

*Capítulo II*



**Impulsor de la  
Salud Mental  
Comunitaria  
en Chile**



**A**lberto Minoletti, discípulo de Juan Marconi, compañero de estudios y de especialización de Alfredo Pemjean, se incorporó a la Unidad de Salud Mental que este dirigía, creada en el Ministerio de Salud por primera vez en la historia después de la instalación del gobierno democrático tras terminar la Dictadura. En 1997 asumió la jefatura de la Unidad. “Su gestión fue ordenada, seria, clara, en equipo, creativa, consolidando lo antes avanzado, respetada. Con él creció la prioridad que se le daba a la salud mental, en el conjunto de los acuciantes problemas de salud de entonces” dice Pemjean.

En su trabajo integró sus experiencias personales y profesionales previas y estuvo siempre dispuesto a aprender. Con un trabajo metódico e incansable, exigiéndose y exigiendo a sus colaboradores, articulando perspectivas, sin abrumarse por las resistencias, fue tejiendo una red firme y creciente, tal como el diseño que escogió para representar la relación entre los componentes del modelo comunitario de salud mental que el Plan Nacional del año 2000 buscaba consolidar.



**Alberto, un forjador de  
las bases de la perspectiva  
comunitaria en salud mental,  
tanto en Chile como en  
América Latina**

*Edgardo Pérez*

El Dr. Edgardo Pérez lleva en su memoria años muy significativos en Canadá cuando el Dr. Alberto Minoletti estableció su residencia en ese país y comenzó una beca de post grado de Psiquiatría en la Universidad de Ottawa. Se conocieron y hubo una inmediata conexión. Quizás fue el hecho que ambos eran hispano hablantes y el idioma español los acercó para experimentar una gran amistad, que permaneció por muchos años, incluso una vez que Alberto regresó a Chile. Pérez era originario de Puerto Rico y muy joven partió a Canadá a continuar sus estudios de Psiquiatría, donde contrajo matrimonio y se estableció de manera definitiva: “Nos hicimos buenos amigos, estudiamos juntos en la Universidad y luego fuimos compañeros de labor en el mismo hospital donde ambos permanecemos juntos por cinco años. Realizamos trabajos de investigación y escribimos artículos científicos”.

En su memoria está la imagen de un Alberto calmado, que sabía escuchar a todos, amigable y sencillo, en el sentido que no era una persona orgullosa de sí misma, nos dice. Se mostró siempre muy agradecido de Canadá, pues le permitió salir de la situación que estaba viviendo en Chile. “Siempre extrañaba mucho a su país. Me contó lo que había ocurrido en Chile y cómo muchos de sus planes habían quedado trancos tras el golpe militar en 1973. Aunque nunca me dio detalles de esos días en que fue detenido por las fuerzas militares, me aseguró que no fue víctima de torturas ni le hicieron daño como había ocurrido con otros cientos de compatriotas suyos”.

Otro rasgo que destaca del médico chileno era su permanente disposición por apoyar a todos. En este sentido recuerda que Minoletti lo invitó a incorporarse a un club de personas de habla hispana, al cual entró para que pudiera socializar con quienes, al igual que él, eran extranjeros, para realizar actividades distintas a las profesionales y eso fue muy bueno para mí, dice Edgardo Pérez: “Me recuerdo de su esposa Diana y sus hijas Marissa y Andrea, y la dedicación de Alberto hacia ellas. Sus hijas nacieron en Canadá y Alberto tenía un muy buen trabajo en Ottawa, pero él siempre se refería a sus deseos de regresar a Chile, que extrañaba a su familia de origen y recién después de diez años en Canadá pudo regresar a Chile, en el año 1984”.

Aunque su retorno al país se produjo seis años antes del fin de la dictadura militar en Chile, solo en 1990, tras elecciones libres que permitieron iniciar un proceso de transición en el país, el Dr. Minoletti se hizo parte de un programa de

apoyo a personas con consumo problemático de alcohol, a cargo del Ministerio de Salud, en donde era jefe su amigo y ex compañero de la Universidad de Chile, el Dr. Alfredo Pemjean. El año 1996 asume el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Fue en aquella época que el Dr. Edgardo Pérez había orientado su carrera profesional hacia los temas de acreditación de calidad de los servicios de salud. “En 1982 me interesé en calidad y comencé a entrenarme para desarrollar esas destrezas. Con los años me fui al Homewood Health Center en Guelph, Ontario, que es un hospital de psiquiatría privado. Fui implementando programas de calidad dentro del hospital y recibimos muchos premios, pues estos estaban de acuerdo a los estándares de calidad de las empresas. A través de los años me propuse que este hospital privado ayudara a las personas en diversos aspectos sociales, no solo en la misma ciudad, sino también a nivel nacional e internacional.”

### **¿En qué año se reencuentran y dónde?**

Nos encontramos nuevamente en Chile en los 90, no recuerdo bien la fecha, pero fue por mi formación en el área de calidad y este programa que desarrollamos en el Homewood que nos permitió dar apoyo internacional. Minoletti quería que en salud mental fuera también incorporado este importante aspecto en los servicios de salud comunitarios de su país.

### **¿Cuál fue su labor en Chile?**

En el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 estaba incorporado el aspecto de calidad y trabajé junto a la Dra. Gilda Gneco, realizando un plan que contribuyó mucho a la evolución de calidad en los servicios de salud mental en Chile. Ella era profesora, muy capaz y eficiente, fue el centro, el eje del desarrollo de este proyecto.

### **¿Trabajó directamente con Minoletti?**

Fui liderado por él. Minoletti tenía una gran capacidad para formar equipos y una sutil habilidad para moverse como en un tablero de ajedrez. Yo venía con distintas ideas, pero él sabía muy bien lo que era posible poner en marcha y lo que no. No era el momento de mover esa pieza. Nunca hizo sentir que las ideas

de uno eran impracticables, sino más bien hacía un gesto de duda. Pensé muchas veces cómo convencerlo que esto sí era posible, pero él sabía que se encontraría con muchas trabas burocráticas y resistencias. Tenía que enfrentarse con jefaturas cuyo rol no era técnico sino político y eso lo desafiaba a grandes retos. Algunas veces lo vi que entristecía porque decía que los pasos que se requerían para progresar se veían obstaculizados por egos y resistencias, pero sabía cómo mover cada pieza, a quien recurrir, dónde y cuándo era el momento para mover una de ellas. Era un hombre muy sensible y conocía la naturaleza humana, cuidaba no herir y que nadie sintiera que él estaba haciendo más que otros. Era interesante verlo cómo se manejaba con los que ocupaban altos cargos políticos. Como ejemplo, el Dr. Pérez cita el programa InterRai, de un grupo de investigadores internacionales que desarrollaron instrumentos para hacer evaluaciones a los pacientes, instrumento que se convertía en una base de datos para el cuidado de usuarios para su aplicación en la planificación de servicios.

### **¿Qué pasó con ese programa InterRai?**

Llevé años hablando con él de eso. Me decía que no estamos en el nivel de Canadá y su prioridad era establecer un sistema comunitario para que muchas personas tengan acceso a atención de salud mental. Luego Alberto pensó que era posible hacerlo por etapas, tratando de construir la base y subir el conocimiento hasta el nivel superior, porque su foco era el servicio al pueblo chileno en salud mental en forma comunitaria.

### **Luego, en varias ocasiones usted viaja a Chile para dar conferencias**

Cuando Alberto se convierte en jefe se produjo una gran oportunidad, para la colaboración a nivel internacional. Llegué con la idea de aportar programas y sistemas en salud mental comunitaria, pues Minoletti quería mejorar la situación de calidad en los centros de atención en su país y teníamos los mismos valores. De algún modo también era una forma de expresarle mi gratitud por lo que me ayudó cuando era joven y poder aportar también a América Latina, porque yo soy latino. En mi vida he realizado trabajos con una conexión muy humana y en eso fue extraordinaria la forma en que con Alberto nos conectamos y nos apoyamos. Mi relación profesional y mi gran amistad, además, con Patricia

Narváez, gestora principal en el área de calidad del Departamento de Salud Mental, fue muy importante en mi relación con Chile por muchos años.

### **¿Cuándo fue que se encontraron por última vez?**

Fui a una Escuela de Verano de la Escuela de Salud Pública en el año 2012, cuando ya estaba él en la Universidad de Chile, para dar una conferencia sobre Salud Mental y Licencias Psiquiátricas en el trabajo. En ese seminario se analizaron formas para aumentar el bienestar de los trabajadores y la productividad de las empresas y contribuir a la formulación de políticas públicas sobre salud mental laboral en Chile y al Plan Nacional de Salud Mental. Allí el moderador era Alberto Minoletti, como Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

### **¿Cuál es a su juicio la mayor contribución que hizo Minoletti a la salud mental en Chile y el mundo?**

Su mayor contribución fue el desarrollo de un sistema de salud comunitaria a través de todo Chile. En mi opinión fue un gran modelo para otros países. Por esto organizaciones mundiales de salud como Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, reconocieron su gran capacidad y fue invitado a varios congresos internacionales, a visitar otros países para compartir ese gran modelo. Este desarrollo y su liderazgo convierten a Alberto y a Chile en un referente en la salud mental comunitaria.

### **¿Cómo cree que debe ser recogido su legado por las futuras generaciones?**

Su legado para las futuras generaciones es su gran ejemplo de dedicación al pueblo Chileno desde su aporte profesional respecto de cómo desarrollar con perseverancia programas nacionales con gran impacto en la población.

Recordaré a mi amigo y compañero profesional con mucho aprecio y respeto por su gran dedicación al servicio de los demás, en su éxito al haber sido un campeón de la salud mental en Chile y en su liderazgo dirigido a hacer lo mejor posible por su pueblo chileno, al desarrollar con perseverancia una infraestructura de salud

mental comunitaria a nivel nacional. Alberto hasta luego y gracias por TODO, nos veremos en el futuro donde no tendremos que luchar con burocracias y donde el Bien predominará en el Paraíso Eterno.



**Daba muchas posibilidades  
de actuar, entregaba  
confianza**

*Ximena Rayo Urrutia*

Ximena Rayo Urrutia, Trabajadora Social, titulada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, realizó un magíster en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, motivada por el Dr. Alberto Minoletti, con quien trabajó estrechamente en el MINSAL primero, desde 1991 en el programa “Quiero mi vida sin drogas”, destinado a niños y adolescentes del país. Continuó por más de veinte años en esa repartición estatal, siendo parte del equipo de la Unidad de Salud Mental, que dirige los primeros años el psiquiatra Alfredo Pemjean y posteriormente encabeza el Dr. Alberto Minoletti desde el año 1997, cuando se formó el equipo histórico de la Unidad de Salud Mental, en palabras del propio Minoletti.

Sobre su estilo de jefatura Ximena Rayo dice: “El daba muchas posibilidades de actuar, entregaba confianza. Su norte era la dignidad de los usuarios y creo que todos fuimos creciendo en esa mirada hacia las personas afectadas de enfermedades mentales. Era muy sensible hacia ellos. Era muy exigente con los miembros del equipo, y se molestaba con aquellos que no estaban a la altura de los requerimientos de la tarea”.

Resalta el estilo de quienes llevaron adelante los desafíos de su jefatura: “Éramos un equipo diverso, conformado con profesionales de varias especialidades, fundamentalmente psicólogas, también hubo psiquiatras, enfermera, trabajadora social, sociólogo y una periodista encargada de un órgano de difusión del Plan Nacional, tanto a nivel interno como hacia la opinión pública”.

Fueron áreas muy importantes las que este grupo de profesionales abordó bajo la dirección de Alberto Minoletti, poniendo en valor la salud mental en todo el país. Un logro fundamental fue incorporar la atención de salud mental en todos los establecimientos de atención primaria del país, lo que se terminó de concretar con la incorporación de la Depresión en el AUGGE, hoy GES. Eso hizo una diferencia absoluta y fue creciendo cada vez más, resalta la profesional.

## **¿Cuáles fueron algunos de esos logros?**

Conseguir que la depresión fuera incorporada dentro de las enfermedades que cubre el AUGE/GES, lo mismo que la esquizofrenia y luego alcohol y drogas para adolescentes, y hoy también trastorno bipolar. Actualmente estas cuatro patologías permiten al usuario establecer garantías de acceso, oportunidad, protección financiera, calidad de la atención y entrega de los medicamentos garantizados.

Procuró además que las familias y usuarios tuvieran un rol protagónico en la defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidad mental. Así fue como al alero de la Unidad de Salud Mental del MINSAL nació la Coordinadora nacional de organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de Personas con Enfermedades Mentales Corfausam y me correspondió participar activamente con ellos para empujar el empoderamiento de estos para hacer abogacía de sus derechos.

Otro de los aspectos importantes fue el interés que puso Minoletti en acercar los tratamientos psiquiátricos a la comunidad, de modo que se sustituyera progresivamente la internación en hospitales psiquiátricos, para enfatizar la atención ambulatoria, incorporar camas psiquiátricas en todos los hospitales generales y en la creación de dispositivos cercanos a la comunidad tales como hogares y residencias protegidas, hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial. Le interesaba siempre aumentar el número de dispositivos a lo largo del país para mejorar su acceso a toda la población. Que las personas que estuvieron largos años internadas en hospitales psiquiátricos -tan ajenos a los derechos y la dignidad de las personas- pudieran vivir en un ambiente hogareño inserto en la comunidad como cualquier vecino, con el apoyo requerido para aumentar progresivamente su independencia. Los hospitales de día han permitido por su parte, que las personas con crisis agudas de su patología psiquiátrica puedan recibir los tratamientos adecuados sin desenraizarse de su familia, lo que mejora notablemente su recuperación. Esto se tradujo en que se crearon numerosos hogares protegidos y hospitales de día en todo el país, bajo la supervisión y/o la administración de los Servicios de Salud de cada región del país. Asimismo, hoy día todos los Servicios de Salud del país cuentan con camas psiquiátricas en los hospitales generales, y las personas no tienen que salir de su territorio lejos de su familia para recibir su tratamiento.

## **¿Hubo detractores para estas iniciativas?**

Por cierto. Desde los hospitales psiquiátricos surgió la mayor resistencia, ya que eran éstos los que disponían del mayor número de camas psiquiátricas, fundamentalmente de larga estadía. El que fue y ha sido de la mayor resistencia es el Hospital Phillipe Pinel de Putaendo. Ellos son un elefante blanco que para sustentarse necesitaban que se mantuvieran los pacientes de larga estadía para recibir el financiamiento asociado.

## **El tema de los recursos para salud mental debió ser también uno de sus más importantes desafíos.**

Así es. Siempre procuraba que hubiese más recursos para salud mental. Tuvo ese norte. Consideraba que el país tenía una gran deuda en esta materia, el cual según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000, debía alcanzar a un 5% del presupuesto total de salud en salud mental, cifra que aun en Chile estamos lejos de alcanzar. A modo de ejemplo, Australia destina el 9,6%, Suecia y Nueva Zelanda el 11%.

## **¿Se logró equilibrar los recursos para la creación de más dispositivos comunitarios?**

Efectivamente se logró ir disminuyendo la preponderancia de recursos en los grandes hospitales psiquiátricos, aumentando recursos en la atención de salud mental en los establecimientos de atención primaria, en centros de salud mental comunitaria, hospitales generales, hospitales de día, hogares y residencias. Esto ha sido fundamental pues en salud mental se requiere trabajar con la comunidad, trabajar con los vecinos, trabajar con la familia. Pienso que un tema para seguir ahondando es la necesidad de esta atención en la comunidad. Lamentablemente existe la tendencia, por la formación que reciben, tanto de psicólogos como de psiquiatras a trabajar casi exclusivamente en el box. Este ejercicio todavía cuesta que vaya en retirada. Tal vez sea posible que las futuras generaciones con nuevas formaciones cambien esta mirada, pero es un esfuerzo que están haciendo los equipos de salud mental, tanto a nivel ministerial como en los servicios de salud del país.

### **¿Cuál otra iniciativa recuerda usted que impulsó Alberto Minoletti, mientras fue jefe de la Unidad de Salud Mental del Minsal?**

Muy importante fue la Creación de la Comisión de Protección a las personas con enfermedad mental. En esta comisión había representantes de los servicios clínicos, de los familiares y usuarios, de los colegios profesionales, integrantes de nuestro equipo, y en lo personal también formé parte un buen número de años. Entre sus tareas estaba realizar visitas de supervisión a personas hospitalizadas, tanto cuando se producían denuncias y también por planificación propia. Entre los principales logros de esta comisión ha sido la revisión de aplicación de los estrictos protocolos que existen para la aplicación de psicocirugía y la esterilización de mujeres que tengan una discapacidad por causa psíquica.

### **¿Estas técnicas quirúrgicas siguen siendo una opción terapéutica válida para las personas en tratamiento?**

Este tipo de tratamiento está abolido en muchos países del mundo desarrollado. Por ello, y sólo cuando no han dado resultados un conjunto de otros tratamientos menos invasivos, se podría llegar a aplicar para uno o dos diagnósticos. Esta comisión regula el uso de la esterilización en mujeres con discapacidad mental. Entre las faltas que incluye esta práctica está no considerar la participación e información de la paciente en la decisión, abusar de este tipo de prácticas sin considerar que existen otros tratamientos de prevención de embarazo menos invasivos y reversibles. Asimismo, hay que considerar que, sin los cuidados de la familia, esterilizar a las mujeres con esta condición las hacen más vulnerables a posibles violaciones.

### **¿Qué características humanas destacaría del Dr. Alberto Minoletti?**

Su gran compromiso con los DDHH de las personas con afecciones psíquicas, su rigurosidad, su seriedad y su honestidad. Era muy estudioso y siempre buscando caminos para dar dignidad a los usuarios de salud mental. Era una persona muy íntegra. Fue muy importante en mi desarrollo profesional y hasta hace pocos años trabajé junto a él en dos estudios a cargo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, sobre el desarrollo de los servicios de salud mental en distintas partes del mundo y otro sobre la calidad de la atención de los servicios de salud mental.



**Acogía y valoraba nuestras  
opiniones**

*Miguel Rojas Varela*

Miguel Rojas, quien fuera por varios periodos presidente de Corfausam recalca el compromiso que tuvo el Dr. Alberto Minoletti con los integrantes de la sociedad civil entregándoles “una participación amplia, así, con letra mayúscula” dice. “Yo conocí su compromiso y trabajó mucho en eso”. Como representante de ese sector fue invitado a los numerosos encuentros que se efectuaron para elaborar los contenidos del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría cuyo lanzamiento se produjo en el año 2000.

Por entonces, Miguel Rojas se había convertido en el presidente de la Agrupación de Beneficiarios PRAIS y como tal, conoció a Alberto Minoletti: “Para él era muy natural escuchar a todos. Podía hablar con igual interés con un experto en salud y al rato con un representante de los usuarios y familiares. No hacía diferencia, oía sus propuestas y opiniones con el mismo respeto e interés”.

Producto del exilio, Rojas vivió varios años en Canadá, un país desarrollado donde, dice, se considera la opinión de la gente sobre los proyectos que inciden en la comunidad, donde se interesan cómo percibe la persona común y corriente lo que la sociedad demanda. Cuando volvió a Chile, Rojas ingresó al programa de Reparación PRAIS, porque sintió problemas de adaptación. El Programa había nacido en el año 1991, con el advenimiento de la democracia, con el fin de dar atención psicológica a las víctimas de atropello a los derechos humanos durante la dictadura militar.

“Mensualmente éramos invitados a participar en reuniones con profesionales de la salud mental, entre ellos Ximena Rayo, profesional integrante del equipo del doctor Minoletti, con el fin de proporcionar apoyo a quienes regresábamos del exilio y ayudar a la reinserción en el país, un fenómeno necesario de poner atención”. Por entonces Minoletti se preocupaba de la marcha del programa PRAIS como parte de los programas a cargo de la Unidad de Salud Mental que él dirigía. “Allí lo conocí. Me impresionó su sencillez y amabilidad, intercambiamos experiencia de nuestro coincidente paso por Canadá”.

Miguel Rojas recuerda que el médico psiquiatra lo invitó durante varios años a representar como dirigente de la sociedad civil a distintas reuniones del más alto nivel. Con orgullo recuerda haber formado parte de la elaboración del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, lanzado en el año 2000 en el entonces edificio Diego Portales, hoy Centro Cultural GAM de la capital.

El mismo año del lanzamiento del Plan Nacional, se efectuó en Chile la Conferencia de la Federación Mundial de Salud Mental y donde como representante de los beneficiarios PRAIS también fue invitado a participar activamente con otros integrantes de la sociedad civil. “Fue importante porque nuestra opinión era valorada y recogida. Era una persona que le otorgaba tanto valor al saber académico, como al saber popular, no hacía distinciones y eso me impresionaba” expresa Miguel Rojas.

Para el expresidente de la Corfausam otro hito significativo del legado que deja Minoletti fue el esfuerzo que desplegó para la formación de la Comisión de Derechos de Personas con enfermedades mentales, cuyas dependencias también se instalaron en la Unidad de Salud Mental.

### **¿Cómo los apoyó el Dr. Alberto Minoletti en la creación de la Coordinadora Nacional de Familiares y Usuarios de Salud Mental, Corfausam?**

La Corfausam nació al alero de la Unidad de Salud Mental. Para él era muy importante que usuarios y familiares se organizaran y se empoderaran en sus tareas y demandas. Previo a la Corfausam ya existía la ANAFADIS, que era una asociación de familiares de personas con discapacidad en salud mental, que presidía Georgina Sepúlveda. Al realizarse la Conferencia Mundial de Salud Mental en el año 2000 en Santiago de Chile, se hicieron presente representantes de familiares y usuarios de otras partes del mundo. Allí, éstos nos preguntaron ¿por qué no se juntan y hacen una organización amplia y representativa? En esa asamblea internacional estábamos los beneficiarios PRAIS, ANAFADIS, y también familiares de los pacientes con Alzheimer, Autismo, Esquizofrenia y otros. Nosotros recién comenzábamos a tomarle el peso de lo que requeríamos y que era muy importante organizarnos en grande como usuarios y familiares.

### **¿De qué manera la Unidad de Salud Mental concretó esta iniciativa?**

Minoletti fue un férreo partidario de la asociatividad, y tenía clara la importancia de crear una organización que tuviera una representatividad amplia. Además de apoyarnos como jefe de la Unidad de Salud Mental del MINSAL, para lograr ese objetivo con el respaldo de su equipo de profesionales, que estuvo siempre

a nuestro servicio, nos proporcionó ayuda concreta con un espacio físico para reunirnos en las mismas dependencias donde funcionaba la Unidad de Salud Mental, contando con escritorios, mesas, sillas computadores y hasta con el apoyo de una secretaria. Con esa organización tuvimos mucho más alcance y nos invitó a participar en numerosos encuentros que se hicieron en esos años con personeros de la OPS y de la OMS, incluyendo al Dr. Benedetto Saraceno y otros líderes mundiales de salud mental. Eso ayudó mucho a tener fuerza representativa. Nos enseñó el valor de la asociatividad porque como dice el refrán “La unión hace la fuerza” aunque también nos advirtió que en la medida que fuéramos creciendo debíamos aprender a caminar solos.

### **¿Siguieron teniendo participación de ese nivel con el paso del tiempo?**

Hoy la situación no está tan abierta a la participación de las organizaciones civiles. Hoy es solo discursiva, pero no efectiva. Diría que no se le considera desde la óptica que tenía el Dr. Minoletti. Él humanizó la Salud Mental, nos hizo ver que un dolor de estómago debe ser atendido con el mismo interés que sufre una persona con depresión. Siempre nos enseñó a valorar a los humanos más allá de su diagnóstico, a no mirar de manera peyorativa o discriminatoria a quien tuviese un trastorno psíquico.

El impulsó la creación de la Comisión de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales. Nos ayudó mucho junto a otros médicos del Minsal, el Dr. Fernando Muñoz, Hernán Monasterio y otros. Esta comisión inició su trabajo, bajo la dirección de la Dra. psiquiatra Angélica Monreal, quien fue muy importante en esta primera etapa. Mi participación allí era representar a usuarios y familiares y fuimos avanzando nutridamente en favor de representar los derechos de los pacientes. También había un gobierno sensible a estos temas, era el gobierno de la Dra. Michelle Bachelet y fuimos avanzando en atribuciones, bajo la normativa del reglamento 570.

Fuimos haciendo camino al andar, como dice el poema y muy luego logramos incorporar los derechos de las personas con enfermedades mentales en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, que fue dictada en el año 2012.

Leímos el proyecto y descubrimos que no estaba incorporado el tema de los derechos de los usuarios nuestros y fue así como se elaboró un capítulo

especialmente dedicado a los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental en esa importante normativa legal.

### **¿Esa comisión sigue vigente?**

Así es. Comenzamos con la Dra. Angélica Monreal, fue su precursora y ella abrió camino, junto con Katya Muñoz. Tras su retiro vino después Nina Horwitz. Se fueron creando comisiones a lo largo de todo el país y actualmente la coordinadora de todas ellas, es la abogada Leonor Cifuentes, con una labor muy valorable de todas ellas.

### **El tema de las comunicaciones también que fue importante para él ¿de qué manera lo concretó?**

Diría que fue muy visionario al crear un órgano de difusión, el Boletín de Salud Mental, para que todos se fueran informando de los tratamientos. Este medio, que alcanzó a tener un total de veinte números, daba a conocer lo que se estaba haciendo a través de todo Chile y para nosotros era muy importante porque sabíamos lo que estaba pasando en Chiloé, en Puerto Montt, en Arica, en todas partes y se hacían entrevistas, muchas de ellas a los integrantes de nuestras organizaciones. Fuimos en varias oportunidades parte de su contenido y en torno al desarrollo que íbamos alcanzando en el país.

### **¿Lograr una ley de salud mental para Chile fue además otro de sus objetivos?**

Sí, tuvimos varias reuniones con diversos profesionales a las cuales invitamos incluyendo a parlamentarios para contar con sus opiniones. Pero llegó el momento que vimos que “el horno no estaba para bollos”, es decir no estaba la voluntad política para pasar a una ley de salud mental. A partir de entonces se aceptó considerar la incorporación de la CONAPREM en el reglamento 570, el cual regula los procedimientos y a los establecimientos de internación de las personas con enfermedades mentales, el que fue un instrumento muy necesario y útil para que la comisión nacional comenzara a trabajar por los derechos de estas personas con este instrumento.

Considero vital recalcar la calidad humana de Minoletti. En una oportunidad se informó que yo tenía una dolencia cardíaca y me apoyó abiertamente para que me atendieran los mejores especialistas. Él no era indiferente a lo humano y eso lo retrata. Le gustaba también compartir con la gente, lo jovial y alegre que era cuando había fiestas de fin de año. Eso lo hacía un jefe cercano que se ponía en el lugar debido, de acuerdo con las circunstancias.



**En el Ministerio y en  
el terreno: Siempre  
involucrado en la  
transformación de  
los servicios de salud  
mental hacia el modelo  
comunitario**

*Mauricio Gómez Chamorro*

Con el retorno a la democracia, el Dr. Alberto Minoletti se integró a trabajar de forma protagónica en el desarrollo de la salud mental pública del país. Primero bajo el liderazgo de Alfredo Pemjean, en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud y luego bajo su propia conducción, en 1997, cuando asume como jefe de esa unidad.

Desde el año 1990 en el Hospital Psiquiátrico El Peral se suceden procesos de transformación, no exentos de conflictos y resistencia. Un hospital creado como sanatorio open door en 1928 y que devino en un lugar donde llegaban las personas consideradas irrecuperables por la psiquiatría manicomial, sometidas a condiciones de vida de pobreza, hacinamiento e institucionalización que contradecían por completo el propósito inicial de su creación. Con todo, en este hospital ocurren en su historia interesantes experiencias pioneras de rehabilitación e inclusión, la mayoría abortadas por conflictos institucionales derivadas de resistencias a la transformación. En la década del 90 se suceden nuevas experiencias, inicialmente con el liderazgo del Dr. Martín Cordero y la dirección de Dra. Haydee López, luego del Dr. Claudio Fuentealba y el Dr. Mauricio Gómez, quien en 1998 asume como director.

A fines de la década del 90 se inicia la formulación del 2º Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, proceso que fue sinérgico con el proceso del hospital y su Plan Estratégico de 1998, orientado a la reconversión comunitaria de la institución.

Gómez señala cómo ese Plan Nacional refleja muy bien el espíritu de trabajo que tuvo Alberto Minoletti, subraya las dificultades que subyacen en estos procesos de transformación psiquiátrica.

### **¿Cómo recuerda esa experiencia?**

Fue un proceso muy participativo, se movilizó mucha gente. Recuerdo que su presentación pública fue en el edificio Diego Portales y que convocó a muchos cientos de personas, con diversas comisiones de trabajo, discutiendo hasta el último momento. Fue un proceso donde se fertilizó mucho la asociatividad de las organizaciones, particularmente las de usuarios y familiares y durante su desarrollo se produjo un fuerte énfasis en los liderazgos técnicos y en la construcción de una masa crítica por los cambios.

### **Debió ser complejo poner en marcha un Plan de esta envergadura...**

Fue difícil, no en lo técnico, ya que se contaba con variada experiencia en el ámbito internacional sobre transformación psiquiátrica, pero sí en las variables políticas, sociales, gremiales, la resistencia del *establishment*, la resistencia a las transformaciones y al modo de hacer salud mental y psiquiatría. Alberto Minoletti fue hábil en sortear esas dificultades, y la construcción del plan fue un proceso que estuvo bastante orientado a ello. Asimismo, destacaría el proceso iniciado con el Primer Plan Nacional de Salud Mental, bajo la dirección del Dr. Alfredo Pemjean en la Unidad de Salud Mental del MINSAL. En ello Chile tiene una ventaja y una virtud, en el sentido de que los tres planes de salud mental que surgen desde el retorno a la democracia tienen una unidad conceptual y estratégica notable, no hay contradicciones desde el plan del noventa y tres y hasta el plan del 2017. Eso es bueno, porque esta construcción sucesiva le ha dado continuidad a la política pública pese a las falencias que ha tenido.

En la construcción del plan se llegó al modelo de red, ese dibujo que es la red de salud comunitaria, que está en el plan nacional del 2000, que es como una tela de araña, donde está al centro la Atención Primaria y los centros de salud mental comunitarios, que fue muy discutido. Recuerdo que le decíamos a Alberto: ¿Cuál es el “mono” (dibujo)? y fue un proceso muy interesante de discusión. Creo es un “mono” que no está obsoleto y que representa muy bien lo que buscamos.

### **¿Cómo fue el proceso de transformación del Hospital El Peral?**

El proceso de El Peral se inicia a partir de 1990 pero aún no me correspondía asumir la dirección, entonces era médico tratante, luego fui jefe de servicio de larga estadía y después subdirector médico. Hubo desarrollos interesantes con el impulso del Dr. Martín Cordero y siendo directora la Dra. Haydee López, que generaron enormes resistencias y éxodo de profesionales. Bajo la dirección del Dr. Claudio Fuentealba se siguen nuevos avances, diría que se fueron generando las condiciones para lo que vendría después. De hecho, por poner un ejemplo, en el Hospital El Peral se inician los hogares para la desinstitucionalización de residentes de larga estadía desde 1994, hogares sustitutos se llamaron.

En 1998 se me pide asumir la dirección del hospital, en ese tiempo el Dr. Mario

Salcedo dirigía el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), del cual dependía el hospital. Ese año se diseñó participativamente el Plan Estratégico del Hospital El Peral y se convoca a una Primera Jornada de Psiquiatría Comunitaria en las propias dependencias del hospital. Fue una jornada masiva con participación de profesionales y técnicos del hospital y de la red del SSMS, de otros territorios del país y del Ministerio de Salud. En esa jornada escribimos y suscribimos un manifiesto que lo firmó el Dr. Juan Marconi, entre otros importantes líderes de salud mental de la época. En dicho manifiesto se tomaba posición para la superación de los hospitales psiquiátricos y la construcción de una red comunitaria de salud mental integrada a la salud general, con la participación del conjunto del Estado y la sociedad, centrado en los derechos de las personas afectadas por condiciones de salud mental y discapacidad. Personas relevantes para este proceso fueron Ximena Peñailillo, Mario Villanueva, Irma Rojas, jefa del programa de salud mental del SSMS y por cierto el Dr. Alberto Minoletti que participó de estas jornadas. Fue destacable también como se involucraron muchos familiares que se había nucleado en la AFAPS, organización nacida durante la dirección anterior y que resultó ser de gran apoyo para el proceso de egreso a hogares en la comunidad.

La segunda jornada de psiquiatría comunitaria fue en 1999 y se llamó de “Intersectorialidad”, también dentro del hospital psiquiátrico El Peral. A esa jornada invitamos a representantes de los más diversos sectores del Estado, ministerios y municipios, comprobamos la inmensa carencia de voluntad intersectorial de nuestro país, en especial para la inmensa tarea en que nos habíamos embarcado, la superación del modelo manicomial y la construcción de una salud mental comunitaria inclusiva. En esa jornada, recuerdo que “convencimos” a Alberto Minoletti, de que el plan debía tener un capítulo de intersectorialidad, porque no tenía. Alberto era capaz de integrar las diversas opiniones e insumos que venían desde afuera y hacerlos propios. Era una persona que escuchaba, se convencía, se hacía cargo y se dedicaba a la tarea, eso es un mérito muy importante. Este fue un período muy intenso al interior del hospital que se imbricó con la formulación del Plan Nacional.

Otro hecho que ejemplifica el espíritu de Alberto Minoletti fue que posteriormente estas jornadas continuaron, pero fuera del hospital, en colaboración con el equipo de Alberto, la Fundación Rostros Nuevos con

Benito Baranda, Paulo Egenau, María Isabel Robles entre otras personas y organizaciones. Para entonces, nosotros coorganizábamos esa actividad, que ya tenía una extensión mayor e invitados internacionales.

### **¿Cómo surgió el área de demostración en el Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago?**

Esa fue una decisión estratégica que tomó Minoletti en la formulación del Plan Nacional, al emular algo que se ha hecho en otros países, que es generar un área de demostración para la realización del Plan Nacional de Salud Mental. Recuerdo que llamó a que distintas áreas y territorios de salud del país postularan como área de demostración del plan nacional, en la cual el Ministerio, si bien desarrollaría esfuerzos simultáneos en todo el país para la implementación del plan, pondría una dedicación especial en esta área para demostrar que esto era posible. Nosotros como Servicio Metropolitano de Salud Sur tuvimos la fortuna de ganar esa postulación, y el SSMS se transformó en área de demostración. Creo que las razones para eso fueron básicamente dos o tres: La historia del Servicio de Salud Sur donde se destacó la tarea del doctor Juan Marconi y su labor pionera en psiquiatría comunitaria antes de la dictadura; en el hospital base, Hospital Barros Luco, había además un servicio de psiquiatría ambulatoria con psiquiatras y algunas camas de psiquiatría en la Urgencia y existía un Hospital Psiquiátrico –“El Peral”- incluido en sus dispositivos y disponible para los cambios dentro del programa de salud mental del servicio sur y de su propio plan estratégico recién formulado. Todo esto nos permitió, como servicio sur, ser área de demostración. A mi modo de ver, el SSMS y el Hospital El Peral respondieron con creces al desafío. Lamentablemente esa actitud no se manifestó en todos los hospitales. La decisión de cambios radicales, de reducción de tamaño, de reconversión de recursos fue resistida en los otros.

### **¿Qué implicaba ser área de demostración?**

Una etapa de mucho trabajo, no sólo con el Hospital El Peral, era con toda

la red del SSMS, en ese tiempo estaba el liderazgo de las profesionales Irma Rojas y luego Claudia Carniglia, y otras personas como Rafael Sepúlveda que estaba en el Hospital Barros Luco a cargo del servicio de psiquiatría. Es difícil mencionar a todos quienes participaron en este proceso, fueron cientos, ya muy participativos. Tanto en la formulación del Plan de Salud Mental del SSMS, del Plan Estratégico del Peral y en los grupos de trabajo para la implementación del Área de Demostración.

Se inició todo el proceso de creación de hogares y tiempo después, de residencias protegidas con soporte del Ministerio de Salud y recursos del seguro público (FONASA). Fue una decisión que sigue siendo discutida, no por su mérito, sino porque radica en salud. Estos servicios idealmente no deberían haberse radicado en salud, pues se trata de una política social como ocurre en países de Europa, donde están a cargo de los servicios sociales, por ejemplo, en España los hogares y residencias protegidas han radicado en ministerios sociales y en Inglaterra también. El Dr. Alberto Minoletti en ese sentido era bastante pragmático y se dio cuenta que en Chile nadie se iba a hacer cargo de esto, porque ni siquiera existían los ministerios sociales y tampoco se han hecho cargo ahora que tenemos ministerios sociales. Creo que fue una decisión bastante visionaria la suya de haber implementado desde el FONASA, la prestación de hospital de día y luego de residencia protegida, se puede decir que engañosa en el sentido de que no es una prestación de salud propiamente tal, sino que es una prestación social que hasta ahora se ha mantenido financiada por salud.

Por ello, esa experiencia de haber sido área de demostración y en particular por haber estado en la dirección del Hospital El Peral, me permitió una relación cercana con Minoletti y su equipo, en el cual no se puede dejar de destacar el trabajo de Ximena Rayo, Patricia Jiménez y muchos otros. Teníamos mesas de trabajo continuas, obviamente sobre cómo avanzaba la reconversión del Hospital El Peral; de cómo transferíamos recursos a la red general de salud; al Hospital Barros Luco, a los hogares protegidos, a las residencias. También eran frecuentes la participación de Alberto Minoletti y su equipo en el propio hospital, en reuniones con el personal, en la colaboración en la resolución de conflictos, frecuentes por la resistencia a la transformación institucional. Es muy importante mencionar la colaboración internacional mediada por OPS, numerosos consultores especializados en salud mental apoyaron los procesos

de transformación regional en Latinoamérica y el caribe, en Chile y en El Peral. Muy significativos para El Peral fueron Francisco “Paco” Torres de España, Willians Valentini de Brasil y Hugo Cohen de Argentina, entre otros. De ello derivó que profesionales y técnicos del hospital pudieran acceder a conocer experiencias de otros países.

### **¿Qué resaltaría como lo más significativo del Plan Nacional?**

El Plan Nacional del año 2000 tiene un gran mérito en el desarrollo de servicios de salud mental en la red general de salud en todo el país, con particular énfasis en la salud mental en atención primaria, el desarrollo de equipos de especialidad ambulatoria en centros de salud mental comunitaria, hospitales de día y unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Muy significativa ha sido la desinstitucionalización porque se logró egresar a cerca del 70 por ciento de la población institucionalizada. Fue un logro muy grande. Ha sido un proceso apoyado y responsable, sin abandono. Por desgracia ha contado con poco apoyo de otros sectores del Estado, lo que ha afectado la efectiva inclusión social de las personas en muchos casos. En los últimos años el proceso de desinstitucionalización ha estado bastante detenido, yo diría que en parte porque las personas que podían egresar a los hogares y residencias que conocíamos, fueron las que salieron y quedó población con muchas más dificultades de egreso, como adultos mayores, personas con discapacidad intelectual profunda, etcétera. Pero por desgracia también ha habido instituciones psiquiátricas donde se ha resistido mucho al cambio y la desinstitucionalización y hay muchas personas que pudiendo egresar no pudieron hacerlo por falta de voluntad de las instituciones. Hay un gran desafío pendiente que espero se pueda resolver luego.

### **¿Qué fueron las jornadas de Rehabilitación?**

Eran jornadas de uno o más días de duración que impulsó la Unidad de Salud Mental del Ministerio, se hacían todos los años y reunían a los equipos de salud mental de todo el país que trabajaban en la rehabilitación psicosocial en los hospitales, en los centros comunitarios y en la comunidad. Allí se intercambiaban experiencias, se hacían actividades programáticas, se hacía camaradería y se generaba red. Creo que fueron muy importantes en potenciar la red de salud

mental comunitaria, generar lazos y espíritu de participación y pertenencia, en tiempos en que el proceso era aún incipiente y la mayoría de los equipos estaban en formación. Involucraban a organizaciones de usuarios y familiares.

Otro aspecto muy destacable durante el liderazgo de Alberto Minoletti fue el Boletín de Salud Mental que durante años acompañó el proceso de implementación del Plan Nacional, a cargo de la periodista Silvia Yermani quien registró y comunicó los avances y desafíos.

Además, otro aspecto importante fueron los desarrollos normativos, el reglamento 570 y lo que se hizo en el ámbito de la psicocirugía, esto último fue un desarrollo en que reconozco parte de paternidad, en el sentido de que, desde la Dirección del Peral, el año 1998, dimos la alerta de que se estaba solicitando realizar psicocirugía en el Hospital Horwitz para usuarios con enfermedades psiquiátricas, sin su consentimiento y para indicaciones que no estaban validadas. Alberto acogió el tema y generó la Comisión Nacional de Psicocirugía que fue la que hizo un desarrollo normativo que permitió que ello saliera del ámbito de la psiquiatría y pasara a la neurocirugía, saliera del Hospital Psiquiátrico Horwitz al Hospital San José, que se regularan las indicaciones y que finalmente terminara bajo la supervisión de la Comisión Nacional de Protección de Personas con Enfermedad Mentales.

*Alberto cumplió con creces con su papel de liderazgo en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Se exigió y exigió a su equipo, convencido de la relevancia de las tareas por realizar. Avanzó incansablemente en múltiples frentes, estuvo en el Ministerio, pero también en el terreno, construyendo alianzas, impulsando procesos locales y apoyándolos comprometidamente. Así profundizó la tarea iniciada en 1990 por Alfredo Pemjean y consolidó el posicionamiento de la Salud Mental entre las temáticas ineludibles para la autoridad y para el país.*

*Identificó áreas claves, tales como el desarrollo de recursos humanos y la calidad de los servicios, iniciando procesos de desarrollo al respecto que no siempre tuvieron el apoyo necesario para su incorporación orgánica a las líneas de trabajo ministeriales. Muchas veces debió ceder y buscar alternativas. Otras tantas dejar suspendidas iniciativas que luego retomó por vías diferentes. Las autoridades principales del Ministerio de Salud no fueron fáciles de convencer, pero el trabajo ordenado y contundente de Alberto y su equipo lograron que la Salud Mental estuviera incluida en políticas claves, tales como el Programa de Garantías Explícitas de Salud, lo que de no haber sido así habría significado una importante postergación del tema.*

*Ximena Rayo nos habla de la dinámica en su equipo en el Ministerio y describe su relación de colaboración, un ejemplo importante de varias que Alberto mantuvo por años. Miguel Rojas nos ilustra sobre la importancia que Alberto concedía y del apoyo que siempre dio a la participación de las organizaciones sociales de Salud Mental. Mauricio Gómez describe con detalle el involucramiento de Alberto en iniciativas concretas en espacios locales, claves para el avance del modelo comunitario en salud mental.*

