el desarrollo de la complejidad se ponen otras barreras aún más difíciles de traspasar que competen al Ministerio de Salud (Carvajal et al, 2007). Los HBC están sumidos en un terreno difuso, por un lado, se denominan de “baja complejidad” pero por otro realizan labores tremendamente complejas con escasos recursos y alta vulnerabilidad social, por lo que la normativa actual además de desactualizada no es capaz de reconocer la labor que estos centros de salud realizan. Por otro lado, la pandemia de COVID 19 acentuó esta contradicción, puesto el colapso de las redes de urgencias, generó en los hechos que los HBC y todos los trabajadores de la salud tuvieran que adaptarse para entregar prestaciones y cuidados de alta complejidad, cuestión que para el caso del Hospital Llanquihue fue una oportunidad que se supo aprovechar y ha permitido solventar brechas y proponer un nuevo modelo de gestión al SSdR.

Conclusiones y perspectivas de futuro para los HBC

Según Carvajal et al. en una ya antigua edición de CMS:

Los Hospitales tipo 4 son un desafío en cuanto a conocimiento local y a territorialización de políticas. Allí donde políticas nacionales han tenido éxito, lo han hecho porque han encontrado líderes locales que han encontrado un sentido local a tal iniciativa. La alternativa a los Hospitales tipo 4 no existe, cada uno de ellos tiene que construir su propia alternativa. Lo que se requiere es fortalecer

el liderazgo y entregar las condiciones para que las decisiones realmente se instalen en el espacio local. Los hospitales tipo 4 reflejan la diversidad no sólo de la salud en Chile, sino más que eso, de la propia sociedad chilena y reflejan el valor que les otorgamos a nuestros compatriotas de las zonas rurales y aisladas (Carvajal, 2008).

El Modelo Integral de Salud considera los factores sociales y la realidad territorial como parte del proceso salud-enfermedad, no obstante, de momento ha sido incapaz de otorgar un rol claro a los HBC que se integran en dichos territorios. Estos hospitales juegan un rol fundamental en la red que se integran en tanto abordan la complejidad social y entregan prestaciones de urgencias, atención cerrada, abierta y es posible dotarlos de apoyo clínico y diagnóstico de mayor complejidad. La heterogeneidad que revisten estos hospitales obliga a pensar el desarrollo con perspectiva territorial y acorde a las necesidades identificadas por el gestor de red, sus directores y las respectivas comunidades locales.

El desarrollo histórico de los HBC ha sido muy variado. Lo que empezó como hospitales donde los médicos generales realizaban cirugías, el desarrollo y cambio epidemiológico volcó a una medicina muy limitada y prácticamente sin resolutive, que derivó posterior a la pandemia a una exigencia de alta complejidad sin contar con la infraestructura, formación ni organización de la red necesario para su ejecución. Este escenario es el que debe invitar a los gestores de redes a romper los candados normativos que limitan la posibilidad de desarrollo local y tensionar a los directores de estos establecimientos a presentar proyectos de desarrollo locales acorde a las necesidades de la red en la que se integran.

A pesar de que los HBC en su generalidad no tienen una perspectiva clara de desarrollo, es innegable el aporte que han realizado en acercar la salud a la población. Los cambios epidemiológicos, la exigencia de la población y la medicina legalizada, no puede hacernos tener miedo de ejercer el rol que tenemos como hospitales comunales, sino por el contrario, debe invitar a reflexionar y construir proyectos innovadores con nuevos modelos de gestión que permitan asegurar el acceso oportuno a la salud de manera equitativa a cada beneficiario del sistema público de salud.

El ejemplo del Hospital de Llanquihue da cuenta que con una adecuada visión del gestor de red y un trabajo activo de los equipos locales en poco tiempo se puede producir un gran desarrollo en

productividad, mejoría de indicadores y eficiencia de gestión. La experiencia local que hemos vivido post pandemia da cuenta que con la perspectiva correcta los HBC pueden cumplir un rol fundamental en la red y con óptimos resultados. Los Hospitales de Fresia, Frutillar y Llanquihue constituyen de facto una microred de derivación y trabajo conjunto acorde a la capacidad de cada centro de salud lo que favorece la resolutivez y el acceso oportuno a diversas prestaciones que acercan la salud al territorio.

En un contexto político donde se está discutiendo una nueva reforma de salud, es perentorio que se ahonde en la reflexión asociada a los HBC. Los MGZ deberían escribir periódicamente sobre la realidad que viven en sus respectivos HBC y cuál es su rol en los mismos. Los Servicios de Salud deberían visualizar el aporte que estos realizan y establecer proyectos de desarrollo a corto y mediano plazo. Finalmente, el MINSAL debería hacer una revisión completa de la realidad de los HBC, actualizar la normativa vigente y levantar aquellas trabas que impiden el desarrollo local de los HBC.

REFERENCIAS

- Biblioteca Congreso Nacional (2023). Reporte Comunal. Llanquihue.
- Carvajal, Y. (2008). Gestión de hospitales rurales: una medición en las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena. Cuadernos Médicos Sociales, 48(1), 51-59.
- Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo, F., & Winkler, M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. Cuadernos Médicos Sociales, 47(3), 139-154.
- Decreto 38 de 2005. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red.
- Decreto 140 de 2004. Reglamento orgánico de los servicios de salud.
- Decreto Fuerza de Ley N1 de 2006. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N 2.763, de 1979 y de las Leyes N 18.933 y N 18.469.
- DEIS (2021). Listado de Establecimientos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
- MINSAL (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie de cuadernos N°1.
- MINSAL (2007). Marco referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad. Serie cuadernos de redes N° 20.
- MINSAL (2013). Criterios de clasificación según nivel de complejidad.
- MINSAL (2023). Orientaciones para la Planificación y Programación en red.
- Servicio de Salud del Reloncaví (2019). Estudio de red 2019 – 2029