

# Hospitales familiares y comunitarios. Relato de una experiencia local

Family and community hospitals. A local experience story

Juan Pablo Cárcamo Saldaña<sup>1</sup>

## **RESUMEN**

---

**L**os Hospitales familiares y comunitarios (HFC) son en esencia Establecimientos de Atención Primaria que, no obstante, disponen de servicios para todo el ciclo hospitalario. Los HFC nacen al alero del Sistema Nacional de Salud a mediados del siglo XX y se constituyen como la principal instancia para resolver los problemas de salud que se demandan en las comunas rurales donde se ubican. La gestión en salud, la relación con su entorno y con la comunidad es la temática que se expone en este artículo que pretende mostrar una experiencia para abrir espacios de reflexión y discusión sobre el hacer en salud, que no sólo debe considerar la acción de atención en box, altamente demandada por la población, sino además, el permanente análisis de las necesidades y recursos disponibles para entregar una respuesta de manera equitativa y pertinente aun cuando los recursos sean escasos, asunto que obliga al ingenio a idear maneras de avanzar y resolver. En este contexto la conformación de equipos y el trabajo en lógica de procesos es fundamental para organizar la oferta y adecuarla a la demanda.

*Palabras clave:* *Modelo de Atención, Modelo de Gestión, Hospitales familiares y comunitarios.*

## **ABSTRACT**

---

Family and Community Hospitals (FCH) are essentially Primary Care Establishments that, nevertheless, provide services throughout the entire hospital cycle. FCHs emerged under the umbrella of the National Health System in the mid-20th century and became the main institution for addressing health problems demanded in the rural municipalities where they are located. Health management, the relationship with their environment, and with the community are the themes presented in this article, which aims to share an experience that opens spaces for reflection and discussion about healthcare practices. These practices should not only consider the highly demanded box-based medical attention, but also the ongoing analysis of needs and available resources in order to deliver responses that are equitable and relevant, even when resources are scarce—an issue that requires ingenuity and the creation of ways to move forward and find solutions. In this context, the formation of teams and process-oriented work is fundamental to organizing the supply and adapting it to demand.

*Keywords:* *Care Model, Management Model, Family and Community Hospitals.*

## **INTRODUCCIÓN**

---

La salud es una dimensión del bienestar de las personas, que no sólo es ausencia de enfermedad sino también tener la posibilidad de resolverla cuando se presenta, lo que no significa necesariamente sanarse. La Salud es un proceso colectivo, que se experimenta en comunidad, por lo que es primordial el tejido social,

---

<sup>1</sup> Enfermero; MG en Salud Pública y Planificación sanitaria Salubrista. Correspondencia a: carcamo.jp@gmail.com

mejores condiciones de vida y el acceso oportuno y pertinente al sistema de salud. Las condiciones de vida de la población son el principal determinante para aquello; a mayor pobreza, mayor es la carga de enfermedad.

En Chile, a mediados del siglo XX, se crea el Servicio Nacional de Salud que entre otras estrategias acerca el sistema sanitario a los sectores más desfavorecidos en las zonas rurales mediante la construcción y habilitación de hospitales familiares y comunitarios, favorecer dicho acceso era una necesidad imperiosa para impactar en el desarrollo humano y por consiguiente en el desarrollo del país. Transcurridos más de 70 años desde ese hito, los Hospitales familiares y comunitarios siguen siendo un pilar fundamental en las comunas donde se ubican, dando respuesta según su capacidad resolutiva a la demanda de salud de la población.

Desde sus orígenes los Hospitales Familiares y comunitarios (HFC) tienen por principal objetivo la atención primaria de salud (APS), tarea que ejecutan a través de prestaciones, para todo el ciclo vital. Su clasificación de hospital de baja complejidad es relativa a su capacidad resolutiva para con pacientes de baja complejidad clínica y demanda tecnológica; esto es, pacientes que principalmente requieren de cuidados medios y básicos, en los ámbitos de hospitalización y urgencia. Como todo hospital, su organización es compleja y requiere la integración de actividades coordinadas entre los distintos ámbitos que permiten su funcionamiento. A esta complejidad organizacional se agrega la relación con la comunidad que es fundamental para que la oferta sanitaria sea coherente con la realidad local.

En este artículo escribo sobre estos hospitales, su organización, recursos disponibles, adecuación de la oferta a la demanda y el necesario conocimiento y análisis de los antecedentes de la población a cargo, a partir de la experiencia en uno de los Servicios de Salud del país que cuenta con 9 de estos establecimientos. Esta experiencia se caracterizó por haber trabajado en conjunto con los equipos hospitalarios, desde la Dirección de Servicio de Salud, en la función de referente de gestión clínica y luego en la tarea de director de uno de los hospitales de este tipo.

## **HOSPITALES FAMILIARES Y COMUNITARIOS**

---

### **Descripción General**

Los HFC se implementan en pleno proceso de desarrollo del Servicio Nacional de Salud, que tiene su origen en 1952. La conformación del SNS

permitió integrar y organizar de manera centralizada los diversos organismos existentes hasta ese momento, esto fue el primer gran paso para avanzar en un sistema de salud que ha impactado tanto con su contribución a nuestra esperanza de vida actual que alcanza los 81 años, mismo indicador que muestran los países desarrollados y que invierten más del doble que Chile en salud (OCDE, s. f.). Los primeros hospitales familiares y comunitarios construidos principalmente en la década del 60 y ubicados en comunas rurales fueron denominados hospitales tipo 4 hasta la reforma a la salud, momento en el que pasaron a denominarse como los conocemos actualmente (Ley N° 19.937, 2004). Este cambio de denominación tuvo como propósito la transformación de su proceso asistencial a uno con enfoque biopsicosocial centrado en las personas y sus familias; lo propio, en paralelo, trabajaron los consultorios de atención primaria que pasaron a transformarse en centros de salud familiar (CESFAM). Los HFC fueron y son una estrategia sanitaria para acercar las prestaciones de salud a las poblaciones con alto riesgo de vulnerabilidad o derechamente vulneradas, en aquellas comunas rurales con mayor población; en ese contexto, son soporte de salud fundamental para las comunas donde se ubican, integrándose cultural y epidemiológicamente con su población a cargo (MINSAL, 2009).

La cartera de servicios de los HFC considera la oferta programática de atención primaria destinada a todo el ciclo vital, esto es: Programa de salud infantil; programa de salud adolescente; programa de salud del adulto y adulto mayor; programa de salud de la mujer; programa de salud mental; programa de salud oral; rehabilitación integral con base comunitaria; cuidados domiciliarios para pacientes con dependencia severa, cuidados terminales oncológicos y no oncológicos. Estas prestaciones de atención primaria se complementan con prestaciones de unidades de apoyo clínico como farmacia, laboratorio y servicio de imágenes radiográficas. Además, cuentan con un servicio de hospitalización indiferenciada y una unidad de emergencia hospitalaria (UEH) que funciona 24 horas todos los días del año. La clasificación de baja complejidad está refrendada en la norma técnica N°150 de complejidades hospitalarias, del Ministerio de Salud, en donde también se establecen recomendaciones para las dotaciones de recurso humano en atención cerrada.

La oferta de servicios de los HFC le otorgan una institucionalidad característica, toda vez que siendo primordialmente Establecimientos de

atención primaria disponen de oferta en todo el proceso hospitalario (APS; urgencia; hospitalización y unidades apoyo clínico). Los HFC son una instancia sanitaria que, abocados a la atención primaria, refuerzan el compromiso del Estado y los gobiernos de turno con la salud de la población, dando cuenta de la necesaria disposición de recursos en este ámbito para impactar en la calidad de vida y en las inequidades que sufre (OPS, 1978). Este considerando es necesario de tener en cuenta porque, con presupuestos acotados y sin consideración específica por hospital en la ley de presupuesto, se debe asegurar su operación estructural, organizacional y ejecutar actividades de salud que impacten positivamente en la población que accede a ellos. La realidad es que el financiamiento existente alcanza mínimamente para asegurar su funcionamiento, más no su mejora y desarrollo (DIPRES, 2024). Por su parte, los procesos de normalización, necesarios, que podrían resolver el problema son demasiado extensos en los plazos y no aseguran la disponibilidad presupuestaria real requerida. Conviene aclarar que no están desfinanciados y que su producción y resultados justifica un mayor financiamiento.

### **Modelo de Atención Integral en Salud**

Para la transformación de su proceso asistencial de la atención primaria de salud y también de los HFC a uno con enfoque biopsicosocial centrado en las personas y sus familias se ha considerado la necesidad de avanzar en la implementación del Modelo Integral de Salud (MAIS), que en el contexto de la reforma de la primera década del actual siglo, se define 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). Los tres principios del MAIS son: Integralidad, continuidad de los cuidados y centrado en las personas. Para llevarlos a cabo se establecen 9 ejes de desarrollo: Promoción de salud; prevención de enfermedades; enfoque de salud familiar; intersectorialidad y territorialidad; calidad de la atención; centrado en atención abierta; participación social; tecnología y desarrollo de las personas que trabajan en APS.

Para objetivar el avance de este proceso de transformación, el MINSAL creó en el 2008, un

primer instrumento que se utilizó hasta el año 2014. En el 2015 se implementó una nueva pauta para hacer la evaluación de la implementación del modelo, que ahora permitía la medición desde el avance del proceso. En el 2018 un estudio que se realizó para conocer el nivel de implementación del MAIS, describe que se ha alcanzado un 56% de avance en el país (García-Huidobro y cols., 2018). En la práctica se observa que la implementación del modelo avanza con dificultad, el proceso asistencial sigue centrado en lo curativo y la exigencia de la población se ve satisfecha mientras más atenciones en box haya disponible. Hace 20 años el documento original del MAIS indicaba que “El modelo vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud”, razón por la cual era necesario avanzar en organizar y disponer la oferta desde otra perspectiva; no obstante, las personas siguen demandando consultas y controles, la contingencia consume los tiempos y por consiguiente la posibilidad de repensar lo que se está haciendo, pocos son los que consideran ejecutar actividades que sean distintas de lo que se viene realizando. Esto último es un asunto profundo que tiene sus raíces en el saber, en lo cultural, en el proceso de formación académica y en lo rígido del propio sistema, principalmente asociado a sistemas de registros, sistemas informáticos y exigencias normativas. Cuestión importante es que se observa un mayor empuje para la implementación del modelo con los departamentos de salud municipal (DSM), en desmedro de los Hospitales Familiares y comunitarios.

### **Experiencia local**

Habiendo descrito a modo de contexto los antecedentes generales de los HFC y del Modelo de Atención integral; a continuación, describo la experiencia local, primero desde la referencia técnica en la dirección de Servicio de Salud (DSS) y luego, como director de uno de sus hospitales familiares y comunitarios de la Red Asistencial.

En la DSS, durante los años 2017 y 2018 conformamos un equipo para el acompañamiento a HFC priorizados, con el que realizamos un primer trabajo de diagnóstico, donde se destacaba la necesidad de reforzar conocimientos para la planificación y programación sanitaria e implementación del modelo de salud integral. Nuestro objetivo entonces, fue generar cambios en el abordaje del proceso sanitario de APS, por lo que estos dos ámbitos nos parecieron precisos como puerta de entrada. Antes, en el 2015 habíamos

tenido una primera experiencia de trabajo en programación según problemas de salud priorizados (Cardiovascular, salud mental y oncológicos), el que replicamos el 2016 incorporando a los hospitales de mediana complejidad, por lo que había una línea base para retomar la discusión. Esta iniciativa dio pie para la posterior gestión territorial desde el hospital de mediana complejidad con su territorio nodal, consistente en la resolución prioritizada de lista de espera, gestión administrativa y financiera, coordinación de pacientes hospitalizados, entre otros. Durante la ejecución del plan interactuamos principalmente con los equipos directivos y con los equipos gestores, revisando las realidades locales en cuanto a antecedentes sociodemográficos; recursos disponibles, su organización; relación con la comunidad; relación con el Departamento de Salud Municipal (DSM); indicadores de metas; definición de prioridades y capacidades instaladas.

En el año 2023, inicio funciones como director de un hospital familiar y comunitario, que en los últimos 5 años había tenido 3 directores distintos. Previamente, en la etapa de inducción, se me presentan los indicadores de gestión que ubicaban al hospital en el último lugar entre sus pares; altos niveles de ausentismo por licencia médica; denuncias por sobrecarga de trabajo; sumarios por acusaciones de maltrato laboral; un ambiente laboral derruido y en permanente tensión. La infraestructura, equipos y equipamiento con necesidad urgente de actualización y adecuación a norma, entre otras cuestiones relevantes para la gestión y el desempeño del Establecimiento.

Lo observado en la tarea de director se concordía con lo recogido antes, en la experiencia de acompañamiento con otros hospitales familiares y comunitarios; observaciones que resumo, a continuación, desde la relación con el Departamento de Salud Municipal (DSM); la planificación y programación sanitaria; el modelo de atención integral (MAIS) y la realidad local en cuanto a la gestión, específicamente, en el hospital a cargo.

### **Primero como Referente de los Hospitales Comunitarios de la Dirección del Servicio de Salud**

Los nueve hospitales familiares y comunitarios del servicio de salud se ubican en distintas comunas de la provincia, con características comunes, donde destacan, los altos porcentajes de ruralidad, de población mapuche y elevados niveles de pobreza por ingreso y pobreza multidimensional. Dado estas características sociodemográficas, la

población sufre una gran carga de enfermedad, el grupo de población adulto mayor va quedando solo y luego, tras una hospitalización, se convierten en pacientes sociosanitarios que sin redes de apoyo familiar y social no pueden ser dados de alta. La oferta de prestaciones es la misma en todos, pero de manera ajustada a la realidad por hospital, en cuanto a recursos disponibles en dotación de personal; competencias instaladas; dotación de camas; número de personas de la población a cargo, entre otras variables. La totalidad de los hospitales comparten responsabilidad sanitaria con los DSM de la comuna y aun cuando esta existencia conjunta es desde hace décadas, la relación entre ambos componentes es distante y con poca o nula planificación sanitaria coordinada y complementaria. Para el caso los DSM son por ley los llamados a realizarla y por lo tanto liderar y convocar (Ley N° 19.378, 1995). En general se objetiva que la labor se ejecuta de manera aislada, la relación entre los HFC y los DSM está centrada específicamente en convenios de colaboración específicos que permiten disponer de algún recurso en áreas hospitalarias priorizadas.

Es difícil explicar esta distancia y la nula planificación sanitaria comunal que se objetiva en los últimos 10 años. Esto no quiere decir que en algún momento no haya ocurrido, lo que sí está claro es que, si alguna vez sucedió, no se ha mantenido en el tiempo. Entre los factores que pudieran influir para alcanzar una relación virtuosa entre ambos componentes está el contexto político al que se supedita el DSM, ajustando sus acciones y organización al gobierno local de turno; las competencias instaladas en los equipos sobre planificación sanitaria y salud comunitaria, es escaso el recurso humano que conoce del asunto y que pone en práctica ese conocimiento; la relación de desconfianza entre ambos (HFC y DSM), en la experiencia local se evidencia una suerte de rivalidad entre los equipos. Los HFC acusan que deben estar permanentemente resolviendo demanda que “debiera” resolver el departamento de salud, y este a su vez hace ver la insatisfacción de la población por el desempeño del hospital. La permanente discusión sobre si esta población es “mía o tuya” pone una barrera a la posibilidad de resolver entre ambos de manera complementaria.

Relativo a la planificación sanitaria y programación de actividades, en el propio HFC, encontramos que los equipos no realizan análisis de la demanda, no conocen su población a cargo ni los determinantes sociales que les afectan, por lo que no se realiza planificación identificando

problemas de salud prioritarios, lo que se traduce en programaciones de actividades que no tienen relación con la demanda de salud real y que se realiza repitiendo lo que se ha registrado en los años anteriores. En resumen, se objetiva que los equipos en general no se desempeñan según contexto comunal, sus acciones de salud son las que han agendado y ejecutado históricamente, sin cuestionarse y sin discutir con los demás participantes del equipo.

Sobre el modelo de atención integral, se evidencia que conocen la estrategia teóricamente, pero no se identifica profundidad y aplicación práctica de ese conocimiento. La implementación del modelo ha sido acompañada de instancias de formación académica a través de cursos y diplomados que los equipos locales han cursado, pero luego no se observa que el ejercicio de práctica clínica esté pensado ni ejecutado desde esa perspectiva. En resumen, hay poco o nulo impacto de las capacitaciones en el quehacer y en el proceso de transformación; además, quienes cursan estas instancias de capacitación no replican ni generan transferencia de conocimiento.

Respecto de la organización y gestión interna la poca o nula integración de los procesos sanitarios, de soporte tecnológico, operacional y financiero genera como consecuencia que cada profesional resuelva sus necesidades o de la propia unidad que tiene a cargo, la gestión es contingente, es de estar permanentemente resolviendo urgencias. La cobertura de funciones complejas es difícil cuando el encargado se ausenta porque no existe la experiencia de la colaboración integrada. Esto no quiere decir que no se ayuden en escenarios de exigencia, pero en acciones específicas y no en contexto de procesos permanentes.

Lo descrito como diagnóstico pretende transparentar la realidad del quehacer en general, es muy probable que haya HFC que no se vean reflejados; sin embargo, no importando cual sea la situación, siempre hay ventanas de oportunidad y que aun cuando se hacen muchas cosas es fundamental mirar y remirar para que la gestión sanitaria sea pertinente y coherente con las necesidades de la población a cargo. En todos los estamentos existen personas y equipos que están siempre motivados y empujan e implementan iniciativas que favorecen la mejor atención, incluso en escenarios de precariedad, técnicos, administrativos y auxiliares que son el soporte institucional y que sobrellevan el funcionamiento del hospital en su conjunto, que es en teoría la organización más compleja que existe. El cumplimiento de metas sanitarias,

de los índices de actividad de APS (IAAPS) y de los compromisos de gestión dan cuenta de ello.

Las brechas identificadas en el trabajo de acompañamiento, desde la referencia técnica de la DSS, fueron abordadas desde la programación sanitaria y la implementación del MAIS. Las primeras tareas fueron las de reconfigurar o, ante la inexistencia, conformar equipos gestores que se formalizaron por resolución exenta (documento administrativo que formaliza institucionalmente). Luego se trabajó en conocer los datos sociodemográficos de las comunas en los hospitales priorizados y la producción de urgencia; atención primaria y hospitalización. A continuación, se generaron discusiones donde se identificaron los ámbitos relevantes según ciclo vital para abordar en cada hospital y definían las actividades priorizadas para avanzar en el modelo de atención integral. Los equipos quedaban con la tarea de dar continuidad a las acciones comprometidas. Para la programación sanitaria se preparó un módulo de capacitación teórico práctico donde se expusieron temáticas propias del proceso técnico y de determinantes sociales, se hicieron ejercicios de búsqueda bibliográfica, de identificar fuentes validas de información para rescatar datos y utilizarlos en el análisis que permitiera definir las actividades a programar en función de los grupos de población priorizada. Aun cuando los equipos locales reconocían lo enriquecedor del trabajo que se estaba realizando, a mediados del 2018 no hubo autorización para seguir ejecutándolo.

El trabajo específico con el equipo de acompañamiento no siguió los años siguientes, pero desde la referencia técnica continuamos en tareas de implementación de estrategias y mejoras de procesos en curso. En el ámbito de procesos clínicos, con la referencia de gestión de pacientes, elaboramos un documento de orientaciones para la hospitalización en HFC, aún vigente; sacamos adelante procesos de puesta en marcha de dos hospitales normalizados, en otro hicimos un trabajo de posicionamiento de la gestión del cuidado que consistió en una intervención en el equipo de enfermería para modificar rutinas, práctica clínica y posicionar liderazgos. Implementamos la estrategia de ruta médica de calle, red de cuidados a personas víctimas de violencia sexual, entre otras. Durante pandemia, desde la DSS, definimos el plan de acción para la red hospitalaria que reorganizó la oferta y reforzó con recursos humanos, equipos y equipamiento en todas las estrategias y establecimientos. Con la profesional a cargo de farmacia clínica descentralizamos el policlínico

de tratamiento anticoagulante desde el hospital de alta complejidad hacia los HFC y lo propio hicimos con enfermedades de transmisión sexual, a través de la referencia técnica de enfermedades emergente y reemergentes; se dio continuidad a la estrategia de gestión territorial de medicamentos, implementada desde el 2015, se implementó la estrategia de uso racional de medicamentos con una primera etapa de análisis y elaboración de informes en grupos priorizados (embarazadas y adultos mayores) y posterior ejercicio de difusión, refuerzo a los equipos locales y deprescripción por parte del médico según correspondiera.

### **Luego, como Director de Hospital Familiar y Comunitario**

Ya en la labor de director de un HFC la primera tarea fue la de conocer la experiencia de los funcionarios. Para ello sostuve entrevistas individuales y conversaciones grupales con distintos estamentos y gremios, lo que me permitió evidenciar lo que expongo en el apartado diagnóstico. A continuación, no habiendo pasado dos semanas, conformamos el equipo directivo, que no existía, con quien discutimos y acordamos los aspectos priorizados para abordar y resolver localmente y en conjunto con la dirección de servicio de salud. El diagnóstico recogido lo sistematizamos en ámbitos y procesos de gestión que fueron:

- Ámbito Directivo: Gobernanza y objetivos estratégicos
- Recursos Humanos: Clima, Organización; funciones y responsabilidades; brecha
- Infraestructura: Mantenciones correctivas y preventivas; adecuaciones a norma.
- Procesos: Gestión de demanda; gestión del cuidado; apoyo clínico; Atención Primaria; urgencia; hospitalización; administración y finanzas; Acreditación de calidad; MAIS; Rehabilitación y relación asistencial docente. A propósito de los ejes del MAIS definimos generar una relación de coordinación permanente y en todos los ámbitos con el DSM; convocar al intersector y abordar la interculturalidad con la integración en la mesa comunal a cargo del departamento de educación municipal y programando actividades que permitieran dar a conocer aspectos culturales mapuches a la organización y la comunidad.

Este orden de cosas se fue resolviendo con la conformación de equipos de trabajo en las áreas

de gestión de demanda y GES; en atención ambulatoria para el programa cardiovascular y salud mental; un equipo para salud infantil y un equipo para salud de la mujer, con quienes hicimos análisis de sus datos de contexto, reprogramación de actividades por profesional , incluyendo actividades comunitarias de promoción y prevención, análisis de producción para reorganizar las funciones y la oferta de prestaciones, que para el caso de la atención de pacientes se dirigieron a quienes más necesitaban clínicamente y por riesgo de vulnerabilidad. Lo mismo hicimos con el equipo gestor que estaba originalmente conformado por cerca de 20 personas para quedar en 10, que corresponde a los encargados de procesos claves (subdirectora médica, matrona coordinadora, enfermera coordinadora, jefe de gestión de demanda, encargada de estadística, encargada de calidad, jefa de Farmacia, subdirectora administrativa, encargada del programa alimentario, además del director).

La reorganización de los equipos, la claridad de las funciones y la responsabilidad de jefaturas impactó positivamente en el clima laboral y en la gobernanza, lo que se tradujo en una tendencia a la baja permanente en el ausentismo por LM, hasta 8 puntos menos de tasa al segundo año, lo propio con denuncias por maltrato y sobrecarga laboral. Levantamos y formalizamos la brecha de recurso humano, lo que en el transcurso del tiempo se ha ido resolviendo de manera priorizada con cargos específicos.

En lo relativo a infraestructura se ejecutaron proyectos para la normalización de áreas críticas como la central de alimentación, farmacia y la central de esterilización; además de la ejecución de otras obras de reparaciones y mantenciones. Se adecuaron salas de espera y redistribuyeron espacios para implementar box de atención. Todo en coordinación y con el apoyo de la dirección de servicio de salud.

Postpandemia correspondía retomar el trabajo de calidad para asegurar procesos, evidencias y la presentación para a la evaluación con la entidad acreditadora. Levantamos un diagnóstico del estado de las características y de los indicadores; nos reunimos con las y los jefes de áreas y fuimos resolviendo las brechas identificadas. En marzo del 2023 el cumplimiento alcanzaba el 75%, en marzo de 2024 según nuestra autoevaluación alcanzábamos el 90%. En septiembre de 2024 nos presentamos ante la empresa acreditadora, en junio de 2025 el Hospital fue informado por la Superintendencia de Salud de un cumplimiento

del 94% lo que obligó a elaborar un plan de corrección para el 1% que presentó observaciones (Resultado: Hospital en situación de ser acreditado con observaciones).

En el 2023 la producción asistencial creció un 30% respecto del 2022 y duplicó la producción prepandemia del 2019, hicimos más y distinto, lo que impactó en los indicadores de metas sanitarias; IAAPS; cumplimiento del GES, coberturas efectivas; acceso a la atención, entre otros. En la implementación del MAIS avanzamos del 35% al 54% de cumplimiento. También se implementaron estrategias que nacieron de iniciativas locales como atención farmacéutica en domicilio de pacientes analfabetos (en dupla con Terapia Ocupacional) y un policlínico de manejo del dolor que ha sido muy reconocido por los pacientes que acceden y que han dejado de ser policonsultantes y polifrecuentadores.

En la gestión administrativa y financiera, el equipo es escaso, por lo que desde subdirección administrativa se hace un gran esfuerzo por poner al día procesos contables; de abastecimiento y de soporte, esto en un escenario en que el presupuesto es siempre ajustado a lo operacional con poco o nulo margen para innovar, acentuado por el régimen estructural del proceso financiero desde el propio Ministerio.

Para construir una relación de coordinación integrada con el departamento de salud municipal, desde marzo de 2023, se iniciaron rondas de reuniones donde revisamos los convenios en ejecución, identificamos las instancias donde era posible la coordinación directa entre profesionales y acordamos acciones conjuntas en vacunatorio comunal; gestión de lista de espera y resolución de cirugía menor, además de laboratorio y esterilización para lo que había convenios previos. Trabajamos en la actualización del plan de salud comunal para el 2024 (PLASAM), lo que se replicó al año siguiente para el PLASAM 2025-2028 y participamos en conjunto de reuniones del territorio nodal, convocadas por el hospital de mediana complejidad (Hospital Nodo). En el 2024 presentamos en conjunto un proyecto de participación comunitaria, con el equipo de enfermería trabajamos actualmente en la conformación de la red de cuidados del paciente diabético, red de cuidados de heridas y con el equipo gestor la implementación de la estrategia de telesalud que impulsa el ministerio.

Respecto de la relación con la comunidad y los espacios de participación volvimos a conformar el consejo de desarrollo local del hospital (CODELO), con quienes nos reunimos una vez

al mes. También se conformó la comisión de evaluación de solicitudes ciudadanas. Como equipo hospitalario concurrimos a conversatorios con agrupaciones, juntas vecinales, comunidades rurales. Es lento el proceso de empoderamiento y de participación activa de la comunidad, por ello, es el equipo del hospital el que va empujando esa participación aun cuando los espacios están dados. Urge reconstruir un tejido social que posicione a la población como responsable primero de su bienestar y desde ahí movilice cambios en conjunto con las instituciones dispuestas para ello, en todos los sectores del Estado.

Aunque esto no es lo último que podría exponer, me parece que hasta aquí es un resumen que permite hacerse una idea del funcionamiento de los hospitales familiares y comunitarios, en cuanto a sus fortalezas, brechas y dificultades o al menos el de la experiencia que se describe.

## **CONCLUSIONES Y DESAFÍOS**

El hospital familiar y comunitario es una instancia fundamental para el acceso a la atención de salud de población que reside en comunas con altas tasas de pobreza y carga de enfermedad. Puede parecer evidente que todo lo descrito es lo que tiene que ocurrir, pero en la práctica se objetiva que, sin claridad en el propósito, sin considerar contextos sociodemográficos y sanitarios los equipos hacen y resuelven la urgencia y la demanda espontánea. Es clave la conformación de equipos y la definición de procesos, desde esa perspectiva luego se hace más fácil identificar el error y enmendar. Es tarea de directivos y técnicos estar permanentemente observando y observándose, readecuando la organización y el hacer según sea la demanda objetivada, como un ejercicio de autocrítica, tal cual lo plantea Mario Testa en Pensar en Salud “La autocrítica tiene que mostrar todo eso y reflexionar sobre ello, en particular sobre la fuente de los errores cometidos —el desconocimiento de la historia que estaba transcurriendo—, para incitar a la conciencia social a tener cada vez más presente el hecho elemental de que nuestra cotidianidad es la materia permanente con que la historia construye el pasado, el presente y el futuro.” (Testa, 2020). No basta hacer más, sino también hacer distinto. Es labor de quien dirige identificar a las personas correctas y conformar equipo, el trabajo debe ser exigente y convocante, debe generar interés y para eso no basta con ocupar el cargo, es parte de la responsabilidad tener conocimiento sobre el asunto que se dirige y estar

permanentemente involucrado en los procesos. La gestión por procesos para la calidad asistencial considera indicadores de Estructura; proceso y resultado, esta debiera ser la forma de abordar el quehacer, asunto que empuja la acreditación de prestadores de salud que se lleva a cabo en Chile desde el 2012, a razón de la ley de reforma a la salud (Donabedian, 2001).

Por su parte la coordinación con los departamentos de salud no puede depender sólo de la disposición de los directivos, el ejercicio de complementariedad debe ser a todo evento y los equipos técnicos son los llamados a reforzar aquello. Lo propio con los representantes de la comunidad que primeramente deben encontrar un punto de equilibrio entre los intereses particulares y los generales para evitar la fragmentación y sumar esfuerzos e ideas para empujar cambios que les beneficien como población, no sólo individualmente. Para ambas cosas las direcciones de los servicio de salud tienen la tarea de ser convocante y movilizar estrategias que favorezcan lo referido.

Para dar respuesta a la demanda de salud de su población a cargo, de manera pertinente y coherente, los hospitales familiares y comunitarios deben asegurar el análisis de datos sociodemográficos, sanitarios y epidemiológicos. Si es necesario también se deben reforzar competencias en salud pública y lograr realizar una planificación y programación sanitaria en conjunto con los DSM. La planificación servirá para identificar la demanda y lo que se necesita para cruzarlo con lo que se cuenta, la oferta; en un contexto territorial específico que se debe conocer. Estos antecedentes son el argumento que se debe considerar para organizar el recurso existente y disponerse de manera prioritaria para quienes más lo necesiten, esto implica mirarse y remirarse permanentemente para reencaminar los esfuerzos y sumar a otros sectores del Estado a través de los gobiernos locales, para el abordaje integral de los problemas objetivados y que tendrán mayor impacto en la salud de las personas, que como principio fundamental será mejor mientras mejores sean sus condiciones de vida. En su artículo “Repensar en salud” Hugo Spinelli cita a otro autor indicando que “Los cuadros técnicos no saben que no saben, y entonces, hacen lo que saben”, al señalar cómo ese conocimiento específico que constituye la especialidad del profesional es insuficiente frente a la complejidad de lo social” (Spinelli, 2016), por eso es fundamental la adecuada orientación y evaluación de lo que se realiza, de lo contrario sólo seremos hacedores de cosas.

## REFERENCIAS

---

- DIPRES. (2024). *Ley de Presupuesto para el sector público 2024*. Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda. [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-330063\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-330063_doc_pdf.pdf)
- Donabedian A. (2001). La Calidad de la Atención Médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256>
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- Ley N° 19.378. (1995, marzo 24). *Ley 19.378 Establece Estatutos de Atención Primaria de Salud Municipal*. <https://bcn.cl/3mcf9>
- Ley N° 19.937. (2004, febrero 24). *Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión*. <https://bcn.cl/2f7j5>
- MINSAL. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/623/1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINSAL. (2009). *Marco Referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad*. Ministerio de Salud Chile. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/handle/2015/893>
- MINSAL. (2015). *Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/handle/2015/877>
- OCDE. (s. f.). *Tu Índice para una Vida Mejor*. Recuperado 20 de junio de 2025, de <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>
- OPS. (1978, septiembre 12). *Declaración de Alma-Ata*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documents/declaracion-alma-ata>
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: Programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Testa, M. (2020). *Pensar en salud* (1.a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937650>