

Abogacía para mejorar las políticas públicas en salud mental en Chile

Dr. Alberto Minoletti¹

Abogacía es el conjunto de prácticas que buscan interceder o hablar en favor de una causa hasta modificar las políticas públicas a favor de ésta.
(Wikipedia, Febrero 2011)

Una coincidencia virtuosa: Fin de la Dictadura y la Declaración de Caracas

Con el retorno a la democracia en el año 1990, se produce en Chile una marcada modificación del énfasis en las políticas de salud, desde lo privado a lo público. Fueron tomadas diversas medidas para el reforzamiento de los Servicios de Salud (áreas sanitarias a cargo de la atención de salud en un territorio determinado), aumentando progresivamente la inversión en infraestructura y los presupuestos operacionales, y mejorando las competencias técnicas de sus equipos y la coordinación de las redes de establecimientos de salud. Desde mediados de la década del noventa, se inicia un activo proceso de análisis y propuestas que culminaría al cabo de 10 años con el establecimiento de una profunda reforma de salud.

Al mismo tiempo, el nuevo gobierno mostró una sensibilidad mayor que la dictadura militar hacia aspectos psicológicos y sociales de la salud. Fruto de esto



fue la constitución, por primera vez, de un equipo multidisciplinario a cargo de la salud mental en el Ministerio de Salud (Unidad de Salud Mental, constituida con 8 profesionales), la conformación de una red nacional de profesionales encargados de la salud mental, con representación en cada una de las Direcciones de los Servicios de Salud, y el apoyo político para postular proyectos de salud mental a fondos de la cooperación internacional. De esta manera surgen cuatro programas nacionales que ayudarían a abrir camino para la salud mental y a posicionarla con mayor visibilidad en los Servicios de Salud del país: inclusión de la atención de salud mental en la Atención Primaria, reparación integral en salud y derechos humanos para las víctimas de la dictadura (PRAIS), red de centros comunitarios de salud mental familiar (COSAM) y prevención en alcohol y drogas (programa “Quiero Mi Vida Sin Drogas” para 7° y 8° años de la enseñanza primaria).

Por otra parte, desde el plano internacional, las políticas de salud mental de

¹ Profesor de Políticas y Servicios de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

la Región de las Américas fueron fuertemente impactadas en el año 1990 con la Declaración de Caracas. En una histórica reunión convocada por la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS), a la que asistieron autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas, se concluyó que era necesario la reestructuración de la atención psiquiátrica, la cual debería estar ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud, implicando una revisión crítica del rol hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, salvaguardando los derechos humanos de los enfermos y propendiendo a su permanencia en el medio comunitario, y realizando ajustes de las legislaciones para asegurar el cumplimiento de estos planteamientos (1).

La Declaración de Caracas fue ampliamente difundida en Chile entre los profesionales y técnicos de salud mental y analizada en varias reuniones masivas convocadas por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. El impulso de abogacía a favor de la reestructuración de la atención psiquiátrica iniciado por OPS/OMS en la Región de las Américas fue profundizado con el liderazgo de algunos profesionales del sistema público de salud en distintas ciudades a lo largo del país, los cuales trataron de poner en práctica los postulados de Caracas. La población objetivo de su abogacía fueron las autoridades de salud locales y nacionales para obtener apoyo político y financiero, los profesionales de otros sectores fuera de salud (trabajo, educación, protección social, etc.) para favorecer procesos de rehabilitación e

inclusión social, y los familiares de personas con enfermedad mental para sensibilizarlos a favor del modelo comunitario de salud mental. Al mismo tiempo, los profesionales de la Unidad de Salud Mental realizaron diversas reuniones de abogacía sobre temas similares con autoridades y profesionales del Ministerio de Salud y de otros ministerios.

Primeros impactos de la abogacía: avances más bien locales que nacionales

La mayoría de los contenidos de la Declaración de Caracas y la experiencia con los programas de salud mental locales y nacionales que ya se habían puesto en marcha en el país sirvieron de base para la formulación de las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, documento que fue aprobado legalmente por resolución del Ministro de Salud en Octubre de 1993 (2) y que tiene el mérito de haber sido el primer documento de política de salud mental en el país (3). Sus 6 áreas prioritarias - salud mental infanto-juvenil, salud mental en atención primaria, red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental, beber problema y consumo indebido de drogas, rehabilitación y reinserción social de discapacitados de causa psíquica, y derechos humanos, violencia y salud - impulsaron en varios Servicios de Salud procesos de transformación de la atención en salud mental y psiquiatría, de aprendizajes de nuevas intervenciones psicosociales y de asignación de recursos frescos. Cientos de profesionales y técnicos se sintieron interpretados con estas políticas y participaron en forma activa, comprometida y creativa en su implementación en muchas localidades del país.

En este periodo, por primera vez en Chile, se implementan y perduran en el tiempo algunos hogares protegidos, centros diurnos, programas de rehabilitación psicosocial, hospitales de día, centros de salud mental comunitarios, comunidades terapéuticas y equipos de rehabilitación ambulatorios para personas con dependencia de sustancias. Se incorporan psicólogos a algunos centros de atención primaria y se forma un grupo de profesionales de salud mental de distintas disciplinas en la perspectiva de salud pública y salud mental comunitaria. Las agrupaciones de familiares de personas con discapacidad mental se multiplican y crecen en número de asociados a lo largo del país, y comienzan a hacer sentir sus voces por mejores servicios para sus familiares.

Hacia el término de la década de los noventa, la mayoría de los Servicios de Salud tenían algún grado de implementación de algunos de los planteamientos del Plan Nacional y la mayoría de las innovaciones desarrolladas parecían responder adecuadamente a necesidades de la población. Sin embargo, todo esto se había desarrollado en una pequeña escala, con recursos insuficientes y frágiles, y aún con enormes brechas de atención en relación con lo que mostraban los estudios de prevalencia de trastornos mentales. Fuera de obtenerse la firma del Ministro de Salud para legalizar el Plan Nacional, no hubo mayores demostraciones de apoyo político ni asignación de recursos adicionales para salud mental. Las grandes decisiones de políticas sanitarias no incluían a la salud mental. ¡Hasta ese momento el sistema público de salud invertía solamente el 1% de su presupuesto en salud mental!

Abogacía para incorporar la Salud Mental en las prioridades sanitarias de Chile

Entre los años 1997 y 2003, la Unidad de Salud Mental del Ministerio desarrolló una serie de actividades de abogacía, muchas de las cuales contaron con el apoyo de algunos de los siguientes actores: agrupaciones de familiares (principalmente familias que tenían miembros con esquizofrenia), organizaciones de profesionales (Sociedad de Psiquiatría y Sociedad de Salud Mental) y profesionales con liderazgo en algunos de los procesos de desarrollo de servicios de salud mental comunitaria.

La principal audiencia hacia la cual se dirigieron las actividades de abogacía fueron las autoridades del Ministerio de Salud encargadas de tomar las decisiones de políticas nacionales del sector. Como audiencias secundarias se incluyeron ministerios de Hacienda, Planificación Nacional (que esta a cargo, entre otros asuntos, de la protección social y de la discapacidad), Educación, Trabajo y Vivienda, parlamentarios, profesionales y técnicos de salud y de salud mental y la población general.

El mensaje primario de la abogacía que se utilizó en los primeros años fue:

- Para ser capaces de tratar a las personas con los 6 problemas de salud mental más importantes, Chile debe aumentar el presupuesto de salud mental del 1% al 5% del presupuesto global de salud.

Este mensaje estaba basado en un cálculo realizado en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, basado en información epidemiológica sobre los

trastornos más frecuentes - depresión, esquizofrenia, problemas de alcohol y drogas, secuelas psicológicas de la violencia (tanto doméstica como por violaciones de derechos humanos durante la dictadura), trastorno hiperkinético/atención y demencia - y en los recursos existentes y necesarios para tratar la demanda estimada por estos problemas, a través de un modelo comunitario centrado en la atención primaria y con apoyo de equipos especializados ambulatorios y de hospitales generales.

Los principales mensajes secundarios utilizados fueron:

- Chile tiene una deuda histórica y un imperativo ético con la salud mental: tenemos una de las tasas de enfermedades mentales más altas del mundo.
- El modelo comunitario de salud mental es el que tiene la mejor relación de costo-beneficio.
- La experiencia chilena con hogares protegidos demuestra que es posible terminar con los servicios de crónicos en los hospitales psiquiátricos.
- Las personas con discapacidades mentales severas pueden vivir en la comunidad si se les da los apoyos necesarios.
- La depresión tiene mejoría y puede ser tratada por equipos de salud de atención primaria.
- El pronóstico de la esquizofrenia ha mejorado significativamente con los avances recientes en medicamentos e intervenciones psicosociales.

Si bien no se constituyó un movimiento organizado formalmente ni se tenía un plan escrito para desarrollar la abogacía, los distintos actores sociales que lideraron este proceso entregaron el mensaje primario y los secundarios de una manera altamente consistente. A través de un aprendizaje por ensayo y error, se fueron seleccionando y refinando estos mensajes de acuerdo al nivel de concordancia que existía entre los distintos líderes del proceso y según la receptividad que tenían en las distintas audiencias.

Los mensajes fueron entregados a través de métodos diversos, siendo las reuniones el más frecuentemente usado. Los profesionales y familiares que lideraron el proceso participaron en múltiples reuniones con autoridades del Ministerio de Salud y de otros ministerios, con miembros del Congreso Nacional y con dirigentes políticos. Al mismo tiempo se organizaron frecuentes encuentros de familiares y profesionales, en conjunto y por separado, nacionales y locales, algunos de ellos dentro de los hospitales psiquiátricos. En varias de estas reuniones se contó con el apoyo de expertos de otros países, los cuales contribuían a reforzar los mensajes mostrando experiencias internacionales en una dirección similar a los cambios que se proponían para Chile.

Una serie de documentos impresos y folletos elaborados por la Unidad de Salud Mental contribuyeron también a la difusión de los mensajes. Uno de los hitos en este sentido fue el lanzamiento del libro "Enfermedades Mentales en Chile: magnitud y consecuencias" (4) en 1999, que recogió la mayor parte de la evidencia epidemiológica de la que se disponía en el país y que tuvo una amplia distribución

en la población diana. Así mismo, al año siguiente, se difundió el libro sobre el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” (5). Ambos documentos se transformaron en importantes herramientas de abogacía para profesionales y familiares, ya que uno mostraba los problemas y el otro planteaba soluciones. Otros documentos que jugaron un rol importante en el proceso de abogacía fueron una serie de Boletines de Salud Mental, tres a cuatro por año, entre el 2000 y el 2004, en los cuales se difundieron las buenas prácticas de salud mental comunitaria que se estaban efectuando en diferentes localidades del país.

El otro método fundamental para el proceso de abogacía fue el trabajo con los medios de comunicación. De la observación de que los medios chilenos daban cobertura amplia a los resultados de estudios de prevalencia de enfermedades mentales, surgió la estrategia desde la Unidad de Salud Mental de entregarles sistemáticamente insumos de información sobre este tema y de apoyarlos técnicamente en la elaboración de noticias y reportajes. A través de esta estrategia se fue construyendo gradualmente una alianza de trabajo interesante entre los medios y la Unidad. Es así como se trabajó con los medios la difusión del libro “Enfermedades Mentales en Chile: magnitud y consecuencias”, el cual obtuvo una alta acogida en los medios escritos, radiales y televisivos, destacándose el elevado porcentaje de chilenos que presentaban estos trastornos y contrastándose con el bajo porcentaje del presupuesto de salud destinado a su tratamiento. El Plan Nacional y los Boletines de Salud Mental también sirvieron de insumos para varios reportajes. Por otra parte, las reuniones masivas, la puesta en

marcha de un nuevo programa o la inauguración de un nuevo dispositivo comunitario fueron también utilizadas como material noticioso para ser difundidos por los medios, como caminos de solución para algunos de los problemas de la salud mental. Con el fin de favorecer el trabajo con los medios, la Unidad de Salud Mental incorporó en su equipo una periodista, y el resto de los profesionales estuvieron dispuestos a participar en entrevistas de prensa escrita, radial o televisiva, cada vez que surgía esta actividad.

Impacto del Plan Nacional de Salud Mental 2000 en las Políticas Sanitarias

Al inicio de este proceso de abogacía, se produjo una crisis institucional relacionada con la insuficiencia de recursos para salud mental y las brechas de atención existentes. Un abogado presentó una demanda judicial en contra del Ministro de Salud y del Director de uno de los hospitales psiquiátricos por no trasladar a ese establecimiento alrededor de 120 personas sobreesididas a causa de una enfermedad mental y que se encontraban en un recinto penitenciario, transgrediendo así sus derechos humanos. El tribunal de justicia acogió la demanda y frente al inminente traslado de un grupo de estas personas al hospital psiquiátrico, sus funcionarios se movilizaron para rechazar esta medida por considerar que no tenían los recursos adecuados para hacerse cargo de estos “reos insanos”. Todos los psiquiatras de dicho hospital, con el apoyo del Colegio Médico, firmaron las renunciaciones a sus cargos, las cuales se harían efectivas en el caso de concretarse el traslado. Los manifestantes cuestionaron las políticas específicas de psiquiatría forense y las políticas generales de servicios para personas con

trastornos mentales severos, destacando una vez más la insuficiencia de recursos para salud mental.

La crisis finalmente se solucionó, después de unos días de tensión, con el acuerdo de conformar una comisión que elaborara en un mes un Plan Nacional de Psiquiatría Forense, que resolviera el problema de las personas sobreseídas a causa de enfermedad mental, y un plan estratégico para el desarrollo de la red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental (6).

Ambos planes se elaboraron de acuerdo al modelo comunitario por el cual se estaba abogando. Es así como el Plan Nacional de Psiquiatría Forense, si bien incluía la implementación de una unidad de alta complejidad y tres de mediana complejidad para la primera fase del tratamiento de personas sobreseídas con enfermedades severas y que habían cometido delitos graves, la mayoría de las personas sobreseídas podrían tratarse en las redes de atención generales de psiquiatría. Para este efecto, estas últimas requerirían financiamiento fresco para instalar un número adicional de hospitales de día y hogares protegidos.

Por su parte, el plan estratégico para el desarrollo de la red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental, también de acuerdo al modelo comunitario, fue sometido a consulta durante el año 1999, a través de una serie de reuniones y asambleas con amplia participación de profesionales y técnicos, diversas organizaciones de profesionales y representantes de usuarios y familiares, y finalmente se concordó y publicó como Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, entrando en vigencia a partir del año 2000 (5).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tuvo progresivamente un fuerte impacto en el sistema público en sus diez años de existencia, recibiendo el apoyo de la mayoría de los profesionales de salud mental y de las organizaciones de usuarios y familiares del país, y de algunas autoridades de salud locales y nacionales. La abogacía realizada en torno al Plan ha permitido que la Salud Mental se haya transformado en una prioridad para las políticas de salud, los recursos disponibles para salud mental en todos los Servicios de Salud del país hayan aumentado significativamente - permitiendo que un número creciente de personas con trastornos mentales tengan acceso a atención - y el modelo de atención se haya transformado desde uno centrado en hospitales a otro centrado en la atención primaria, las unidades ambulatorias de atención especializada crecientemente descentralizadas y en las comunidades locales (7, 8). Es así como el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental dentro del presupuesto total de salud ha aumentado entre el 2000 y el 2009 del 1 al 3%, las camas de psiquiatría en hospitales generales de 304 a 517, las plazas en hospitales de día de 160 a 740, las unidades ambulatorias de salud mental y



Sin título, Arthur Bispo do Rosário

psiquiatría de 41 a 123, el porcentaje de centros de atención primaria con psicólogos de 23 a 100% y las plazas en hogares y residencias protegidas de 488 a 1244. A su vez, el número de personas bajo control aumentó de 18.224 a 275.410 para depresión, de 1.024 a 12.914 para esquizofrenia, de 5.921 a 42.572 para problemas por alcohol y drogas, de 598 a 6.043 para maltrato infantil, de 1.939 a 33.312 para violencia doméstica contra la mujer, de 309 a 5.552 para Alzheimer y otras demencias, y de 2.508 a 27.751 para trastornos hipercinéticos y de la atención.

De este modo, la Reforma de Salud en Chile del año 2005, con su ley más emblemática de Garantías Explícitas en Salud (GES), encuentra a la salud mental y a la psiquiatría con una mayor visibilidad en la salud pública que las reformas previas. La abogacía realizada en los años previos, permitieron que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 hubiera alcanzado en cinco años un alto nivel de implementación en el sistema público, consagrando a la salud mental como uno de los componentes ineludibles en las políticas nacionales de salud.

En el momento de definir los 56 principales problemas de salud del país, para ser abordados de acuerdo a la Ley GES, se incluyeron tres problemas de salud mental: esquizofrenia, depresión y consumo problemático y dependencia de alcohol y drogas. Esta priorización de problemas de salud mental, para un país de medianos ingresos como es Chile, es considerada por muchos expertos internacionales como un hecho histórico mundial. Ningún país de similar nivel de ingresos ha tomado una decisión política sobre salud mental de tanta trascendencia, la cual ha tenido repercusiones

tanto en el seguro público (FONASA) como en los privados (ISAPRES).

Los entretelones del proceso de toma de decisiones GES sobre salud mental no estuvieron, sin embargo, exentos de contradicciones, dificultades y confrontaciones. Si bien la metodología para la definición de los problemas GES se basa en las evidencias científicas disponibles sobre magnitud y discapacidad de las distintas enfermedades, efectividad y costo de los tratamientos y las percepciones y preferencias de la ciudadanía; en la práctica, muchos elementos subjetivos, insuficientemente basados en metodologías de salud pública, han influido en las decisiones tomadas por la plana mayor del Ministerio de Salud.

El primer Decreto Presidencial GES del año 2005, que definió los 25 problemas de salud iniciales, incluyó el primer episodio de esquizofrenia. En el momento de tomar la decisión de qué problemas incluir, existía amplio acuerdo de que al menos un problema de salud mental debería estar representado, y se optó por aquel que representaba el menor número de beneficiarios potenciales (alrededor de 2.000 para todo el país, en comparación con aproximadamente los 250.000 que se estimaban para depresión). Este menor número representaba tanto un menor costo como una menor complejidad para su implementación. La gran importancia de esta medida radica en el hecho de que no solo se garantizó el primer episodio sino que el tratamiento farmacológico y psicosocial de por vida mientras persista el diagnóstico de esquizofrenia.

El segundo Decreto Presidencial GES del año 2006 definió 15 problemas de

salud adicionales y entre ellos figuró el tratamiento integral de las personas de 15 años y más con depresión. Existían argumentos de salud pública muy sólidos para priorizar depresión, destacando entre ellos su alta carga de enfermedad por discapacidad (las proyecciones de la OMS la situaban en el segundo lugar entre todas las enfermedades para el año 2020), la evidencia creciente de efectividad de los tratamientos farmacológicos y psicológicos, la alta costo-efectividad de estos tratamientos y la percepción de la población que demandaba atención cada vez en mayor número. Sin embargo, no faltaron en el Ministerio de Salud autoridades que trataron de impedir que la depresión estuviera en el GES. ¿Qué los motivaba a oponerse? ¿El estigma de las enfermedades mentales que hace verlas fuera de la salud pública o intereses personales para que otras enfermedades ocuparan el lugar de la depresión? Afortunadamente, el ministro de salud de la época inclinó la balanza de opiniones a favor de la depresión, basado, seguramente, en su experiencia personal anterior como director de un Servicio de Salud donde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se había implementado con buenos resultados y donde el programa de tratamiento integral de la depresión había alcanzado un alto grado de desarrollo.

El tercer Decreto Presidencial GES del año 2007 que definió 16 problemas de salud adicionales, de modo de completar los 56 problemas que determinaba la Ley GES en ese momento, incluyó esta vez el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. A diferencia de la esquizofrenia y la depresión, donde el tratamiento GES es integral, con todas las intensidades que se requieran

según las necesidades de las personas, esta vez solamente se garantizó el tratamiento de aquellos con cuadros leves o moderados y exclusivamente con un plan ambulatorio básico. Nuevamente aquí existían fuertes razones de salud pública para haber ofrecido mejores garantías. Los problemas de alcohol y drogas son altamente sentidos por la comunidad nacional porque no solo dañan a los individuos que los sufren sino a sus familias y al resto de la sociedad porque se asocian con inducción al consumo de otras personas y con conductas violentas y delictuales; los modelos de tratamiento que se han aplicado a través de un convenio entre el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) y el Ministerio de Salud han sido evaluados como efectivos; el tratamiento temprano del consumo perjudicial y dependencia en la adolescencia previene muchos problemas futuros de salud, salud mental y de infracciones a la ley.

A pesar de los fuertes argumentos de salud pública que fueron vehemente-mente esgrimidos por profesionales del Departamento de Salud Mental del Ministerio y por profesionales de CONACE, y a pesar de que el Ministerio de Hacienda aprobó el presupuesto necesario para cumplir con garantías integrales en alcohol y drogas para adolescentes, no existió voluntad política en el Ministerio de Salud para aprobar esto. No obstante estas dificultades, la inclusión en la ley GES de estos tres problemas de salud mental ha significado un gran beneficio para muchas personas, tanto en acceso y calidad de tratamiento como en equidad, permitiendo que poblaciones de bajos ingresos puedan recibir tratamientos de la duración e intensidad que sean necesarios. Más aún, en el sistema público se ha impactado

significativamente en los tiempos de espera para iniciar tratamiento por estos trastornos, disminuyendo desde 1 o 2 meses a pocos días, mientras que en el sistema privado se ha logrado reducir el “pago del bolsillo” desde más del 50% a menos del 20%.

Al analizarse la posibilidad de agregar 10 nuevas garantías al GES en el año 2008, el trastorno bipolar se presenta como uno de los candidatos con argumentos de salud pública más sólidos para quedar incluido. A pesar de ello, las autoridades ministeriales tomaron la decisión de excluir este trastorno del GES, aduciendo dificultades para su implementación. ¿Cómo explicar este nuevo obstáculo para el desarrollo de políticas de salud mental? ¿Se deberá a un hecho casual de autoridades de turno que no conceptualizan la salud mental como una prioridad de salud pública, o corresponderá más bien a un fenómeno histórico cíclico de cierre de la agenda de políticas públicas para salud mental después de algunos años de apertura?

Algunas reflexiones en torno a la abogacía en salud mental

De los muchos análisis que podrían efectuarse de la experiencia chilena de abogacía en salud mental, hemos seleccionado 5 aspectos que podrían tener tal vez relevancia para procesos futuros en el mismo país o en otros.

1. La importancia de reconocer determinados momentos históricos como de una mayor permeabilidad para la incorporación de temas de salud mental en la agenda de políticas públicas. Se puede plantear la hipótesis de que en dichos momentos los esfuerzos de abogacía serían más efectivos que en otros. Similarmente a lo ocurrido en Chile, los

procesos de retorno a la democracia en España y Brasil también facilitaron políticas públicas de desinstitutionalización y reforma de la atención psiquiátrica, en sociedades que se transformaron progresivamente en más tolerantes e inclusivas. Después de un número de años de mantenerse la salud mental en la agenda de políticas públicas (15 a 20 años en el caso de Chile), existiría una tendencia a ser desplazada por otros temas sociales emergentes.

2. La necesidad de contar con un conjunto de líderes - usuarios, familiares, profesionales, técnicos, políticos, líderes de opinión, etc. - con capacidad para abogar y conducir procesos de reforma psiquiátrica y de instalación de un modelo comunitario en salud mental. En el caso de Chile, la generación de estos líderes se produjo tanto en forma espontánea como facilitada por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, y su organización fue informal y frente a situaciones concretas, conducida a veces por líderes locales y en otras ocasiones por líderes nacionales. Probablemente la capacidad de abogacía de estos líderes podría haber sido reforzada si se hubiera contado con un nivel organizativo mayor, como fue el caso de los movimientos de reforma psiquiátrica de Italia (“Psiquiatría Democrática”) y de Brasil (“Movimiento Antimanicomial”).

3. La construcción participativa y negociada de mensajes comunicacionales estratégicos entre distintos actores del campo de la salud mental. Dos aspectos de los mensajes utilizados en Chile fueron fundamentales para lograr impactos. Por una parte, el hecho que diferentes personas y organizaciones de salud mental utilizaran los mismos mensajes, aunque fueran expresados con palabras y perspectivas diferentes, lo cual le daba

mucho poder de convicción a la abogacía realizada. Por otra parte, la expresión de los mensajes en un lenguaje de fácil comprensión para la población general y los profesionales de salud no expertos en salud mental, lo cual permitió que muchas personas comprendieran claramente y se apropiaran de la mayoría de los conceptos comunicados. Ambos aspectos fueron potenciados por la gran cantidad de reuniones y encuentros que se organizaron al inicio del proceso de abogacía, donde los distintos actores de salud mental pudieron expresar sus visiones y puntos de vista diferentes y construir progresivamente una serie de conceptos compartidos.

4. La utilización de estudios realizados en el país para hacer visible la magnitud de los problemas de salud mental, las brechas de atención existentes y el costo-beneficio de las distintas estrategias e intervenciones para abordar los problemas y las brechas. En la experiencia chilena fue importante la utilización tanto de estudios efectuados por universidades como estudios llevados a cabo por el Ministerio de Salud. El disponer de evidencia cuantificada y creíble sobre la prevalencia de las enfermedades mentales, los recursos para su tratamiento, el número de personas que acceden a atención y la efectividad de las intervenciones, entre otros datos, fue una herramienta valiosa y posiblemente decisiva para muchos de los logros del proceso de abogacía.

5. La puesta en marcha de experiencias piloto y áreas de demostración que contribuyan a la construcción de un modelo comunitario en salud mental y que puedan ser utilizadas como instrumentos de abogacía. Estas experiencias y áreas sirvieron para que autoridades de salud

y de otros sectores del Gobierno que tuvieron contacto con ellas se convencieran de la factibilidad y de la satisfacción usuaria de algunas propuestas de políticas de salud mental. Además, sirvieron para que fueran objeto de noticias y reportajes de los medios de comunicación, las cuales también sensibilizaban a las autoridades para tomar decisiones políticas a su favor.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 noviembre de 1990
2. Ministerio de Salud. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago 1993
3. Pemjean A. El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990-1996). Cuadernos Médico Sociales. 1996;37(2):5-17
4. Minoletti A, López C y col., Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias. Ministerio de Salud 1999, Santiago
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, primera edición. 2000. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago 2000
6. Hormazábal L, Brockerling W, Monasterio H, Minoletti A y col (Comisión Ministerio de Salud y Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile). Plan estratégico para el desarrollo de la red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental. Cuadernos Médico Sociales 1998, 39(3-4),5-15.
7. Minoletti A y Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Pública 2005, 18 (4/5).
8. Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Caprile A. Capítulo 26. Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En Rodríguez J (ed), Salud Mental en la Comunidad, Organización Panamericana de la Salud, serie PALTEX, Washington, 2009, pags 339-348.
9. AUGE (GES) salud mental en la página web del Ministerio de Salud de Chile (última visita 11 Marzo 2011). http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/g_publico/gesaugeymental.html