



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

Escuela de Medicina

# La compasión como eje para la reconstrucción de un sistema de salud más sano

Dra. Paula Bedregal

UMSI-UC

División de Salud Pública y Medicina Familiar

[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)

# Un problema serio!! La violencia

- La violencia salió de nuestras casas a la calle y se hizo colectiva...
- Sabemos sus causas:
  - Democracia con problemas por desigual acceso al poder.
  - Inequidades acceso a bienes y servicios
  - Control de pocos de los bienes que enriquecen
  - Cambios demográficos acelerados con respuesta lenta del Estado.

WHO (2002, World Report on Violence and Health

[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

Escuela de Medicina

# “La calle” demanda cambios del Sistema de Salud...



[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)

# La desigualdad: en salud

El problema no es la desigualdad sino **la inequidad**

“Aquellas desigualdades que son injustas y evitables”  
*(M Whitehead)*

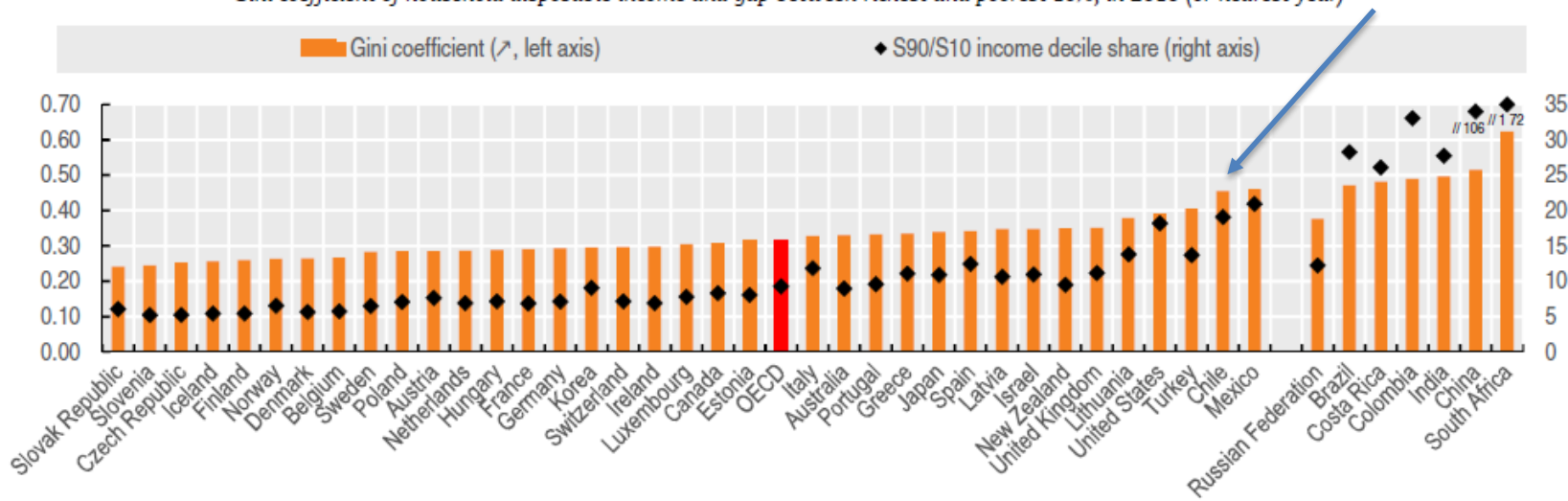
# Desigualdades injustas....en tres ejes

- 1. Distribución:** cuáles bienes y servicios distribuyo. Implica acceso a la salud (atención y bienes vinculados a salud).
- 2. Reconocimiento:** hacia quiénes distribuyo los bienes y servicios (salud).
  - Reconocimiento como iguales en dignidad y derechos.
  - Vinculación entre personas.
- 3. Participación:** quiénes participan en las decisiones, cuáles son los mecanismos de participación.
  - Quién decide cómo se reparte y a quiénes se reparte!

# Hablemos de distribución del ingreso de hogares

## 6.1. There are large differences in levels of income inequality across the OECD

Gini coefficient of household disposable income and gap between richest and poorest 10%, in 2016 (or nearest year)



Source: OECD Income Distribution Database, <http://oe.cd/idd>.

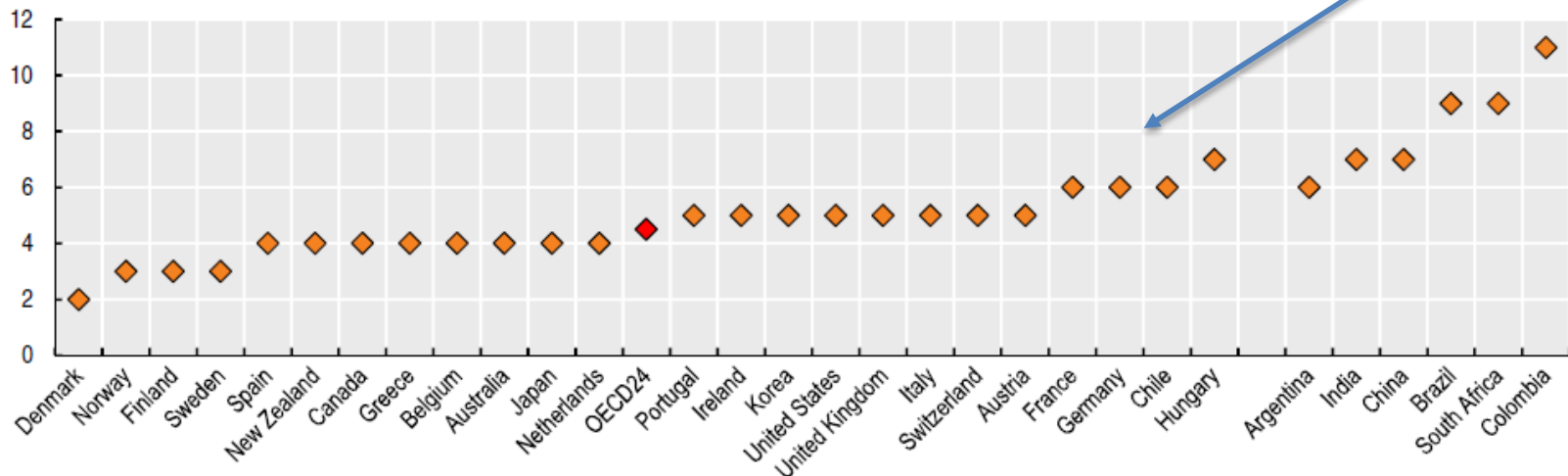
SEGUNDO INDICE DE DESIGUALDAD MAYOR DE OECD

10% de hogares más ricos tienen 19 veces más ingresos que el 10% de hogares más pobres

# Movilidad social...6 generaciones

## 6.3. At current levels of intergenerational mobility, it takes on average four to five generations for the offspring of a low-income family to reach the average income

Expected number of generations it would take the offspring from a family at the bottom 10% to reach the mean income in society

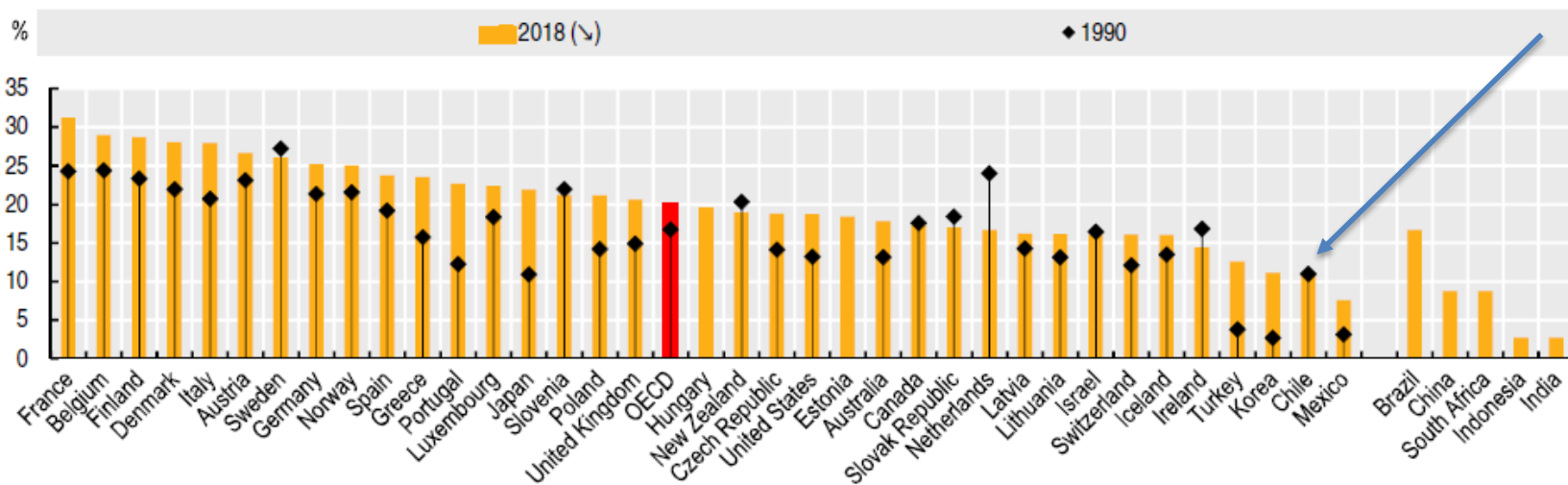



Source: OECD (2018), *A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility* – Figure 1.5.

# Gasto público social en Chile se ha mantenido (% de GDP)

## 6.10. Public social spending amounts to just over 20% of GDP on average across OECD countries

Public social expenditure in percentage of GDP, in 1990 and 2018



Source: OECD (2019), Social Expenditure database (SOCX), <http://oe.cd/socx> and OECD (2019), Society at a Glance: Asia/Pacific 2019, OECD Publishing, Paris.  
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933939180>

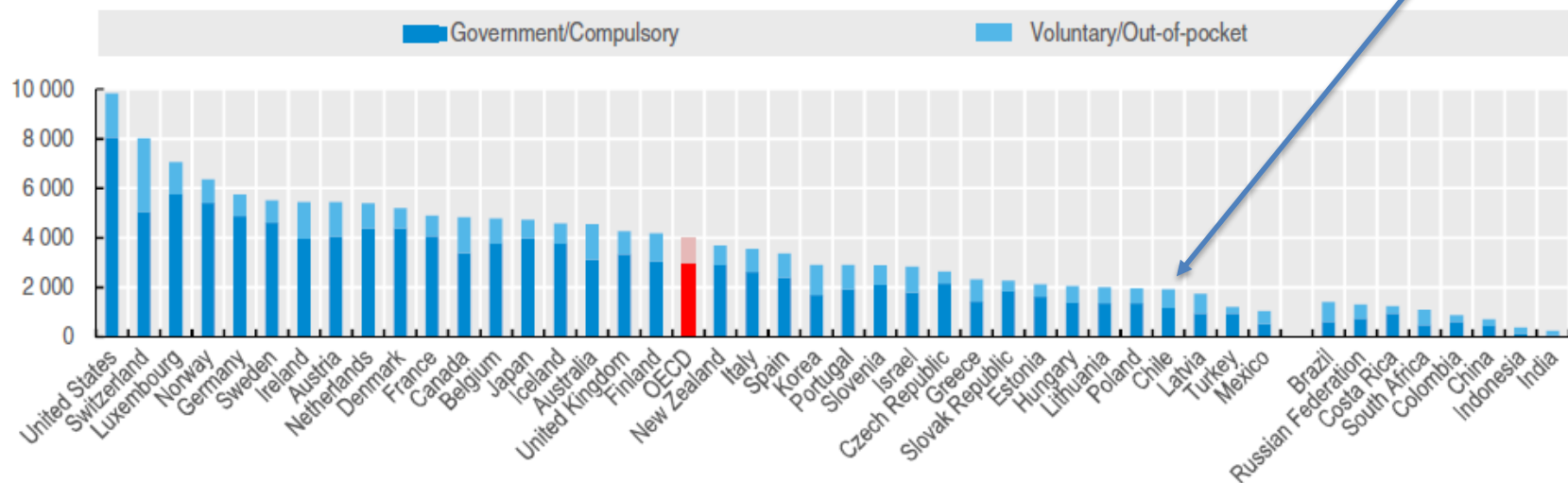
Gasto público social en Chile es de aprox 12%  
Sin cambios en 28 años



# Nuestros problemas en la distribución del gasto en salud...

## 7.4. Large differences in health spending across the OECD

Per capita health expenditure by source, in USD PPPs, 2017 or nearest year



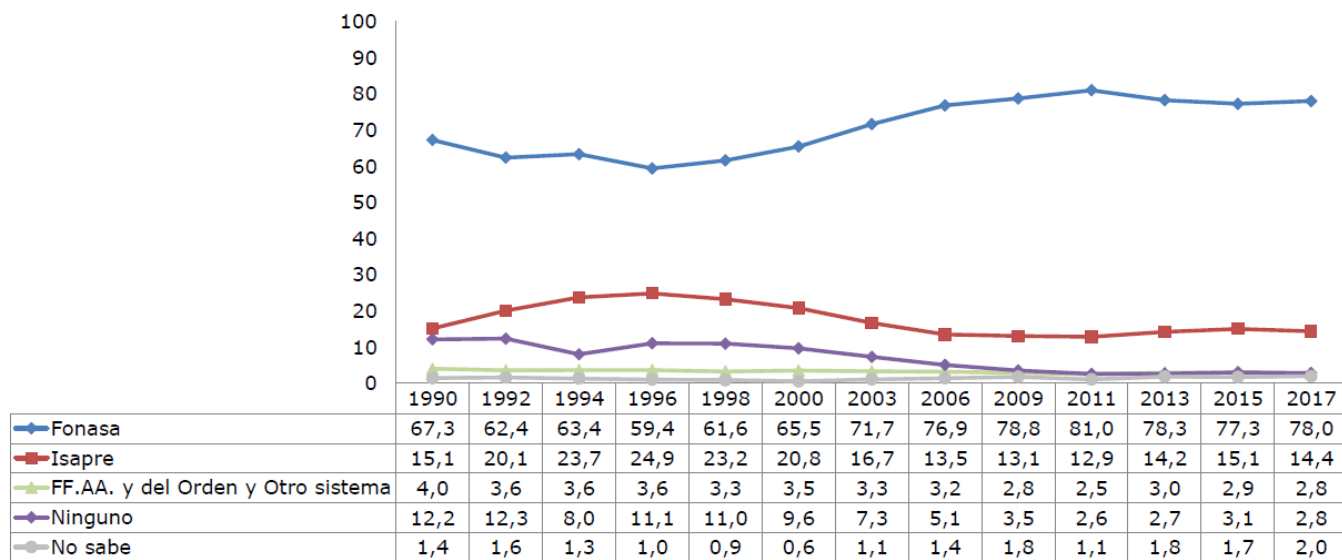
Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

Chile gasta un 9% del PIB en salud

# 1. Primer problema...la distribución del gasto por seguro

## Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsual de salud (1990-2017)

(Porcentaje, población total)



\* Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el periodo 2015-2017, con excepción de las diferencias en la categoría "No sabe".

\* Población residente en viviendas particulares, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas, a noviembre de 2017.

Del 9%: 4,5% es gasto público de salud y 4,5% gasto privado  
(gasto de bolsillo + seguros de salud)

# Otro dato...

- Para 2014:
  - Gasto anual por beneficiario FONASA: \$411.720
  - Gasto anual por beneficiario ISAPRE: \$ 1.146.336
- Chile uno de los países con más gasto de bolsillo!!!

## 2. Segundo problema...la magnitud de la carga de enfermedad.

- Sabemos que:
  - Al menos 11 millones de adultos mayores de 18 años tienen una enfermedad crónica.
  - Al menos 8,5 millones de adultos mayores de 18 años tienen una enfermedad crónica y es FONASA
  - El sistema público tiene capacidad para atender a 3,5 millones en APS!!!!

**435.000 Obesos Mórbidos**

**870.000 Sobrevivientes Cardiovasculares**

**1.740.000 Bebedores Abusivos/dependientes**

**1.885.000 Diabéticos**

**3.915.000 Hipertensos**

**4.785.000 Fumadores**

**5.750.000 Obesos**

**10.875.000 con exceso de peso**

**12.470.000 Adultos sedentarios**



**Encuesta  
Nacional de  
Salud  
2016 -2017**

# Un ejemplo: depresión en mayores 18 años

ENS (2017) base CIE-10 en mayores de 18 años

1. Síntomas depresivos el último año: **15,8% es decir: 2.103.746**
2. Depresión clínica (criterio DSM-IV-TR) el último año se estima en **6,2% es decir 825.521**

# Uso de servicios muy bajo...

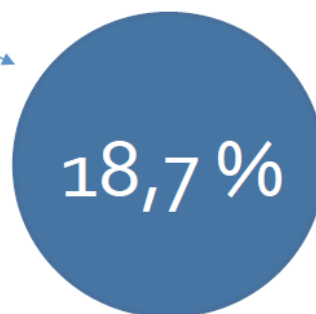
## POBLACIÓN CLASIFICADA CON DEPRESIÓN QUE REPORTA ESTAR EN TRATAMIENTO - AUTOREPORTE DE USO DE GES



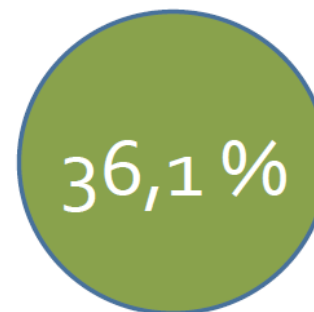
“Prevalencia de depresión”  
(clasificados según  
algoritmos CIDI) – últimos  
12 meses



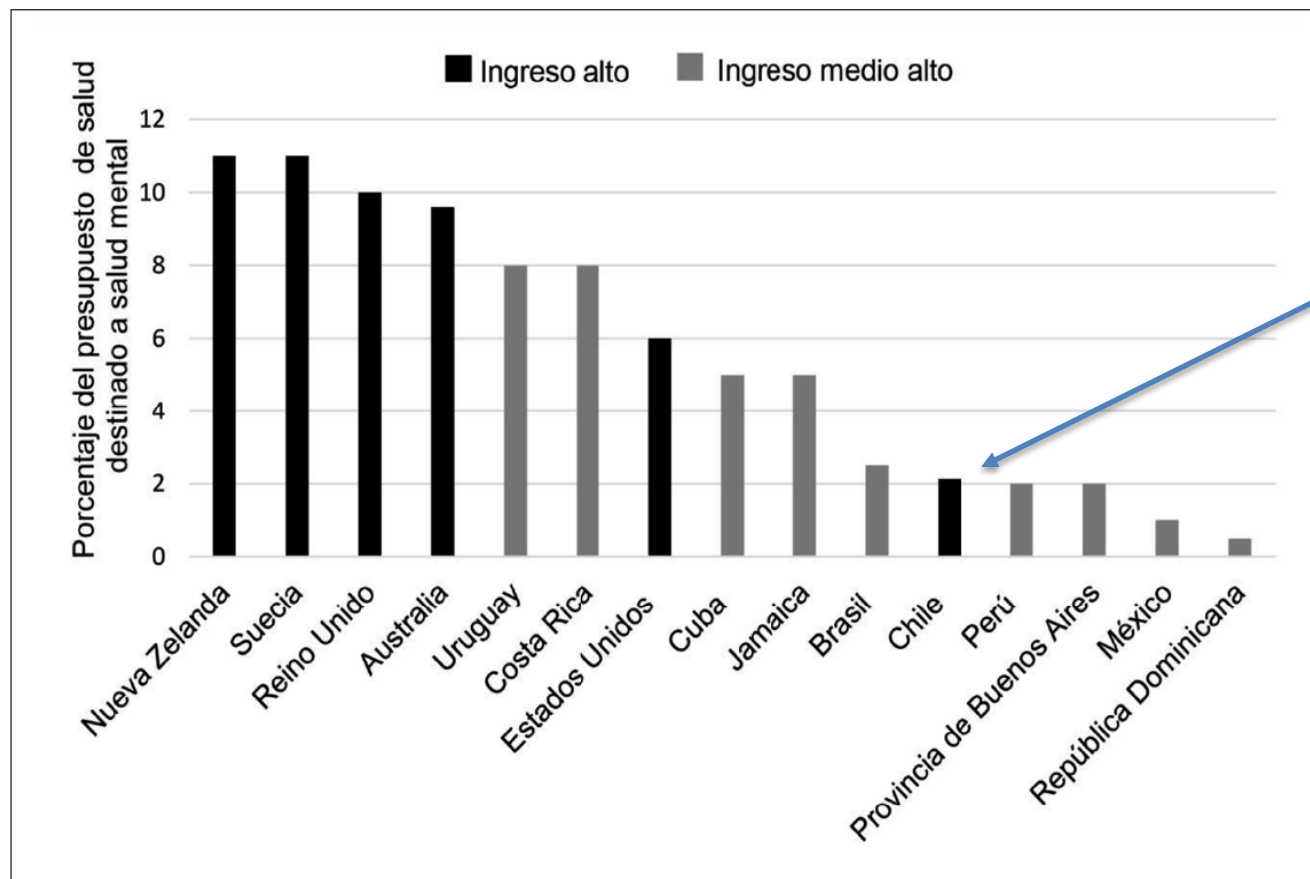
“Personas que han recibido tratamiento  
debido a sus problemas emocionales o por  
su uso de alcohol y drogas” (pregunta  
SR47) – últimos 12 meses



“Actualmente se encuentra en  
tratamiento GES (AUGE,  
Garantías Explícitas en Salud) de  
depresión” (pregunta SR59a)



# 3. Tercer problema: la distribución al interior de salud



Presupuesto Salud Mental  
Tendencia a ser < 3%

Presupuesto para estrategias preventivas-promoción: <5%

Figura 3. Porcentaje del presupuesto nacional de salud destinado a salud mental en países de ingreso alto y medio alto.



# De qué se queja la gente...datos CASEN 2017

- 94% de la población cuando se enferma accede a tratamiento.
  - Pero hay desigualdades territoriales, y por tipo de seguro.
  - No sabemos los institucionalizados...(justicia reconocimiento ????)
- No acceden 6% y tienen problemas el 25%= 31%
- Los problemas:
  - Demoras en atención
  - Costo de medicamentos
  - Problemas para llegar a lugares de atención (costo, lejanía)

# Otro problema...

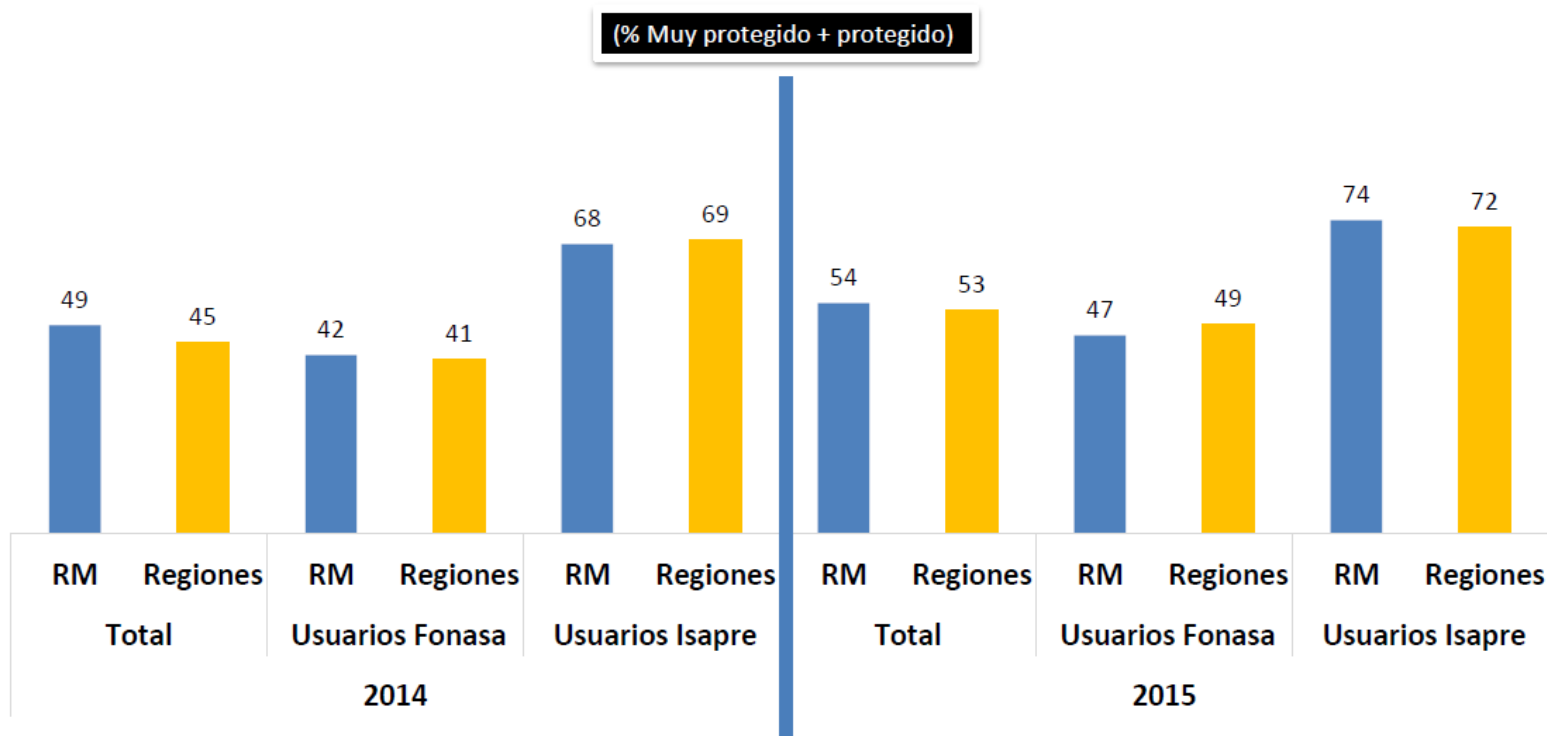
## SENSACIÓN DE PROTECCIÓN POR MACROZONA

DATA

A1. En general, frente a un problema importante de salud, ¿cuán protegido(a) se siente usted actualmente?

Base: Total muestra (n=2000)

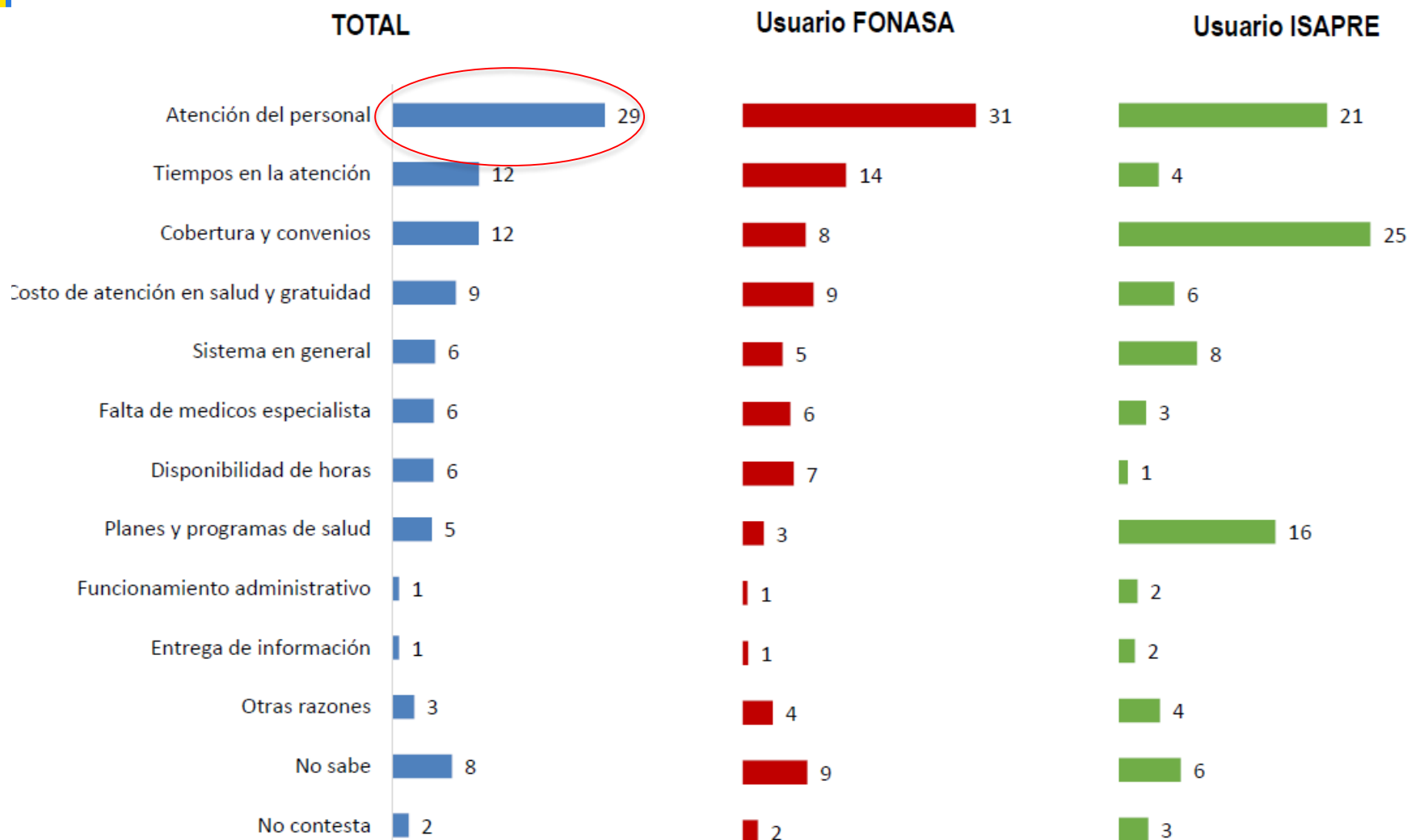
%



# RAZONES EVALUACIÓN SISTEMA

A4. Cuando en la pregunta A3 Ud. le pone nota a su sistema de salud, ¿qué está evaluando? | ABIERTA Y ESPONTÁNEA.

Base: TOTAL MUESTRA (n=2000).



**No solo tenemos un problema de justicia de distribución sino también de reconocimiento y participación**

**Se traduce en formas de trato...violencia a todo nivel**

# Un problema mundial (2010 en adelante...)

- El aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas con poco éxito terapéutico.
- El aumento en la sobrevida y la necesidad de mejorar la calidad de vida.
- Demanda de intervenciones menos agresivas y con menos efectos adversos.
- Sospecha por la mercantilización de la práctica clínica
- Los pacientes señalan que los clínicos no consideran sus valores y creencias.
- Insatisfacción con la relación médico-paciente.

**Estamos frente a una crisis....**

# Elementos de la crisis en equipos

- Epidemia de **burnout**: hasta 14%-30%; 55% en médicos con algún síntoma.
  - Cansancio emocional
  - Despersonalización
  - Baja realización personal

## **Médicos con burnout producen el doble de errores!**

Burnout y depresión predicen errores médicos (Shanafelt et al,2010)

- **Costo del burnout**: US\$300 billones anuales a la economía global. (Equivale a 120 hospitales de alta tecnología)
- Los miembros del equipo de salud pasan más tiempo mirando sus “**pantallas**” que mirando a sus pacientes!
  - Entrenar en compartir la información...(Asan et al, 2015)

# Elementos de la crisis desde los pacientes

- Estudio de Harvard muestra que **53%** de los pacientes norteamericanos piensan que no se atiende de manera compasiva.
- Aumenta a **2/3** en aquellos que fueron atendidos!!
- **70%** de los médicos pierden oportunidades de actuar compasivamente!





**Se requiere una transformación social y cultural en la organización de los sistemas de salud**

**MOVIMIENTOS DE HUMANIZACION DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

# Transformación con calidad (criterios IOM)

1. Efectividad (resultados terapéuticos)
2. Seguridad (efectos adversos)
3. Oportunidad (cuando se necesita)
4. Eficiencia (buen uso de recursos)
5. Equidad en el acceso (no genere asimetría en acceso de servicios)
- 6. Centrado en Paciente**

Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001





FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

Escuela de Medicina

# **Compasión una posibilidad frente a un contexto inequitativo...y cuesta poco!!**

[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

- ¿Qué recuerdan los pacientes que son atendidos en unidades de cuidados intensivos?
- [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=4&v=B5DRCZug4s](https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=B5DRCZug4s)

# El tratante compasivo según los pacientes



1. **Es....**auténtico, amoroso, abierto, honesto, franco, cuidadoso, comprensivo, tolerante, amable, que acepta/acoge.
2. **Se comunica....**no verbal, afectuoso, respetuoso, atento, amable, demuestra cuidado en el otro, dialógico.
3. **Sus actitudes** compasivas son... preocupación por el confort físico, espiritual, emocional; efectivo en tratamiento; preocupado contexto (familia, financiero).
4. **Si mi médico es compasivo....**alivia mi sufrimiento, mejora mi bienestar, mejorar mi autocuidado, tengo esperanza.

# Definiendo la compasión....

Un sentido básico de **cuidado y apertura sensible** al sufrimiento de uno mismo y de los demás, unido a la motivación profunda de aliviarlo y prevenirlo.

- Me acerco, percibo, siento, comprendo el sufrimiento
- Tengo **motivación** para aliviar y prevenir el sufrimiento

Para actuar compasivamente se requiere de  
**coraje y fortaleza interior: atreverse a acercarse.**

Más allá del miedo y la lástima

# ¿Qué es la compasión?



- Es una **CAPACIDAD humana** (Diego Hangartner, 2011; Max Planck U, Zurich U)
  1. Percibir lo que sucede con atención: ***proceso perceptivo***
  2. Sentir lo que siente el otro (pero distinguiendo de mí mismo): ***proceso afectivo***
  3. Comprender lo que le ocurre al otro: ***proceso cognitivo***
  4. Desear profundamente aliviar o prevenir el sufrimiento del otro: ***proceso volitivo-motivacional-conductual.***



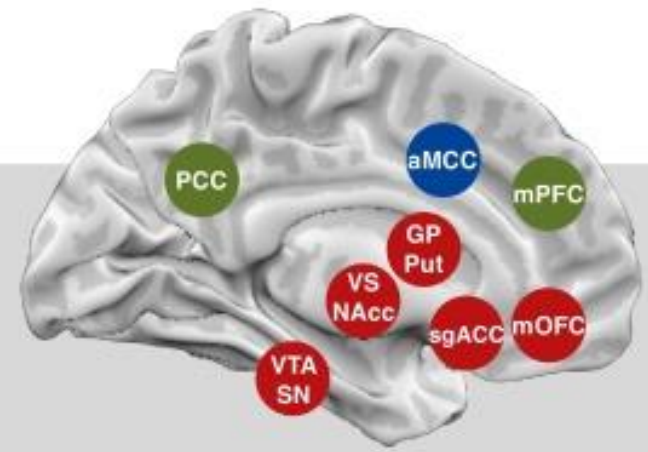
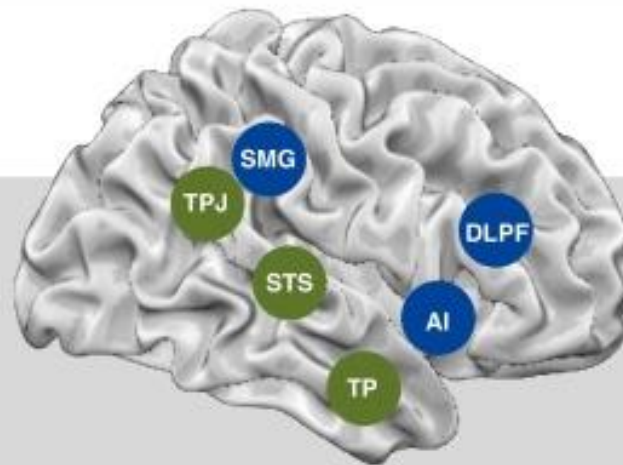
# Empatía no es lo mismo que compasión

(Kim, 2009; Beauregard, 2009 )

Theory of Mind

Compassion

Empathy for Suffering



Current Opinion in Behavioral Sciences

Ashar et al, 2016

Capacidad de **comprender** al otro (ToM)

**BONDAD AMOROSA**  
Buenos sentimientos

**EMPATÍA**  
Sentir

**ACTITUD COMPASIVA**

Riesgos:

- Malestar empático (burn-out)
- Juicios negativos
- Pereza / Inercia

**Capacidad perceptiva atenta**

**ACCION COMPASIVA**

**EQUILIBRIO PERSONAL**

**La compasión es una capacidad de auto-regulación emocional que nos lleva a conductas altruistas**

# La compasión tiene niveles

## 1. Hacia sí mismo (la auto-compasión)

- La base!! (Neff, 2003; U.Texas)

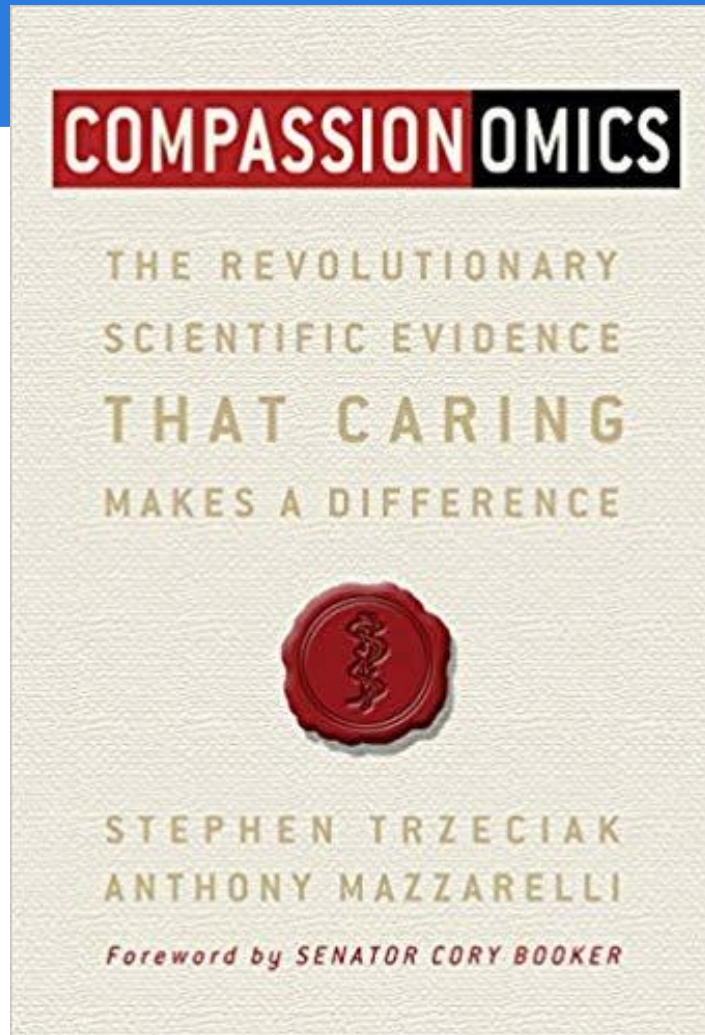


## 2. Hacia el otro (compasión clásica)

## 3. Hacia la comunidad (compasión-justicia)

- La compasión permite acción en justicia:
  - Reconozco a otro y le hago partícipe!

**¿Cuáles son los beneficios de la compasión, la evidencia científica?**



Publicado Abril, 2019



Rama científica, que analiza los efectos de la atención médica compasiva.

*“If the hypotheses are confirmed, compassionate healthcare can be established in the domain of evidence-based medicine.”*

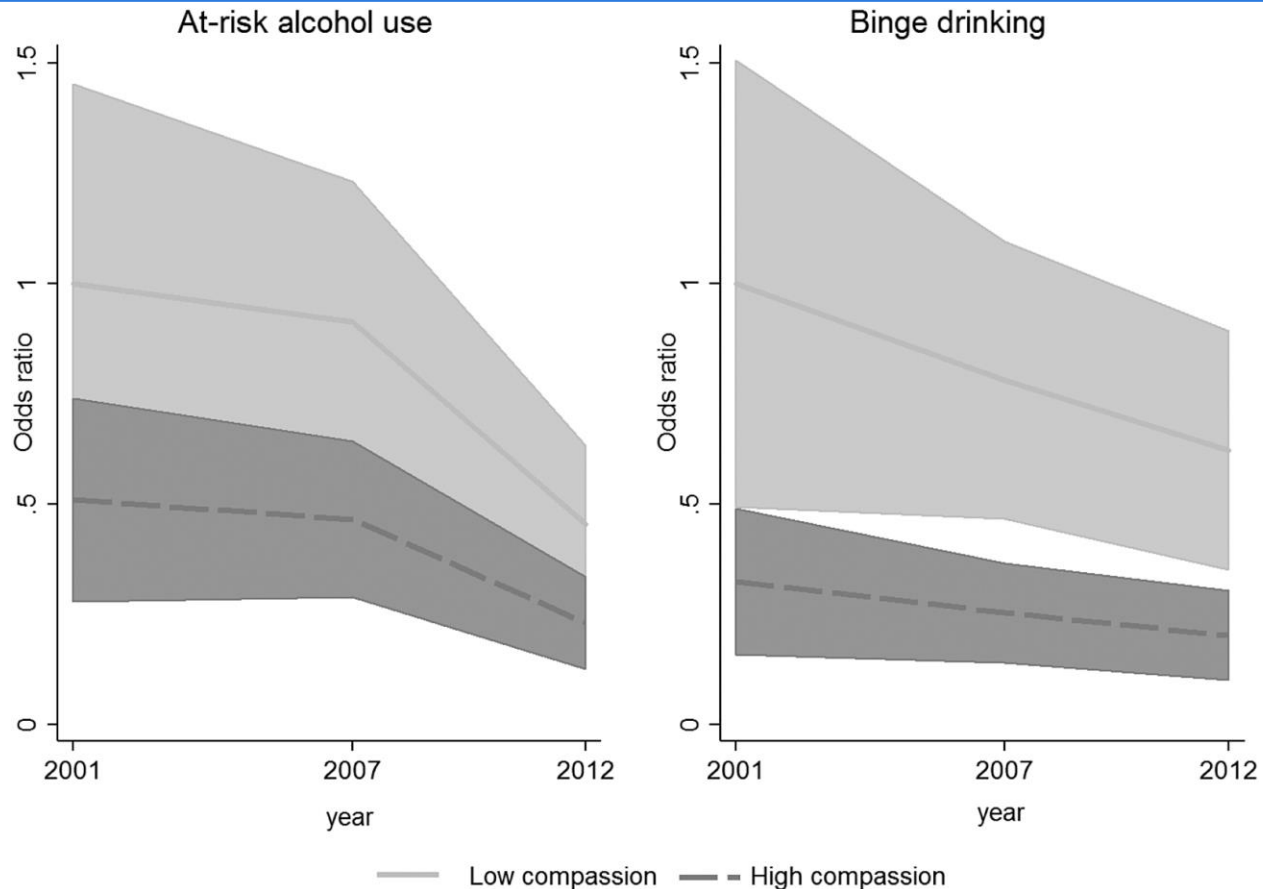
# Evidencia científica

1. Hay investigaciones científicas que muestran que trae **beneficios para los pacientes**
2. Hay investigaciones que muestran **ahorros para la atención médica**
3. Hay investigaciones científicas que muestran que tiene **beneficios para los proveedores**

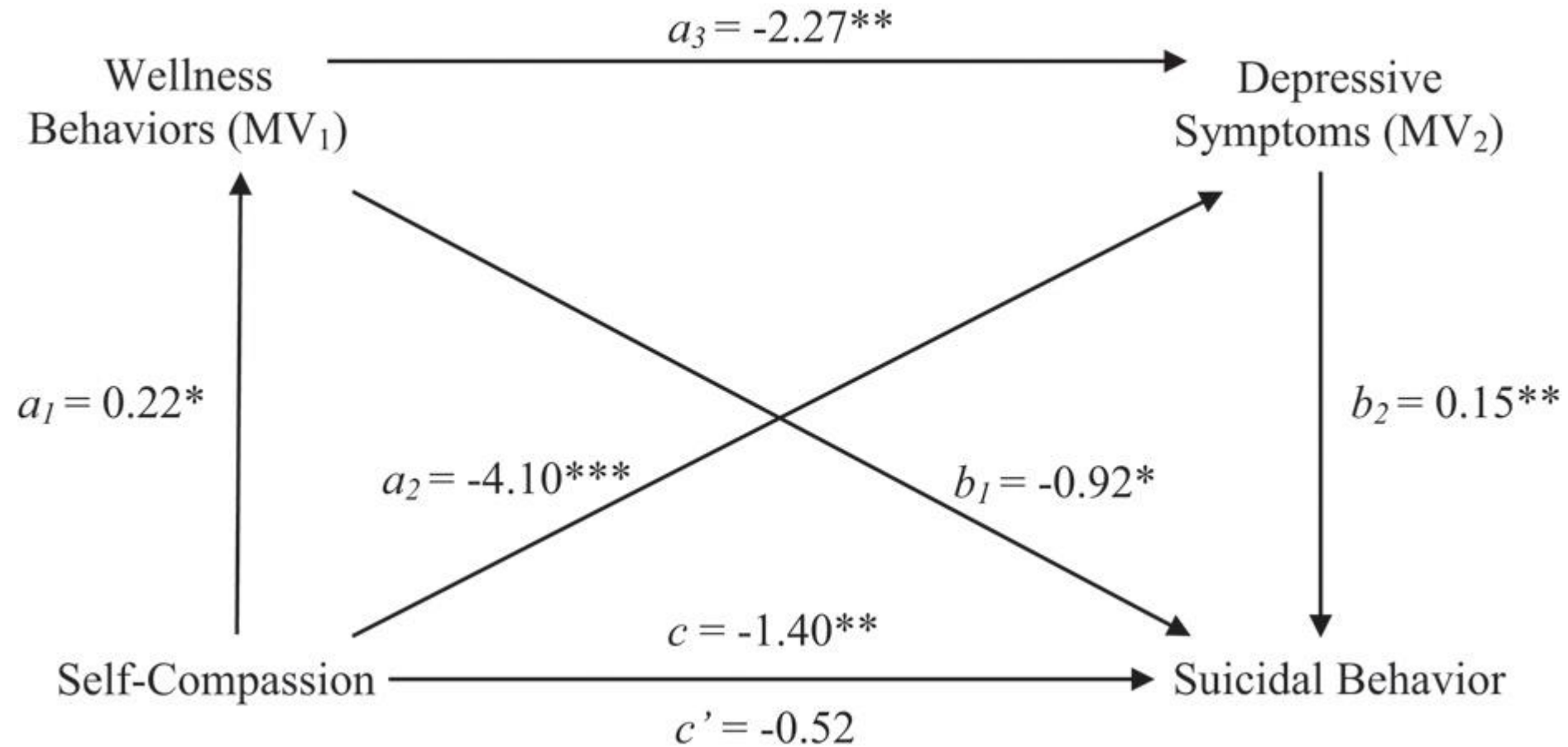
Mindfulness (2017) 8:276–285

[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)

# Predisposición a la compasión en jóvenes entre 20 y 35 años en 1997 y consumo de alcohol posterior (Finlandia)



# La autocompasión y la conducta suicida





# Los efectos de una atención compasiva para tratantes

- Adherencia terapéutica
- Calidad diagnóstico clínico
- Confianza en el clínico
- Satisfacción laboral, mantención en trabajo



Sinclair et al (2016)

[medicina.uc.cl](http://medicina.uc.cl)



Online article and related content  
current as of September 23, 2009.

## Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians

Michael S. Krasner; Ronald M. Epstein; Howard Beckman; et al.

*JAMA*. 2009;302(12):1284-1293 (doi:10.1001/jama.2009.1384)

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/302/12/1284>

- Aumenta atención plena
- Reduce síntomas burnout:
  - Reduce Agotamiento emocional
  - Reduce Despersonalización
  - Aumenta Interés por la persona
- Mejora cuidado compasivo

Ser compasivo hacia los pacientes

- **Reduce los errores médicos**
- **Reduce el uso de recursos innecesarios**

# Para equipos de cuidados paliativos (Alemania)

**Table 2** Topic and content of each training session

Week	Topic	Summary of contents <sup>a</sup>
1	<i>Introduction</i>	Exploring the expectations and needs of the participants; setting of two individual goals for the intervention (GAS scale); introducing mindfulness and compassion-oriented meditations.
2	<i>Developing a mindful presence at work</i>	Learning how to stop: observing the breath, mindful breaks; finding individual practice anchors in daily routine (eg. mindful stop before entering a patient's room or before answering the phone, etc.); sitting meditation; walking meditation.
3	<i>Finding the inner source(s) of compassion</i>	Body awareness; preparation for the <i>Metta</i> Meditation: visualizing the inner source of compassion.
4	<i>Compassion-oriented Meditation in action</i>	<i>Metta</i> Meditation; how to apply compassion-oriented meditations at work/ during patient contact; <i>Metta</i> -sentences.
5, 6, 7, 8, 9 and 10	<i>Mindful presence in difficult situations</i>	How to apply <i>Tong-len</i> Meditation when confronted with suffering

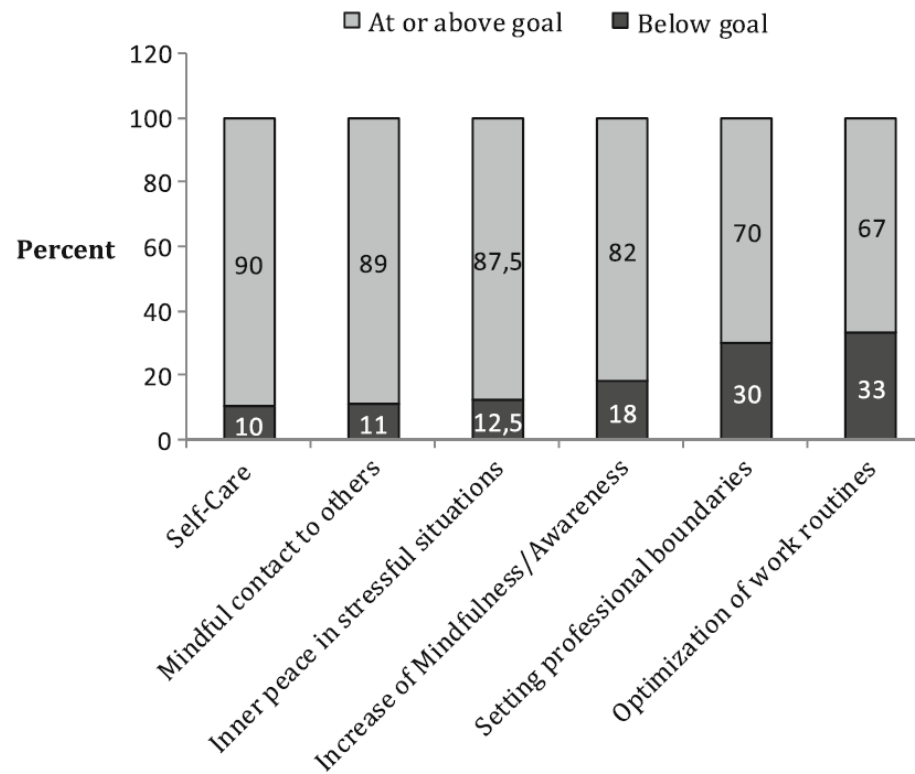
**Table 1** Key Practice elements of the training

Practice days at the hospital (8 h, 2 shifts); voluntary assistance to any session according to workload and schedule)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brief Meditation sessions in small groups every hour (15 Minutes). Announced by sounding a singing bowl in the ward.</li> <li>• One-to-one-sessions with the teacher on the half hour to discuss transfer (Max. 30 Minutes)</li> <li>• 3 sessions with all participants (1 h) at week 4, 6 and 10 to discuss embedding of practices in daily work-life and feedback.</li> </ul>
Informal practice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindful breaks</li> <li>• Walking Meditation</li> <li>• Mindful stops/ Practice anchors during daily work routines</li> <li>• <i>Metta/Tong-len</i> practice during patient /relative contact</li> </ul>
Homework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditation at home with CD</li> <li>• <i>Metta</i> Sentences during leisure time</li> </ul>
Supporting material	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CD</li> <li>• Posters at the staff rooms</li> </ul>

Orellana-Rios, et al (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job “program. BMC palliative care, 17(1), 3.

# Resultados

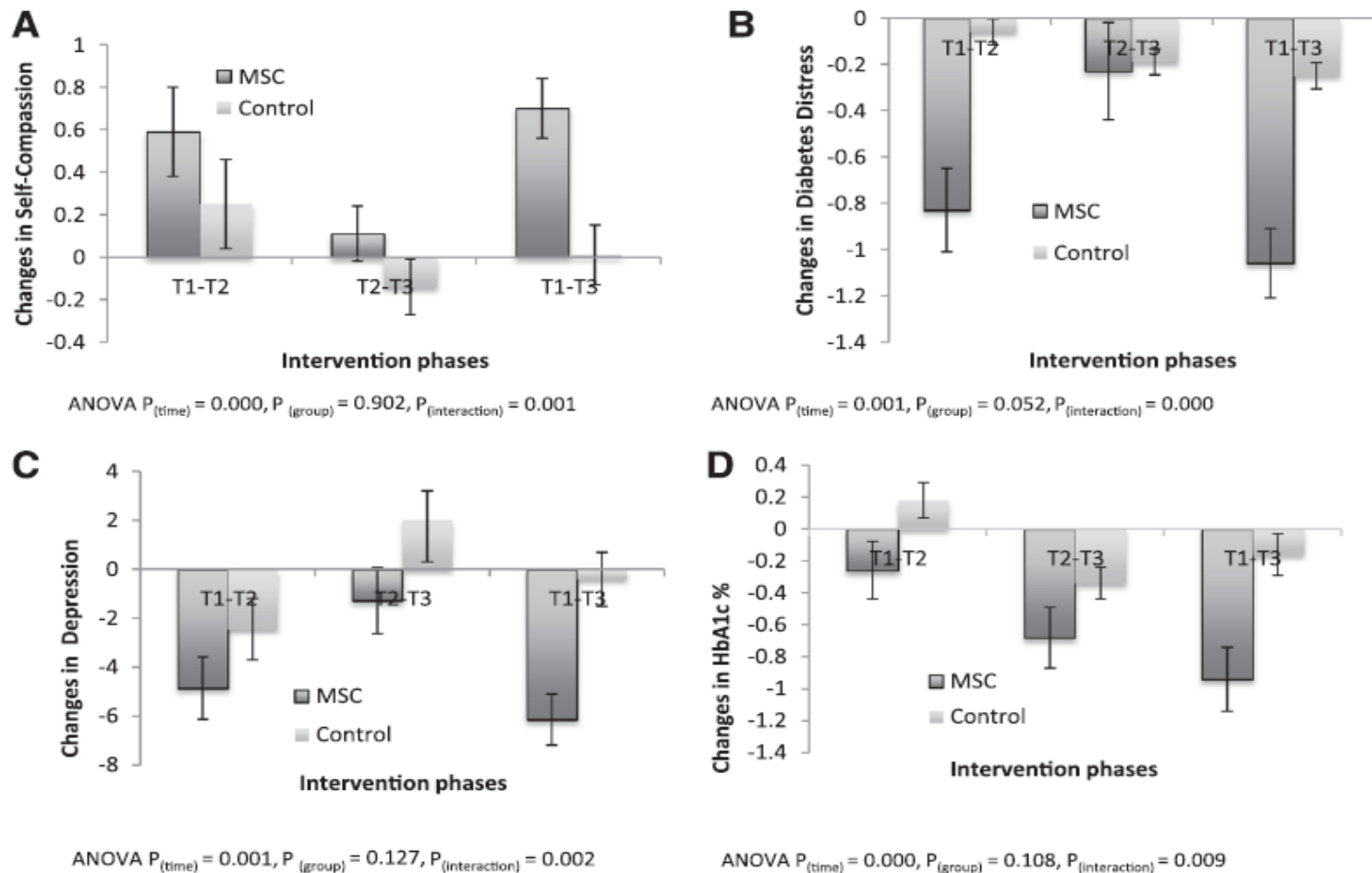
	Before the training		After the training		t (df)	p*	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
MBI (Burnout)							
Exhaustion	14.85	9.07	11.29	7.63	-3.13 (24)	.005**	0.41
Depersonalization	2.72	2.85	2.53	2.80	0.71 (24)	.48	0.07
Personal Accomplishment	39.27	4.88	41.22	4.03	-2.71 (24)	.012*	0.43
PSQ (Stress)							
Worries	.23	.14	.17	.11	2.39 (25)	.025*	0.48
Tension	.39	.22	.26	.14	3.51 (25)	.002**	0.69
Joy	.65	.21	.73	.19	-2.25 (25)	.033*	0.38
Demands	.43	.23	.36	.16	2.20 (25)	.037*	0.33
Total	.35	.18	.27	.12	3.08 (25)	.005**	0.52
HADS-D (Anxiety and Depression)							
Anxiety	5.42	2.66	4.31	3.04	2.45 (25)	.022*	0.39
Depression	3.31	2.21	2.77	2.14	1.59 (25)	.12	0.25
SCL (t-score)							
Somatization	49.31	8.94	47.50	8.58	1.17 (25)	.26	0.21
Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ-27)							
Awareness	3.00	0.77	3.32	0.49	-2.87 (24)	.008**	0.45
Clarity	3.17	0.74	3.27	0.61	-1.01 (24)	.32	0.15
Sensations	3.08	0.78	3.12	0.59	-0.24 (24)	.82	0.06
Understanding	3.25	0.73	3.23	0.63	0.26 (24)	.80	0.04
Acceptance	3.07	0.83	3.16	0.65	-0.76 (24)	.45	0.12
Resilience	2.77	0.97	3.16	0.80	-2.47 (24)	.021*	0.43
Self-support	2.87	0.92	3.01	0.77	-0.96 (24)	.35	0.17
Readiness to							
Confront	2.83	0.71	2.90	0.69	-0.76 (24)	.46	0.11
Regulation	2.73	0.89	2.90	0.65	-1.57 (24)	.13	0.20
Total	2.97	0.66	3.12	0.55	-1.85 (24)	.08	0.24
Work situation							
Satisfaction	7.75	1.34	8.19	1.47	-1.63 (25)	.117	0.31
Enforcement	7.83	1.81	8.15	1.46	-1.12 (25)	.274	0.2
Enjoyment	7.62	1.44	8.35	1.06	-3.06 (25)	.005**	0.6



**Fig. 1** Goal categories and the level of their attainment success in percent

Orellana-Rios, et al (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job “program. BMC palliative care, 17(1), 3.

# Entrenamiento autocompasión en pacientes con Diabetes II. Experimento



**Figure 2**—Mean difference scores in outcome measures of self-compassion (A), diabetes distress (B), depression (C), and HbA<sub>1c</sub> (D) for each group between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub> (baseline and postintervention), T<sub>2</sub> and T<sub>3</sub> (postintervention and 3-month follow-up), and T<sub>1</sub> and T<sub>3</sub> (baseline and 3-month follow-up).

# Beneficios para los pacientes

Al entrenar a pacientes en compasión:

- Buffer enfermedades mediadas por eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (estrés)
- Modula el dolor.
- Mejora la respuesta inmune.



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

# ¿Cómo entrenarse?



THE CENTRE FOR  
Compassion Inspired  
HEALTH





# Elementos básicos a lograr para una relación tratante-paciente compasiva

- **Percibir** al otro (uso de todos los sentidos)
- **Estar presente** física y psicológicamente
- **Escucha activa**
- **Contacto visual** real
- **Contacto físico** apropiado
- **Tranquilidad verbal**
- **Estar emocionalmente abierto y sin juicio** (dejar o reconocer los propios prejuicios)

# ¿Qué se entrena?

## CAPACIDADES

1. Percibir lo que sucede con atención: ***proceso perceptivo***
2. Sentir lo que siente el otro (pero distinguiendo de mí mismo): ***proceso afectivo (empatía)***
3. Comprender lo que le ocurre al otro: ***proceso cognitivo (Mentalizaciones, Teoría de la Mente)***
4. Desear profundamente aliviar el sufrimiento del otro: ***proceso volitivo-motivacional-conductual. (Motivación, Bondad)***

# Compasión inteligente

BJPsych Bulletin (2015), 39, 1-5, doi: 10.1192/pb.bp.114.047449



Componente del proceso compasión	Componente curricular	Intervención (ejemplo)
Atención plena	Mejorar la atención hacia otros	Intervenciones basadas en Mindfulness
	Estar aquí y ahora	
	Evitar el juicio	
Escucha	Atención enfocada en escucha activa (lenguaje verbal y para verbal)	Entrenamiento en escucha activa
Reconocimiento y respuesta emociones	Interpretación adecuada de emociones propias y de los otros (claves verbales, no verbales, consideraciones, estrés, dolor y sufrimiento)	Decodificación de expresiones faciales
		Claves de la comunicación no verbal
		Reflexión, nominación y validación de las propias emociones y de los otros
Toma de perspectiva	Desarrollo de perspectiva	Medicina narrativa
		Literatura en medicina
Valoración de los otros	Darse cuenta de los sesgos atribucionales y estereotipos (estigma)	Interculturalidad en el curriculum
	Darse cuenta del efecto del grupo en las interacciones y sesgos	Intervenciones de desarrollo de pensamiento crítico respecto de la realidad (atribuciones)
Regulación emocional	Darse cuenta de patrones emocionales propios y como afectan la toma de decisiones clínicas	Entrenamiento en equilibrio emocional
	Estrategias de regulación emocional para abordaje de contextos difíciles	Entrenamiento de CFT
Autocompasión	Apertura hacia el propio sufrimiento	Entrenamiento basado en compasión y mindfulness
	No enjuiciamiento	
Autocuidado	Cuidado salud física, mental y social	Estrategias de apoyo al bienestar (varias)
	Participación en actividades	
	Equilibrio vida personal, familiar, profesional, comunitaria	
Habilidades de comunicación	Habilidades básicas y complejas, incluyendo como responder a emociones y toma de decisiones conjunta	Varios dispositivos disponibles online y presenciales
Reflexión y desarrollo metacognición y meta-darse cuenta	Reflexión sobre el momento, el momento pasado	Estimulación reflexión y metacognición

# La compasión en la atención de salud requiere de un enfoque sistémico

Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2017). Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: Psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53, 979–987. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.324

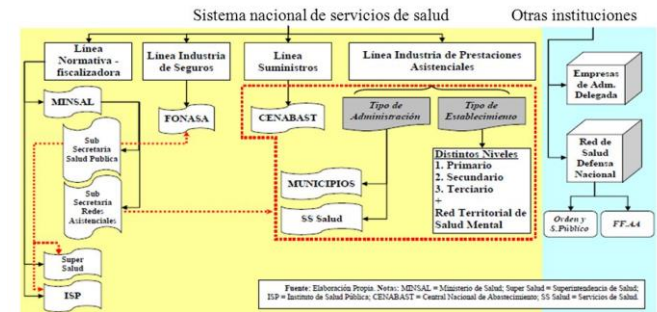
*“Providing adequate training to healthcare professionals proposed by the UK government to remedy poor care and neglect may be an effective way of ensuring that nurses and doctors treat their patients with compassion only if it is followed by specific measures and policies that will nurture and develop such attitudes.”*

Fotaki (2015) *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), 199–201

# Desde la relación médico-paciente hacia el sistema de salud...partiendo por cada uno



## ESTRUCTURA SISTEMA DE SALUD CHILE



# Transformación del Servicio de Salud del Reino Unido NHS (UK 2013-2016)

- Las 6 C



**Caring to change:** how compassionate leadership can stimulate innovation in health care

# No solo es buena para la salud....



Louisville, Kentucky;  
USA





# Un país y un sistema de salud compasivo



# Qué es una comunidad compasiva

*“More simply, in a Compassionate Community, people are motivated by compassion to take responsibility for and care for each other”*

<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/building-compassionate-communities/main>



