

SALUD



Palabras más repetidas durante el transcurso de la mesa "Salud".

INTEGRANTES DE LA MESA



Patricia Olivares



Paula Bedregal



Matías Correa



Ian Henríquez



Pedro Pérez



Luca Valera



Margarita Yuraszeck

Este capítulo es fruto de las reflexiones de una mesa de expertos católicos que se reunió durante el 2020 para dialogar sobre los desafíos actuales de Chile, a la luz del pensamiento social de la Iglesia.

Reflexiones de los integrantes de la mesa “Salud”

Para nuestra Iglesia, el misterio y la dignidad del ser humano se esclarecen en la Biblia, en cuanto nos enseña que es la única criatura creada por amor y hecha a imagen y semejanza de Dios (cf. Gn 1, 26) y que “no es solamente algo, sino alguien”¹. La novedad cristiana está en que la dignidad de la persona es intrínseca a su naturaleza, y por ello no depende del arbitrio de la sociedad. En esa línea, aunque nadie reconozca la dignidad de un ser humano —como es el caso de los excluidos, los pobres, los marginados de la ley, los presos, los niños, los ancianos o los que padecen una enfermedad de salud mental— este sigue siendo igualmente digno, pues que nada es capaz de destruir el amor predilecto que Dios tiene para con su criatura, como nos lo recuerda el Papa emérito Benedicto XVI: “No somos el producto casual y sin sentido de la evolución. Cada uno de nosotros es el fruto de un pensamiento de Dios. Cada uno de nosotros es querido, cada uno es amado, cada uno es necesario”². Esta verdad no es un falso consuelo para aquellos a quienes no se les reconocen sus derechos, sino que es la base para proclamar el derecho de todo ser humano de vivir a la altura de su dignidad.

Juan Pablo II proclamó infatigablemente en su Magisterio la dignidad de la criatura humana. Dentro de dicha enseñanza destaca

especialmente la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, la cual señala:

La misma medicina, que por su vocación está ordenada a la defensa y cuidado de la vida humana, se presta cada vez más en algunos de sus sectores a realizar estos actos contra la persona, deformando así su rostro, contradiciéndose a sí misma y degradando la dignidad de quienes la ejercen³.

La medicina sería, entonces, un ámbito donde la dignidad humana puede ponerse en peligro. La responsabilidad confiada al personal sanitario es muy importante: su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana, pero se pueden transformar en manipuladores de la vida o ser agentes de la muerte.

1 Catecismo de la Iglesia Católica, n. 357.

2 Benedicto XVI, *Santa Misa en el solemne inicio de pontificado de Su Santidad Benedicto XVI* (24 de abril de 2005).

3 Juan Pablo II, *Carta Encíclica Evangelium vitae* (1995), n. 4.

SISTEMA SANITARIO

En los últimos años la estructura epidemiológica chilena se ha modificado significativamente debido a los cambios demográficos que ha experimentado la población. El envejecimiento progresivo ha generado un predominio de enfermedades crónicas por sobre enfermedades infecciosas, traumatismos, enfermedades agudas y problemas de salud materno-infantiles. A su vez, las enfermedades de salud mental son cada vez más predominantes.

El sistema de salud chileno está concebido desde la división entre un ámbito público y uno privado, la cual atraviesa el sistema de lado a lado. La pandemia de Covid-19 provocó un quiebre en el paradigma del modelo de atención al demostrar que existe voluntad política para integrar los sistemas público y privado (como se ha hecho a nivel de camas críticas) y al rescatar el valor del trabajo local y comunitario (como se ha visto en el refuerzo de Atención Primaria para la oportuna detección de casos).

Sin embargo, el sistema de salud chileno aún se caracteriza por tener altos niveles de *hospitalocentrismo*, centrándose de forma desproporcionada en la atención terciaria por sobre la primaria, que es donde se da el contacto más personal e integral con los pacientes, y por una fragmentación en la prestación de servicios, impidiendo ver a cada paciente en su integralidad.

Al mismo tiempo, en el sistema sanitario existen hoy importantes faltas de equidad. Entre estas inequidades podría mencionarse una gran brecha en el acceso a los servicios, una injusta distribución de los

recursos y una excesiva pasividad de parte de los pacientes puesto que este no está diseñado desde su lógica.

DESAFÍOS

1 PENSAR EL SISTEMA DE SALUD DESDE LA MISERICORDIA, QUE ACOGE DESDE LA VULNERABILIDAD

En el ámbito de la salud, al tratarse del ámbito de la vida misma, una perspectiva centrada únicamente en la justicia no alcanza a resolver la complejidad del problema. Si tomamos como modelo las relaciones familiares, vemos que estas no se sostienen en la justicia, sino que en el amor. Lo mismo debería pasar con el sistema de salud, en cuanto se debería sostener en la caridad, que es mucho más perfecta que la justicia. Podemos hablar de justicia dentro de la salud, pero es muy limitada y no es capaz de resolver los problemas del sistema por sí sola. Las relaciones en el ámbito de la salud son siempre relaciones personales, de una persona al cuidado de otra. Resulta fundamental crear un sistema de salud que permita generar que las personas tengan rostro, que el profesional de la salud pueda compadecerse. En ello se ha avanzado, pero podría hacerse mejor.

La experiencia del cuidado está muy presente en la cultura latinoamericana, y pareciera estar inscrita en el *subconsciente* colectivo de las familias. Esta es una característica y una tradición cultural que encuentra su expresión en la ética del cuidado y que tenemos que rescatar. El sistema de salud debiera incorporar esa cultura en el diseño de la atención.

Muy vinculada al cuidado, la palabra misericordia significa *mueve* desde las entrañas. Construir un sistema de salud desde la misericordia es un movimiento que va desde las entrañas del corazón hacia las manos; desde las entrañas de la comunidad, hacia los tomadores de decisión; y desde una comunidad médica que se ha sabido conectar con el paciente hacia la comunidad política. La experiencia internacional ha permitido comprobar que una atención fragmentada es ineficiente; en cambio, una atención que pone al paciente en el centro es incluso más productiva, aumenta la satisfacción de médicos y pacientes, y mejora el sentido de equipo.

Para el mensaje cristiano es en el amor donde se proclama más plenamente la dignidad. Las profesiones sanitarias no pueden entenderse tan solo desde la justicia, sino que deben hacer decantar todo en la caridad, en la misericordia, en la compasión. El mensaje de Cristo es un mensaje de amor, aquello que es lo más perfecto a lo que podemos aspirar. Del mismo modo, la mirada de Cristo dignificaba al otro, puesto que era una mirada de amor, una mirada de compasión.

2 SER AGENTES DE CAMBIO FRENTE A LAS URGENCIAS DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD

La dignidad humana tiene importantes implicancias para la justicia, pues no da espacio para ninguna discriminación arbitraria.

Si una distribución justa de los recursos implica dar a cada uno según lo que necesite, lo fundamental es indagar sobre quién es ese 'cada uno'. Lamentablemente, hoy quedan vacíos en el sistema de salud ya que no se reconoce a todos por igual. Hasta hace pocos años, por ejemplo, los niños inmigrantes que no tenían regularizada su situación migratoria no podían ser atendidos por el sistema de salud. Por cierto que hemos mejorado, sin embargo la forma en que está planteado hoy el sistema de salud genera una tendencia a evaluar qué usuario es el que le 'conviene' atender. En las listas de espera sucede lo mismo, en cuanto se atiende a quien interesa, y se reconoce y prioriza al que conviene. Las mismas políticas de salud estratifican constantemente a la población al estar planteadas desde una finalidad económica en el sentido de costo-efectividad: hoy se apuesta

por las patologías GES (Garantías Explícitas en Salud), pensando en la efectividad de la población en base al índice AVISA (índice de años perdidos), desamparando a aquellos cuyos tratamientos no generarán un aumento en la productividad del país.



Debemos tener una mirada compasiva frente a muchos sufrimientos que hoy no observamos: por falta de acceso o falta de oportunidad.

3 HUMANIZAR EL SISTEMA DE SALUD A TRAVÉS DE UN FUERTE TRABAJO DE GESTIÓN DE PERSONAS

La mirada compasiva no debe fijarse solo en macro-problemas del sistema de salud, sino aterrizar en las relaciones interpersonales, especialmente con el paciente. La fragmentación de las profesiones de la salud ha implicado una creciente despersonalización. En ese sentido, el desafío más importante consiste en mirar el rostro del otro, ya que es producto de esa mirada que nace el amor. Es el rostro del otro la última resistencia frente a la cultura del descarte y de la indiferencia, la última frontera ante la cual todo sistema de salud debe ser reverente.

El rostro del otro me ordena el: '¡No matarás!', pero este mandato ha de ser entendido como el hecho de no reducir la alteridad desnuda y, por tanto, vulnerable, a la mismidad. Es decir, alude a elementos como el prójimo, el decir los buenos días; ya que al despreocuparme del otro lo estoy matando, pues ¿quién soy yo si nadie me nombra, si nadie me saluda? De este modo, el 'No matarás' equivaldría a decir: '¡No te despreocuparás del Otro!'¹.

En los equipos de salud hay tantos protocolos mecanizados que no hay tiempo para mirar al paciente. Es urgente trabajar más en la gestión de personas, cómo nos humanizamos en el trabajo y cómo ayudamos a humanizar a otros.

1 Emmanuel Lévinas, *Ética e infinito* (Città Aperta Edizioni, 1961), pp. 71-72.



SALUD MENTAL

La salud mental y la fe son dos temas que se imbrican mutuamente. La salud mental es la base para el desarrollo de valores espirituales, como lo afirma Pío XII en un discurso a un grupo de enfermeras que se desempeñan en el campo de la psiquiatría:

Que la salud mental sea uno de los bienes fundamentales por parte de la naturaleza es cosa obvia, pero es igualmente evidente que esta misma salud es en el campo religioso y sobrenatural. No es concebible que un alma en pleno desarrollo de los valores religiosos si no se parte de una buena salud mental, no podrá desarrollarse plenamente².

La salud mental es un bien fundamental para el ser humano y, en la medida en que nos preocupemos por ella, estamos aportando los ingredientes para el sano desarrollo de la fe.

Respecto a las enfermedades mentales, estas también pueden ser entendidas como enfermedades espirituales, que tienen que ver con creencias y sentimientos que van más allá de los aspectos físicos de la vida. En el escenario epidemiológico actual las enfermedades de salud mental tienen una presencia cada vez más importante. Sin embargo, en nuestro país el porcentaje de los recursos de salud que se destina a ella es de un 2% (a diferencia de países OCDE de mayores ingresos que destinan un 5% de los recursos a este aspecto). Si nos fijamos en el GES de salud mental, están

cubiertos los primeros episodios psicóticos asociados al trastorno bipolar y la esquizofrenia. ¿Qué sucede con los episodios siguientes? ¿Es moralmente correcto planear estas políticas solo en base a la expectativa de productividad?

2 Pío XII, *Discurso del Santo Padre a las participantes de la Conferencia Internacional de enfermeras psiquiátricas (1 de octubre de 1953)*.

DESAFÍOS

4 VISIBILIZAR LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Vemos hoy una necesidad de visibilizar los problemas de salud mental. Existió una época en que a los enfermos mentales se los escondía y recluía, o se consideraba la enfermedad mental como falta de carácter. Hoy existe un cierto miedo a describir los problemas de salud mental como enfermedades, lo que impide un tratamiento oportuno.

La modernidad y su valoración de la eficiencia han estereotipado muchas veces las enfermedades mentales, asociándolas con inutilidad e improductividad. Esto nos ha impedido ver a la persona que

está más allá de la enfermedad, valorar su diversidad, escuchar sus sueños y recordar que todos necesitamos sentirnos alguien para los demás.



5 ATENDER A LOS ASPECTOS CULTURALES QUE ESTÁN GENERANDO MAYORES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Históricamente vivimos en una sociedad que ha sido caracterizada por el filósofo coreano Byung-Chul Han como una sociedad del cansancio³. Esto se muestra en la prevalencia de enfermedades psíquicas como la depresión, el trastorno de déficit atencional por hiperactividad y el estrés. El tener que autoafirmarse constantemente, el no tener referentes

ni tradiciones en los cuales anclar su existencia, otorga una gran responsabilidad a la persona por sí sola. La sociedad se plantea como una sociedad en la que todo es posible, en la que somos capaces de todo, pero en la realidad, no lo somos. Ello produce un constante estado de alerta, una permanente frustración y una insaciable necesidad de autoafirmación.

Nuestras formas de vivir deben alertarnos y la salud mental se torna un tema que no es solo responsabilidad del sistema de salud, sino también de las políti-

3 Byung-Chul Han, *La sociedad del cansancio*: segunda edición ampliada (Barcelona: Herder Editorial, 2017).

cas laborales, de transporte, de vivienda, pero especialmente la cultura que estamos promoviendo, ferozmente individua-

lista y exitista. Otro aspecto cultural que afecta el desarrollo sano de las personas es nuestra tendencia a homogeneizarlo todo, presente especialmente en las redes sociales, impidiendo que cada uno enraíce su propia identidad. La fraternidad a la que nos llama Francisco en su Carta Encíclica *Fratelli tutti* salvaguarda las diferencias y las valora, al mismo tiempo que ama y busca el bien en los demás y su maduración en distintos valores morales como la espiritualidad.



CUIDADOS PALIATIVOS

Por su fragilidad, el ser humano es vulnerable a la muerte, a la enfermedad, al dolor. La vulnerabilidad nos hace a todos iguales. Sin embargo, la vulnerabilidad hace al mismo tiempo posible el cuidado mutuo, la solidaridad y el amor fraternal. Alguien frágil se experimenta con mayor facilidad a sí mismo —y experimenta empáticamente a otro— en su verdad de ser humano relacional, necesitado de otro para que lo reconozca, lo cuide y para cuidarlo.

La ensayista norteamericana Brené Brown señala que la vulnerabilidad es la fuerza que nos conecta; por lo tanto reconocer nuestra vulnerabilidad es lo que nos hace humanos y nos hace necesitar a otros. El invencible no necesita a otros, pero al mismo tiempo no es capaz de aproximarse a la experiencia de otros⁴.

El pensamiento moderno se caracteriza, en cambio, por situar la libertad fuera de las relaciones de dependencia; el máximo valor no es una existencia ligada a otros, sino una vida enteramente autónoma. Por esto el pensamiento moderno es hostil a la dependencia y olvida todo el potencial de libertad que se encuentra en la donación hacia otros, proclamada por el cristianismo y cuyas imágenes más destacadas son la figura parental (madre y padre) y de la caridad, en cuanto darse a otro sin esperar nada a cambio⁵.

La vulnerabilidad resulta problemática para el pensamiento moderno pues nos hace necesitados de otros. Es precisamente esa

vulnerabilidad la que nos hace abrirnos a Dios, a quien nos acercamos desde nuestra indignancia de creaturas, desde nuestras incertezas y debilidades, desde nuestras heridas y vergüenzas. El reconocernos débiles nos abre a la conexión con otros y con Dios. Pero para que la vulnerabilidad sea una verdadera herramienta de comunión, es necesario que sea reconocida y aceptada. Muchas veces tenemos temor a mostrar alguna parte de nosotros y, entonces, no permitimos que los demás nos amen de manera completa. La vulnerabilidad es, entonces, la máxima fortaleza: reconocer las cosas que nos debilitan es lo que nos permite ser reconocidos de manera completa por los demás.

Desde esta perspectiva es posible acercarse a la realidad de los cuidados paliativos y a la enfermedad avanzada. Se trata de acompañar en el aumento progresivo de la vulnerabilidad y de la dependencia. En este proceso se dan pérdidas de autonomía y existen diversos temores: a no ser queridos, a nos ser reconocidos, no ser amados por cómo son.

4 Brené Brown, *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead* (United Kingdom: Penguin, 2015).

5 Cf. Eduardo Valenzuela, “Paternidad, don y autonomía”, *Humanitas* 16 (1999).

DESAFÍOS

6 PROMOVER LA CULTURA DEL CUIDADO

El trato con la vida siempre se orienta en el tema de la dignidad. El trato digno es siempre debido, porque la dignidad humana no depende de la condición o estado en que estemos. Muchas veces es imposible curar, pero el trato digno implica que nunca se debe renunciar a cuidar.

En el trabajo con pacientes de cuidados paliativos hemos podido constatar cómo estos van desprendiéndose progresivamente de la naturaleza física y se van quedando con su esencia, que es la ca-

pacidad de amar y de ser amados. Esto se expresa por el cuidado generoso, por el respeto a esa esencia. Ser testigo de esta experiencia de vulnerabilidad permite reconocer lo valioso de la experiencia de conexión con otros y nos abre a la sanación profunda y a la paz. El cuidar de personas vulnerables ayuda a identificar lo que significa ser humano para otros. Ayudar a cuidar desde la compasión, abrirse a entender cuál es la perspectiva del otro y consolarlo desde esa necesidad, nos realiza y plenifica como seres humanos.

7 MEJORAR LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN TÉRMINOS AFECTIVOS Y EN EL MANEJO DE EMOCIONES

Es de suma importancia que el profesional de salud reconozca sus propias vulnerabilidades a la hora de acompañar a otros. El reconocimiento de dicha vulnerabilidad sería un tema relevante para la formación y educación de personas que trabajan cuidando de otros. En el ámbito de los cuidados paliativos se vive de forma permanente lo que se llama la *humanidad compartida*: 'Te acompaño y probablemente yo necesite que me acompañen'. La empatía y compasión son necesarias y humanizantes, pero necesitan de madurez emocional y de la capacidad para vincularse y desvincularse del sufrimiento, con el fin de evitar el *burn-out* profesional, especialmente a la hora de tomar decisiones difíciles.



En primer lugar, la empatía es ser capaz de entender la perspectiva del otro y aproximarse a la comprensión de la experiencia. Sin embargo, una actitud empática debe tener la característica de

vincularse transitoriamente y de entender que en ese encuentro el profesional de salud se conecta con la experiencia de otro y su proceso, pero no es el propio proceso. En segundo lugar, la compasión es la motivación en la cual se incorpora la empatía dentro del proceso. Para que uno sea compasivo se requiere de habilidades perceptivas para evaluar que ‘algo está pasando’. En tercer lugar, el movimiento de acompañar es la motivación a estar con el otro y ayudarlo. Es un proceso perceptivo, cognitivo y dirigido a la acción, por lo que no es solamente emocional⁶. Por lo tanto, resulta fundamental

trabajar el capital humano del sistema de salud para entrenar estas capacidades y desarrollar la habilidad de escucha, que podrá poner en el centro la invaluable dignidad de cada persona que llega a ser un paciente.

6 Cf. Patricia Olivares, “Empatía y cuidado profe-

sional: esbozos de una relación problemática: *The role of empathy in professional care*”, *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 45, no. 2 (2020): pp. 55-61. Paula Bedregal, Victoria Lermenda, & Gonzalo Brito-Pons, “La compasión: clave en la renovación de la atención en salud”, *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 45, no. 1 (2020): pp. 74-79.



Un proyecto de:

