



Alberto Minoletti

el vuelo de un grande

Alberto Minoletti - *El vuelo de un grande*

Archivo Digital: descarga y online

ISBN: 978-956-19-1230-4

Primera edición, octubre 2021

Política de Acceso Abierto y Derechos

La RChSP adhiere a una política de acceso abierto al conocimiento, por lo que permite el libre acceso a todos sus contenidos y reconoce el derecho de autoría y la conservación de los derechos de publicación de los creadores sin restricciones, bajo la licencia Creative Commons de atribución - no comercial y sin derivar.

Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



Comité Editor

Olga Toro Devia

Carlos Madariaga Araya

Rafael Sepúlveda Jara

**Producción y Redacción
Periodística**

Silvia Yermani Valenzuela

Diseño y Diagramación

Paola Videla Lagos

Fotografías de Aves

Alberto Minoletti Scaramelli

Fotografía de portada

Fernando Díaz Segovia

Autores/as Capítulo *Alberto*

Andrea Minoletti

Marissa Minoletti

Gilda Minoletti

Guido Minoletti

Marcela Huepe

Alfredo Pemjean

Autores/as entrevistas

José Caldas de Almeida

Leonor Cifuentes

Hugo Cohen

Yuri Cutipé

Paulo Egenau

Mauricio Gómez

Verónica Iglesias

Itzhak Levav

Carlos Madariaga

Edgardo Pérez

Ximena Rayo

Jorge Rodríguez

Miguel Rojas

Benedetto Saraceno

Sara Schilling

Zvi Tacussis

Francisco Torres

Carlos Vásquez



Edición especial:

Alberto Minoletti - *El vuelo de un grande*

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile

Av. Independencia 939, Santiago de Chile

Fono (56) 22 9786967

revistasp@med.uchile.cl

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

ISBN: 978-956-19-1230-4

Primera edición, octubre 2021



*En la piedra asaltada
por los pájaros
se adelantó el secreto:
piedra, humedad, estiércol, soledad,
fermentarán y bajo el sol sangriento
nacerán arenosas criaturas
que alguna vez regresarán volando
hacia la huracanada luz del frío,
hacia los pies antárticos de Chile.*

Pablo Neruda

Arte de pájaros

Índice

Comité Editor	3
Autores/as	4
Epígrafe: Pablo Neruda	6
Índice	8
El legado de Alberto	9
Capítulo I: Alberto	13
Capítulo II: Impulsor de la Salud Mental Comunitaria en Chile	24
Capítulo III: Salud Mental, Derechos Humanos y Ciudadanía	53
Capítulo IV: Maestro y Aprendiz de la Universidad de Chile	75
Capítulo V: Figura Internacional y Trascendente de la Salud Mental Comunitaria	112
Epílogo: El vuelo de un grande	157
Acerca de los/as Autores/as	158

El Legado de Alberto

Este libro nace del profundo respeto y admiración que sentimos por el trabajo riguroso, ético y humano a favor de la salud mental. Nace por el compromiso con la dignidad de las personas que han experimentado problemas y padecimientos en su salud mental. Este libro nace también de la necesidad de rescatar el legado de ese compromiso para las futuras generaciones que asuman los sueños de un país inclusivo, capaz de erradicar la discriminación y el estigma de la enfermedad mental. Finalmente, este libro es fruto de los valiosos años de experiencia que hemos ido acumulando en este campo de la salud, pues nunca está de más recordarnos cómo ha sido la historia de la reforma psiquiátrica en Chile, con sus dificultades, logros y porfías, pensando y actuando siempre sobre aquello que vale la pena construir en favor del desarrollo humano. Este libro trata sobre Alberto Minoletti Scaramelli.

En su primer capítulo muestra a Alberto desde su perspectiva más íntima. Sus últimas semanas antes de fallecer, en medio de la pandemia del Covid-19. Relata su llegada al mundo en Santiago en enero de 1944, su infancia y su periodo de joven estudiante de medicina, sus años de exilio en Canadá, hasta convertirse en el médico egresado de la Universidad de Chile, dedicando su vida entera al servicio público para la transformación de las condiciones de vida de las personas con enfermedades mentales. Es un capítulo que se construye desde su familia más cercana, quienes generosamente nos regalan una parte de la faceta más desconocida de Alberto. Mi especial agradecimiento a sus hijas Andrea y Marissa Minoletti, articuladoras de esa generosidad.

En los siguientes capítulos del libro, se reconstruye la historia a partir de entrevistas a personas provenientes de diversas etapas de la vida de Alberto. Personas con las que él trabajó y dejó profundos afectos, relatos que se vierten en el texto como testimonio del legado reconocido.

En 2019, cuando inició su proceso de evaluación de la carrera académica que lo llevó a ser reconocido como Profesor Titular de la Universidad de Chile, Alberto ya contaba con más de 40 artículos en revistas científicas internacionales, 14 artículos en revistas nacionales, 5 libros y 22 capítulos de libros. Asimismo,

había participado en 16 proyectos de investigación concursables, en más de 100 congresos científicos, y como expositor en más de 40 conferencias internacionales. Había impartido docencia en programas formales universitarios en Chile, India, Portugal y Canadá.

En el área de divulgación fue invitado a compartir experiencias y conocimientos por el Ministerio de Salud del Perú; Ministerio de Salud Pública de Ecuador; la Red de Servicios Básicos en Salud de Colombia; la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; el Instituto Nacional de Psiquiatría de México; la Universidad de Luterana do Brasil; el Douglas Mental Health University Institute de Canadá; entre tantos otros.

A esta prolífica e influyente producción académica, hay que agregar las innumerables contribuciones a documentos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud sobre políticas y organización de servicios de salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos, así como visitas de cooperación a diferentes países del mundo impulsadas por estos organismos internacionales.

El profesor Minoletti lideró la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile en la primera década del 2000, período en el cual se vivieron procesos de política pública claves hacia la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, en concordancia con el desarrollo de servicios de atención de salud mental en la comunidad, la atención primaria, los hospitales generales y las viviendas con apoyo.

El trabajo de Alberto es quizá el más trascendente en el desarrollo de políticas públicas sobre salud mental en Chile, con una gran influencia también a nivel internacional.

Más allá de su incansable y multifacética labor, Alberto es reconocido por su calidad humana. Descrito como un hombre respetuoso, sencillo, dialogante, alegre, generoso, honesto y solidario, que muestran al ser coherente al sentir, pensar y actuar.

Alberto ha sido un maestro. Para los miembros del equipo del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, su pérdida ha sido un duro golpe. Como forma de retribuir su invaluable aporte al desarrollo de la reforma psiquiátrica y la salud mental, los integrantes del programa decidimos que era crucial dejar

registro de su trayectoria; sentimos que es parte de nuestra responsabilidad compartir un testimonio histórico de su legado. En el período final de su vida académica, el equipo del programa de salud mental estaba constituido por los profesores Rubén Alvarado, Rafael Sepúlveda, Carlos Madariaga, Esteban Encina, Gonzalo Soto, Eric Tapia, y quien suscribe, Olga Toro. También trabajaban colaborando administrativamente con el programa Pamela Sánchez y Priscilla Pino. De forma inmediata recibimos el apoyo y compromiso de la Dirección de la Escuela de Salud Pública, para exponer su legado, a través de su directora, Dra. Verónica Iglesias Álamos.

La meta autoimpuesta era un desafío mayor, y se concretó en dos líneas de acción. Una de ellas orientada a acopiar y mantener una base de la producción escrita de Alberto disponible para toda persona que lo requiera. La segunda, esta publicación, que da cuenta de quién fue él y cómo marcó la vida de muchas personas, así como mostrara la relevancia de su contribución al país. Para mostrar este legado, tal como he señalado, decidimos que fuera relatado a través de la voz de personas con las que trabajó a lo largo de su vida, principalmente en su etapa de formación, en el Ministerio de Salud, en la cooperación internacional y en la Universidad de Chile. Desde múltiples voces se construye la figura de Alberto en forma transparente y radical. Esas voces son los y las autores de este libro. Esto fue posible gracias al trabajo de Silvia Yermani, periodista, quien formó parte por varios años de su equipo en el Ministerio de Salud, difundiendo el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Tenemos claro que la trayectoria y legado de Alberto es imposible de resumir en este escrito. Nuestro anhelo es que este libro sea una puerta de entrada para conocer a este maestro.

Tenemos la convicción que tiene mucho que enseñarnos aún, y que pasarán muchos años antes de dimensionar la grandeza de su contribución.

Olga Toro Devia

Coordinadora Programa Salud Mental
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Octubre, 2021



Capítulo I

Alberto



Un 22 de septiembre del año 2020, en plena pandemia del Covid 19, partió un grande. Alzó el vuelo con sigilo, como lo hacían las aves que solía fotografiar y perder de vista en lontananza. Un agresivo cáncer a comienzos de ese año despojó en pocos meses la energía y dedicación que durante toda su trayectoria profesional puso al servicio público y a la población afectada por patologías mentales. Sin proponérselo, el médico psiquiatra Alberto Minoletti Scaramelli, se convirtió en una figura emblemática en el área de la salud mental en Chile, Latinoamérica y el mundo. Su trabajo silencioso, metódico y disciplinado lo llevó a ocupar altos cargos en el Ministerio de Salud, en la academia como docente en la Universidad de Chile y a nivel internacional en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejando un legado sin precedentes con la transformación del modelo manicomial en Chile, dando paso a una amplia red de atención comunitaria a personas con enfermedades mentales.

En la década del 60 y mientras estudiaba medicina en la Universidad de Chile contrajo matrimonio con Diana, unión de la cual nacieron sus hijas Marissa y Andrea.

Internado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, sus últimos días transcurrieron dolorosamente en el frío invierno del año 2020. La crisis sanitaria imperante en el país y el mundo obligó a su familia a guardar estrictos protocolos para visitarlo. Su hija mayor Marissa Minoletti recuerda: “debíamos ingresar de a uno, llevando gorro, mascarilla, bata y guantes quirúrgicos, todo lo cual impedía incluso sentir la piel de sus manos en las nuestras”.

Mientras estuvo en el hospital, ambas hijas se turnaban para cuidarlo con esmero, lo que permitió acompañarlo hasta su deceso, el mismo día de esa primavera que comenzaba en el hemisferio sur. Contaba con 76 años y su sorpresiva muerte remeció profundamente el corazón de los que hicieron parte de su ruta.

Durante esos días grises de hospital, Alberto lamentaba no poder avanzar en sus labores docentes y de investigaciones que realizaba con entusiasmo para la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, donde sus últimos diez años se incorporó como académico en los Diplomados y Magister en Salud Mental Comunitaria. Dos semanas antes de su muerte, y mientras se mantuvo consciente, tuvo una oportunidad realmente asombrosa. Pudo despedirse de innumerables personas quienes, al enterarse de su delicado estado de salud, le hicieron llegar correos electrónicos y grabaciones donde le saludaban y alentaban con fraternales mensajes. “Estuvo lúcido esas últimas dos semanas de vida y respondió a varios de ellos dentro de lo que sus fuerzas se lo permitían. Creo que eso le ayudó a partir, sabiendo el inmenso cariño que le sentían tantas personas” precisa su hija Marissa.

Andrea, su hija menor lo recuerda como un papá preocupado y sobreprotector. Se hacía tiempo para llevarlas a los juegos infantiles en Canadá o ayudarlas en las tareas cuando ya eran estudiantes del ciclo básico en Chile. Las dejó decidir por sí mismas qué carrera seguir y Marissa se tituló de psicóloga, mientras Andrea fue médica veterinaria.

Ambas nacieron en Canadá, luego que la dictadura militar chilena lo enviara al exilio en 1973, obligándolo a salir del país junto a su esposa. Al respecto, su colega y gran amigo desde sus años de estudiante de medicina, Dr. Alfredo Pemjean, relata que, tras el golpe militar de 1973, Alberto fue detenido en la ciudad de Antofagasta, al norte de Chile, donde ambos trabajaban en un proyecto de apoyo médico en salud mental a la comunidad. Fue sacado de su casa y encarcelado por un período de alrededor de tres meses. Luego, fue relegado a Traiguén y más tarde a Chillán, ambas localidades al sur del país.

Alfredo Pemjean destaca el temple de Alberto para adaptarse positivamente a esa dura realidad. A modo de combatir el tedio, solicitó pelotas de tenis para hacer ejercicios haciéndolas rebotar en las paredes de la celda, y también muy pronto tenía grupos de gendarmes y de prisioneros en reuniones sobre el reconocimiento

y la prevención del alcoholismo. Añade que no se sabía con claridad las causales de las detenciones en ese tiempo y fue estigmatizado con varios de los epítetos entonces circulantes: comunista, antipatriota, marxista, insurgente. Pemjean hace hincapié en lo importante que fue Canadá para la vida y formación de Alberto. Allá se gestaron y nacieron sus dos hijas. Debió renovar su título de médico y el de especialista mediante una beca en Psiquiatría en la Facultad de Medicina en la Universidad de Ottawa, finalizando con Distinción Máxima. Ambas empresas no fueron fáciles y las sorteó con honores. Probablemente también, fueron años que le confirmaron su valor personal y profesional, lo que luego fue determinante para su desarrollo como gestor de grandes iniciativas en el Ministerio de Salud en Chile.

Aunque la gran dedicación de su vida estuvo puesta en su profesión, con un trabajo organizado y riguroso para contribuir a la elaboración de políticas de salud mental para población chilena y mundial, nunca dejó de compartir con su familia, especialmente en ocasiones importantes como aniversarios, navidades, cumpleaños o vacaciones. Un hermoso acontecimiento a su edad adulta fue el nacimiento de su nieta Emilia, la que al partir su *Nonno*, solo contaba con cuatro años de edad.

Tío Alberto

Un gran pasatiempo de Alberto fue el ajedrez, juego que lo practicó desde su juventud como estudiante, luego en Canadá y los primeros años de regreso a Chile, en la década de los 80, con un sistema increíble, pues dice Marissa, eran jugadas por correspondencia. Cada carta que enviaba era una jugada y cada una de las que recibía era otra. Eso podía tomar meses e incluso años. Este juego de estrategia fue también un fuerte aliado para Alberto cuando la dictadura militar lo confinó a pena de relegación a la localidad de Chillán. Allí, una tarde en la plaza de armas de la ciudad se reunió con unos primos que residían en esa ciudad. Estos, lo invitaron a vivir en su hogar para hacer menos difícil el momento que atravesaba junto a su esposa. Su sobrina, Marcela Huepe Minoletti, recordó este hito importante en la historia de la familia. Fue la ocasión en la que el tío Alberto se dedicó cada tarde a impartirles lecciones de ajedrez a sus sobrinos Hugo y Claudia, ambos pequeños que no superaban

los diez años. “Tuvo una enorme paciencia y les ayudó a dominar un juego que exige mucha rapidez mental e inteligencia”.

Otra gran diversión que adoptó con los años fue el avistamiento de aves, un pasatiempo al que se entregaba con todo, estudiando la enorme variedad de especies de pájaros que habitan el planeta y fotografiándolas en los lugares más recónditos donde se les puede avistar.

“Fue siempre muy mateo”, coinciden ambas hijas pues todo lo que despertara su interés, lo estudiaba de manera minuciosa, comprando libros e ilustrándose en profundidad en las materias que buscaba aprender. Andrea y su pareja, especialistas en la observación de estas especies, fueron quienes alentaron su entusiasmo por el mágico mundo de las aves y compartieron diversas expediciones en familia, por distintos humedales en costas, cumbres o áreas silvestres, donde Minoletti lograba divisar cercanamente a las aves y vivir una extraordinaria aventura con sus cantos y coloridos.

Tito, el menor de tres

Alberto fue el menor y tercero de los hermanos Minoletti-Scaramelli. Guido su hermano mayor cuenta que fue el único de los tres que tuvo el privilegio de nacer en una clínica, pues su hermana Gilda y él fueron dados a luz en casa, como se estilaba entonces. Con emoción Gilda recuerda que mamá les presentó a ambos un bebé de mirada azul intensa al que llamaron Tito, como diminutivo de Alberto. Tranquilo, observador, creció en el barrio de Avenida Matta sur, en una casona grande, donde solía mirar por horas las hileras de hormigas, jugar a la pelota con su hermano mayor por 6 años y en una oportunidad comerse a escondidas una caja de galletas, porque era un goloso, resalta Gilda. Una infancia feliz, en la que recibió los mimos de sus padres y particularmente de su hermana Gilda: “Era mi niñito regalón. Me encantaba tenerlo en brazos, mirar sus ojos azules y tomarle sus manos inquietas. Parecía un muñeco”, dice su hermana evocando esos tiempos.

El hermano Guido le enseñó a leer con solo cinco años de edad. Siempre fue muy callado, a diferencia de Guido que gustaba de cantar y era entonado, pero Tito no, él era muy desafinado, coinciden los hermanos, entre sonrisas. Guido se

graduó de dentista, pero el amor y pasión por la música lo llevó a convertirse en un destacado director coral. El parecido físico entre ambos llevó a permanentes confusiones a mucha gente y nunca faltó quienes a Alberto le saludaran en la calle con un “buenas tardes, maestro” y a Guido con otro “buenas tardes, doctor”.

El origen de la familia Minoletti-Scaramelli, es algo difuso, aunque sus padres nacieron en Santiago de Chile. Según ha dicho su hermano Guido, el abuelo paterno era chileno, hijo de italiano, casado con chilena. La abuela materna era de Turín, Italia. Los abuelos maternos llegaron con la inmigración italiana (1904-1905) a Capitán Pastene al sur de Chile y luego se trasladaron a Santiago. Fue en el verano del año 1944, cuando nació Alberto. En Chile ejercía la presidencia Juan Antonio Ríos y el mundo se encontraba en los umbrales del fin de la Segunda Guerra Mundial. Su formación escolar fue en el emblemático Liceo de Aplicación, de carácter público, reconocido por su excelencia y prestigio. Su hermano Guido dice que se vio obligado por su padre a estudiar Odontología pues éste quería que sus hijos decidieran por una carrera con porvenir económico. Nunca se sabrá si fue ese consejo del papá por el cual Alberto por su parte siguió la carrera Medicina, pero el joven desde siempre mostró inquietudes en el ámbito social, que lo llevó a especializarse en la Psiquiatría Comunitaria.

Compañeros de ruta



De ello fue testigo directo el psiquiatra Alfredo Pemjean, su compañero de ruta, cuando se conocieron en 1961 en primer año de Medicina de la Universidad de Chile. Ambos provenían de liceos públicos, Alberto del Liceo de Aplicación y Alfredo Pemjean del Liceo Lastarria. Alberto, dice Pemjean era un estudiante alegre, sociable, divertido, querido y por cierto muy respetado. “Nuestro primer encuentro más cercano ocurre en sexto año en 1966 después del

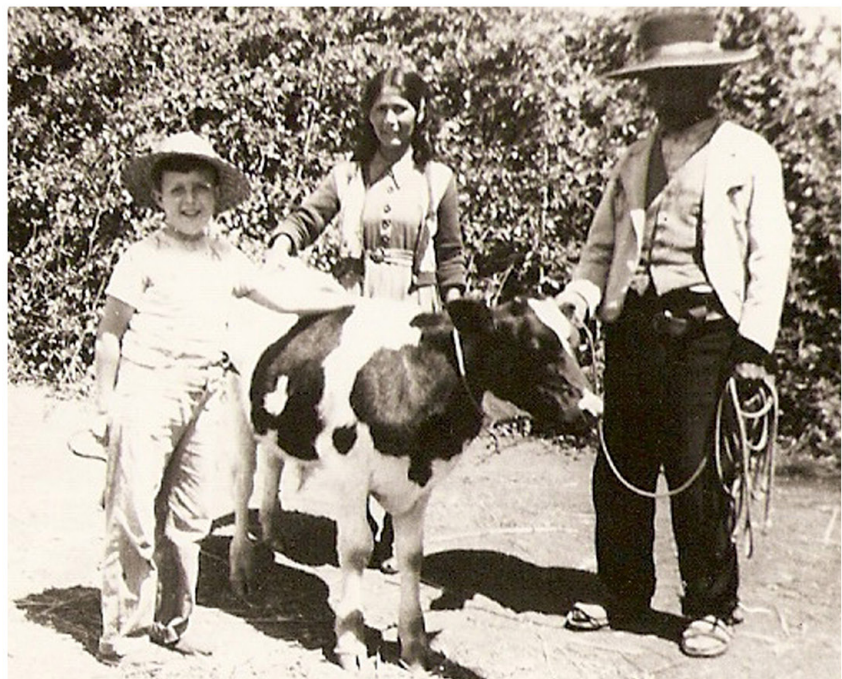
curso de psiquiatría en quinto año, marcador y transformador de muchos de nosotros. Coincidimos con un profesor poco conocido entonces, el más joven de la facultad, tenía sólo 36 o 37 años, el profesor Juan Marconi Tassara, quien tuvo un rol de mentor en ambos”.

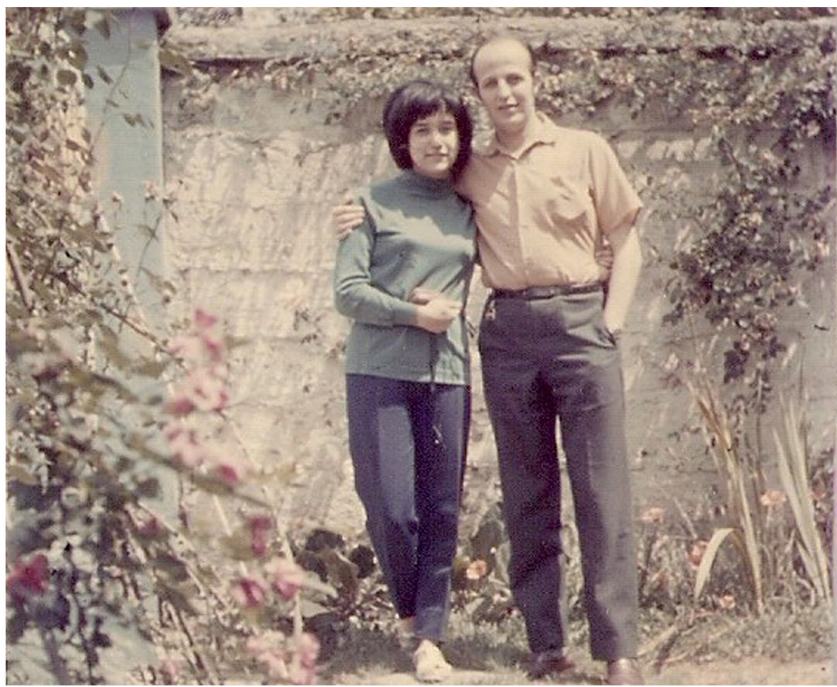
Marconi fue el líder fundacional de la Psiquiatría intracomunitaria y con quien descubrieron la medicina social y salud pública. Junto a otros tres estudiantes se fueron a trabajar en la Población La Victoria y en el Consultorio Santa Anselma, el sector sur de la capital. Un área donde existía mucha pobreza, con servicios de salud carenciados y donde se encuentra el origen y desarrollo de la Psiquiatría Intracomunitaria, la raíz de la salud mental comunitaria en Chile y América Latina.

La formación de Alberto y de los otros tres becados se hizo en el campo, en la cancha, generando propuestas a las personas con enfermedades mentales que consultaban sin contar con mayores recursos, sin camas, sin medicamentos, excepto unos muy básicos, sin dispositivos ambulatorios. Pemjean resalta cómo de manera fiel y entusiasta acompañaron la experiencia fundacional de la creación de una psiquiatría innovadora, genuinamente comunitaria. Alberto debió crear el programa intracomunitario de neurosis, dirigido a servir a las esposas de aquellas personas con alcoholismo, quienes después que éstos se recuperaban, podían mostrar síntomas emocionales angustiosos, depresivos u otros.

Desde entonces y meses antes de su partida, Alberto se entregó incansablemente a su vocación: la medicina social y el servicio público, ejerciendo liderazgos, enseñando en la academia y colaborando con su riguroso talento a nivel regional y global, con el anhelo de construir un mundo más justo para los más olvidados.

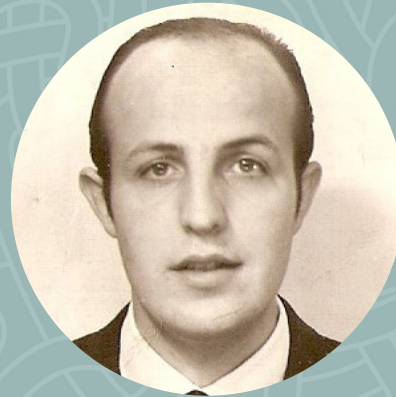








Capítulo II



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



Alberto 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.

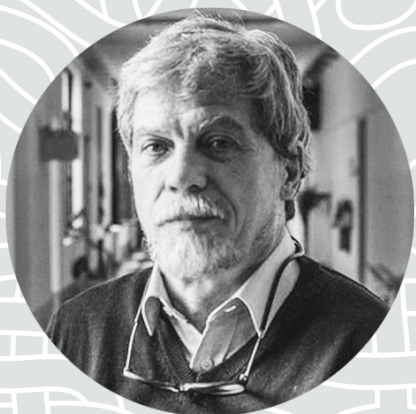
El tema de las comunicaciones también que fue importante para él ¿de qué manera lo concretó?

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.

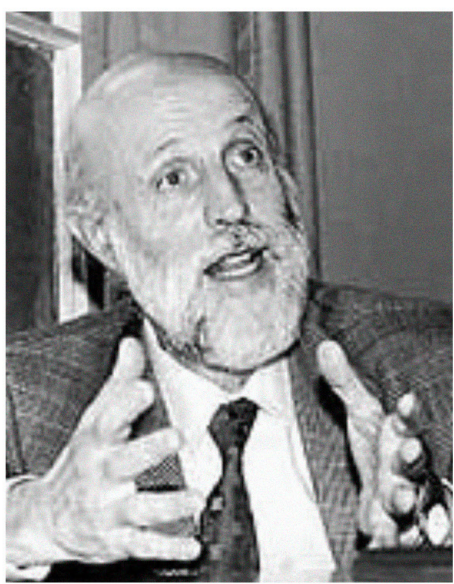
Otro aspecto muy destacable durante el liderazgo de Alberto Minoletti fue el Boletín de Salud Mental que durante años acompañó el proceso de implementación del Plan Nacional, a cargo de la periodista Silvia Yermani quien registró y comunicó los avances y desafíos.

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.



Capítulo III

**Salud Mental,
Derechos Humanos
y Ciudadanía**



Uno de los campos de la mayor sensibilidad tanto productiva como creativa en la obra de Alberto fue la relación salud mental – política – derechos humanos. Toda su trayectoria profesional está atravesada por la necesidad de rescatar y desarrollar la dimensión humana que subyace a una condición de suyo subestimada y estigmatizada por las diversas estructuras de poder, desde las más generales ligadas al proyecto país y las políticas públicas que de él se derivan, hasta las más personales y subjetivas que cristalizan las formas de sujeción, dominación y control social sobre las personas con discapacidad y enfermedad mental.

La batalla por los derechos humanos y la condición ciudadana de estas personas se materializó en iniciativas de diverso tipo, que convocaron a una infinidad de actores sociales: a las personas con discapacidad, interpeladas a jugar un rol de protagonistas y agentes de cambio; a las redes sociales de salud mental, intra e intersectoriales, estimuladas a su diversificación, empoderamiento y organización; al mundo de la academia con sus debates teóricos, sus investigaciones científicas, la formación de postgrado, entre otros. De algunos de estos tópicos nos dan cuenta nuestros invitados de este capítulo, un psicólogo, una abogada y un artista plástico.



**Alberto Minoletti:
Un soñador en grande**

Paulo Egenau Pérez

El psicólogo Paulo Egenau Pérez trabajaba en la comuna de Lampa en temas relacionados con el consumo problemático de alcohol y drogas, en la década de los 90 cuando conoció al Dr. Alberto Minoletti. “Entonces fui citado por él a varias reuniones al Ministerio de Salud. Tuvimos una relación muy cercana de colaboración” señala el director Social del Hogar del Cristo, quien trabajó muy estrechamente con el jefe de la Unidad de Salud Mental del MINSAL para generar juntos guías clínicas para alcohol y drogas, como así mismo para pensar otros programas y planes orientados a la defensa de los derechos humanos. Recuerda a Minoletti como un profesional con la mirada puesta en lo social, en lo comunitario y en las redes. “Él era propenso a hacer alianzas, a generar redes de colaboración, a escuchar más que hablar. Valoraba en extremo la diversidad de las opiniones y de qué manera todas las variables del ser humano influían en el desarrollo en su salud mental, en su felicidad o malestar, su dependencia y en su recuperación”.

¿Qué aspecto destacaría de la personalidad del Dr. Minoletti?

Diría que era un psiquiatra muy poco psiquiatra. Era un psiquiatra social, un trabajador social, un sociólogo, un hombre que entendió y promovió los determinantes sociales en la salud, antes que se pusieran en boga. Un acérrimo defensor de los derechos humanos en la salud y en la salud mental, alejado de la tentación patologizante. Su actitud era muy atípica dentro del mundo de la psiquiatría.

¿Diría usted que le sorprendió ese estilo de ser psiquiatra?

Claro que sí, pues solía sostener conversaciones con muchísimas personas de diversos sectores. Tenía una capacidad para aunar y articular voluntades, traducirlas en acciones y proyectos concretos. Escuchaba a todos con el mismo nivel de valoración y respeto, eso era muy sorprendente. Era muy generoso y un convencido del valor de la diversidad y respeto a toda forma de experiencias que permitieran dar más luz a los fenómenos que tuvieran que ver con el dolor humano, eso era muy destacable. Paulo Egenau destaca también el importante valor que tuvo el Dr. Minoletti en la generación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

¿Qué destacaría como lo más significativo que logró imprimir a través del Plan Nacional?

Su mirada antimanicomial por excelencia y su abogacía por la psiquiatría comunitaria, con una convicción profunda que este es un tema multidimensional al cual había que tener respuestas comunitarias, colaborativas, para garantizar la participación y el respeto a los derechos de las personas, para evitar las atrocidades que a menudo veíamos en las modalidades manicomiales tradicionales de la época.

¿Se cumplieron los propósitos del Plan Nacional?

Creo que parcialmente. Él hizo grandes concesiones en el cargo que tuvo en un ministerio muy jerarquizado, donde según las autoridades van cambiando las prioridades. Tuvo que aceptar y tolerar muchos momentos de dificultad. Esta era una propuesta muy revolucionaria. Decía que había que abrir las puertas para oír a los afectados, ante lo cual tuvieron una gran participación las organizaciones de familiares y usuarios quienes tomaron parte de la elaboración de este plan.

¿A su juicio se logró esa participación?

Creo que el plan fue un paso con visos de participación, pero faltó mucho para ello. Es algo similar a lo que nos ha pasado durante la pandemia del Covid-19. El gobierno actual nos ha convocado a una mesa de salud mental llamada 'Saludablemente', en ella participé desde el primer día en la comisión de Fortalecimiento Comunitario y Comunicación Social, y el diagnóstico que elaboramos es que en el tema de la participación se está aún al debe. De hecho, la primera estrategia que propusimos fue la de generar una Política Nacional de Salud Mental Participativa con Enfoque Comunitario; Alberto hubiera estado alineado con esto, no me cabe duda. Además, el financiamiento sigue estando muy por debajo que lo que pide la OMS. Creo que, como en toda instancia política, los ministerios dan prioridades a determinados aspectos, pero la postura de Minoletti fue muy innovadora en su tiempo y planteó mucho el compartir el poder. Mucha horizontabilidad. Él sentía que allí había una riqueza fundamental.

¿Cómo considera la actual situación de la salud mental en comparación al tiempo en que Minoletti fue el jefe del área en el MINSAL?

Siento que está muy postergada, tenemos grandes vacíos y problemas. En el tiempo que Minoletti fue el jefe de la Unidad de Salud Mental se fue reduciendo la institucionalización de las personas en hospitales psiquiátricos, hubo surgimiento de hogares protegidos, hospitales de día, centros de día comunitarios y residencias para aquellas personas con trastornos más severos, todos ellos bajo un enfoque comunitario de psiquiatría que hay que seguir mejorando y profundizando. Es una tarea que no ha terminado. También se articularon varias alianzas, se convocaron a distintos sectores a participar y cambiar la mirada hacia la salud mental. Se firmaron convenios para la administración de hogares protegidos y se preocupó de que la ley de inclusión laboral se cumpliera, generando indicadores para dar cuenta si la ley de inclusión se hacía carne.

“Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social” fue el nombre que recibió la importante publicación surgida tras la celebración de una jornada que recibió el mismo nombre y que fue organizada en el año 2004 junto a la Facultad de Ciencias Sociales de Universidad Central, el Hogar de Cristo y el MINSAL, además de la CORFAUSAM, ANUSSAM y otros organismos de la sociedad civil. Llegó a esa jornada gente de todo Chile, era maravilloso ver sentados, dialogando y exponiendo a profesionales del área de la salud, academia, sociedad civil, junto a familiares y usuarios de servicios de discapacidad de causa síquica.

¿Cuál fue el propósito de convocar dicha jornada con la participación del Hogar de Cristo?

El sueño de Alberto era articular muchos sectores y que todos formaran parte del diagnóstico y de las propuestas de solución. Un sueño que buscaba ser una red enorme de múltiples actores de la sociedad y de todas las sensibilidades. Tenía una genuina convicción de que la salud mental no era solo un problema de psiquiatras o psicólogos, no era exclusivamente un tema de especialistas ni de diagnóstico ni de médicos, pero tuvo varios detractores. Esa jornada permitió que se lanzaran las bases para la formación de un gran movimiento por la salud mental en Chile, pero gran parte de lo que allí aparece no era bien visto por

las autoridades. Creo que, como toda instancia política, los ministerios tienen prioridades determinadas por cada gobierno. La postura de Alberto era muy innovadora, mucho de compartir el poder, mucha horizontalidad. Él sentía que allí había una riqueza fundamental y, por lo tanto, cuando abre uno las puertas a muchos actores se transforman en una amenaza para las autoridades. Esta era una propuesta muy revolucionaria, él quería que Chile tuviera una política nacional de salud mental participativa, no un par de especialistas pensando en las prioridades en base a datos epidemiológicos. Alberto tenía una capacidad enorme de soñar en grande.

¿En qué se tradujo esa jornada intersectorial del año 2004?

Junto con la publicación del año 2005 sobre enfermedad mental y derechos humanos, en esa jornada se planteó la gestación de un movimiento ciudadano impulsor de la más amplia participación en todos los niveles, con el propósito de luchar por el mejoramiento de la calidad de vida de la población general y de las personas con problemas de salud mental en particular. Aquí se planteó la necesidad de pasar por el cambio de mirada con la colaboración de todos, una mirada que surgiera desde la comunidad. Sin embargo, eso le restaba protagonismo al *establishment*, a la psiquiatría tradicional, pues daba espacio para compartir el poder con la comunidad y eso no era muy bien visto. Había gente en desacuerdo con la reducción de las camas psiquiátricas y un aumento de estrategias comunitarias con metodologías que reconocían la capacidad de agencia de las personas con discapacidad mental. Alberto estaba consciente de ello y sin duda tuvo empujones y el tema fue resistido políticamente. Él quería un cambio cultural.

En esa misma perspectiva, fue que también gestionó el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, cuando fue académico en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

El Observatorio fue una iniciativa entre la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo, Corfausam y otros destacados académicos y profesionales en temas de Derechos Humanos y Salud Mental.

Esta iniciativa se materializó durante el 2013 y Alberto fue fundamental en ella. Una de las primeras actividades fue recopilar información para determinar de

qué modo el Estado respeta, protege y cumple con los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas. Se concluyó que las personas con discapacidad mental son frecuentemente estigmatizadas, discriminadas y marginadas de la sociedad chilena, temas que para Alberto eran centrales. Esta realidad de exclusión daba cuenta de relaciones sociales y condiciones de vida marcadas por el desempleo y la falta de recursos económicos, menores oportunidades de educación, desiguales condiciones para el ejercicio de derechos ciudadanos, aislamiento social e incluso situaciones de vida en la calle, malos tratos y encierros en instituciones formales o informales. Este panorama, Alberto siempre lo tuvo claro, por eso su preocupación por escuchar a todas y todos los involucrados, siempre preocupado por conocer la forma en que desarrollaba la vida de las personas y relevar las prioridades que de ellos surgían.

Al mismo tiempo, al conocer personas con discapacidad mental se constató que cuando los apoyos y oportunidades, se han desarrollado en plenitud, las personas con discapacidad mental expresan sus potencialidades y talentos, alcanzando niveles de autonomía personal que les permite gestionar una vida independiente, como cualquier ciudadano del país. La presencia de ambos escenarios expresa el carácter histórico de las barreras sociales y los mecanismos de exclusión que contribuyen en gran medida a producir la discapacidad mental, pero a su vez dan cuenta que construir una sociedad inclusiva, con justicia social e igualdad de oportunidades para todos, es todavía una tarea pendiente. Al elaborar el informe final de esta experiencia, se preguntó si las políticas y legislación sobre discapacidad que ha desarrollado Chile por más de 20 años, con proyectos concursables, integración escolar, intermediación laboral, planes nacionales de salud mental, sistema de protección social, leyes sobre discapacidad y ratificación de la CDPD, han tenido algún grado de impacto positivo en la población con discapacidad mental. Se buscó respuestas revisando leyes, evaluando leyes, estadísticas de distintos organismos públicos y privados, estudios nacionales e internacionales y documentos normativos. Para hacer este trabajo fue muy importante la información aportada por dos estudios nacionales: una evaluación de sistemas de salud mental en base al WHO-AIMS de la OMS y un estudio FONIS de evaluación de calidad de atención y respeto de derechos de los pacientes con metodología Quality Rights de la OMS. Este

documento es importante que lo tengan las organizaciones de base para su movilización para poder exigir el respeto de sus derechos, así como cambios en las políticas y legislación, de modo de alcanzar niveles crecientes de ciudadanía y calidad de vida. Principales debilidades en el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

Precisa Paulo Egenau que entre las principales conclusiones que entregó este estudio, están las siguientes:

- Ausencia de reconocimiento legal de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental (PcDM).
- Ley 18.600 permite interdicción sin debido proceso y pago de remuneración inferior al sueldo mínimo a PcDM.
- Ausencia de autoridad independiente del sector salud que autorice y supervise las hospitalizaciones involuntarias.
- Falta de reconocimiento del derecho exclusivo de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, tales como psicocirugía y esterilización (ninguna otra persona debería sustituirla en estas decisiones).
- Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresas a contratar a PcDM.
- Bajo porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (2,16% en el 2012 en contraste con 3,10% el 2008 y con 5% estimado como necesario).
- Alta discriminación territorial en la distribución de recursos para Salud Mental en el sector público.
- Insuficiente cantidad de centros de salud mental comunitaria.
- Alta frecuencia de uso de contención física y aislamiento en hospitalizaciones psiquiátricas.
- Los dispositivos de salud mental no entregan suficiente información a los usuarios y no facilitan su participación en las decisiones sobre sus tratamientos.
- Bajo porcentaje de personas con diagnóstico de esquizofrenia que tienen un plan individual de tratamiento.

- Baja frecuencia del uso de intervenciones que favorezcan inclusión educativa y laboral.
- Alto número de personas con discapacidad mental institucionalizadas (formal e informal).
- Bajo porcentaje de niños/as con discapacidad mental integrados en escuelas normales.



**Minoletti, un pionero en
la lucha por ciudadanía y
derechos para las personas
con discapacidad mental**

Leonor Cifuentes Fernández

Leonor Cifuentes, abogada, titulada en la Universidad de Chile y actualmente Coordinadora de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional de Protección de Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM), relata diversos episodios en los que en su vida laboral se encontró con el médico psiquiatra Alberto Minoletti.

Recuerda que durante el año 2003 y hasta el 2007, él participaba como integrante del Consejo Directivo del entonces Fondo Nacional de la Discapacidad FONADIS. Estaba muy atento a las negociaciones que se realizaban en torno a la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de Naciones Unidas (ONU). La abogada, como parte del comité que elaboró la convención, tenía la misión de informar periódicamente los avances que iban alcanzándose en la ONU. Finalmente, y tras varios años, la convención fue suscrita en 2007 y ratificada en el año 2008 por nuestro país. Alberto Minoletti vivió el nuevo tratado de derechos humanos en favor de los derechos de las personas con discapacidad como la concreción de sus aspiraciones de respeto a la dignidad y derechos de las personas con discapacidad.

En su memoria surgen los años 90' cuando, dice, trabajó como abogada en el hospital de Copiapó y ocupó luego el cargo de jefa del Departamento Jurídico del Servicio de Salud regional. Por entonces su interés por los derechos humanos en el área de salud comenzaba recién a aparecer, pero, según piensa la profesional, fue Alberto Minoletti quien encarnó esta postura: el enfoque de derechos que había que aplicar tanto en las políticas públicas como en las prácticas médicas dirigidas hacia las personas con enfermedades mentales. “A mí me sorprendió su compromiso en favor de los derechos humanos de las personas con afecciones psíquicas, una población invisible dentro de la sociedad”, resalta.

Uno de los grandes objetivos fue avanzar hacia una Ley de Salud Mental en Chile, uno de los pocos países que no contaba con esta legislación, y en ello puso un gran esfuerzo, lo que no alcanzó a lograr. Por ello, destaca la profesional, otra de sus iniciativas que apuntaban a este objetivo fue el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental organizado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Allí se propuso avanzar hacia una ley de salud mental que garantice la igualdad de atención de la salud física y mental y proteja los derechos de las personas con enfermedades o discapacidad mentales, adecuando nuestra normativa interna a las exigencias del nuevo

tratado de derechos humanos, terminando con una regulación dispersa que no se ajusta al nuevo enfoque de protección y garantía de los derechos humanos.

Si algo caracterizaba a Alberto Minoletti era su humanidad, precisa Cifuentes, tanto como su interés por la participación e inclusión de las personas con discapacidad mental en las decisiones de políticas públicas y en la atención médica. “Era un innovador en tanto buscaba romper con los paradigmas y hacer realidad los derechos de las personas con discapacidad, especialmente su plena capacidad jurídica. De allí se desprende la auto representación y una serie de derechos que apuntan a su autonomía, su libertad, la autogestión, derechos de los que actualmente se encuentran privados e inhabilitados de actuar jurídicamente”. Fueron muchos los aportes que realizó Alberto como un impulsor de que el Estado cumpliera con las obligaciones establecidas en la Convención de la ONU. “Minoletti sentía que históricamente se les ha discriminado y negado la capacidad de actuar por sí mismos en el derecho y en la vida cotidiana”, acota la abogada.

¿Percibió sintonía con la posición que él tenía en torno al resguardo de los derechos humanos de los usuarios de salud mental?

Siento que fue una persona con la que compartimos un idioma común. En mi experiencia profesional veía que en Chile se gestionaba el tema de la discapacidad de manera muy sectorial, muy ligada a lo sanitario, en cambio Alberto Minoletti tenía este enfoque mucho más amplio, en el que los derechos de los usuarios formaban parte de la atención de salud. Mientras se hablaba mucho solo desde la teoría, él era una persona muy consecuente en todos los ámbitos de acción. Como gestor público fue pionero en incorporar a las organizaciones de personas con enfermedades mentales y propiciar su organización.

¿Cómo logró Minoletti poner en práctica esa amplitud de visión?

Asistí a varias mesas de trabajo sobre el tema, en donde se sentaban expertos en materia de salud mental y personas de distintos sectores del conocimiento y niveles de formación. Era interesante comprobar cómo valoraba tanto el conocimiento de los profesionales y académicos como el que entrega la experiencia de usuarios y familiares. Él hacía sentir que cada aporte era importante, prestaba atención

y escuchaba con interés a cada uno, en especial las intervenciones de usuarios y familiares.

¿Qué avances concretos logró al incorporar esta mirada desde lo normativo?

Él tenía como norte que Chile tenga una ley de salud mental que aborde en forma integral la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental. Hoy continuamos teniendo normas que no cumplen con los estándares internacionales de derechos humanos. Desde el Código Sanitario, algunas de cuyas normas sobre internación forzada aún se encuentran vigentes, con una visión higienista de la discapacidad mental. En 1998, Alberto Minoletti participó activamente en la elaboración del decreto 570, que reglamenta la internación de personas con enfermedades mentales y los establecimientos de internación tanto públicos como privados, un importante paso hacia la protección de derechos y garantías de los usuarios, pues establece requisitos para efectuar una internación administrativa y crea una comisión nacional de protección de derechos con integrantes de la sociedad civil, con un rol asesor del Ministro de Salud en materia de reclamos sobre vulneración de derechos. Lo mismo ocurrió con la elaboración de la ley conocida como Derechos y Deberes de los Pacientes, con la cual logra la consagración legal de la comisión nacional y la creación de una comisión en cada región. También, se mejoró y reguló legalmente los requisitos para la hospitalización involuntaria. Él era consciente de que estas normas de internación administrativa requerían de una ley, pues conocía muy bien los estándares internacionales a este respecto. En ese contexto Minoletti impulsa estas innovaciones gracias a la experiencia y bagaje que traía desde Canadá y su contacto permanente con personeros internacionales en la OMS y en el OPS.

¿Es esa la comisión donde usted ejerce el rol de coordinadora nacional?

Sí, es la misma comisión que se conformó en el año 2000, teniendo como rol principal asesorar al Ministro de Salud para atender los reclamos que surgieran en torno a la aplicación del decreto 570, en materia de internación administrativa de las personas con enfermedad mental y más tarde, para velar por la aplicación de la ley de derechos y deberes del paciente, que se comenzó a tramitar por el año 2005 y fue aprobada en el 2010. La Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas debe velar por el funcionamiento de todas las comisiones a nivel nacional, proponer modificaciones normativas, revisar procedimientos irreversibles, revisar las muertes ocurridas en establecimientos psiquiátricos públicos y privados y toda vulneración grave de derechos que puedan ocurrir en este contexto. Esta Comisión fue un gran avance y en su creación y desarrollo tuvo una gran participación el Dr. Minoletti.

¿Qué otro aspecto destacaría de su legado?

Muy importante fue el apoyo que Alberto brindó para el fortalecimiento de las organizaciones de los usuarios y familiares como actores frente al Estado. Una de las cosas que considero muy innovadoras fue ver a los usuarios como protagonistas activos en las mesas de trabajo y en eso era inflexible. La presencia de ellos era fundamental para él. Allí conocí de su generosidad, modestia y sencillez. Para mí era un hombre más bien callado, con una gran capacidad para escuchar a todos.

El último proyecto en el que me tocó trabajar con él y que lamentablemente quedó inconcluso, fue en la capacitación a todos los integrantes de las comisiones de protección, en el instrumento Quality Rights, que pretendía contar con una herramienta fiable y uniforme en todo el país para las actividades de supervisión a los prestadores de salud mental que corresponde a las comisiones. Él y su equipo son los autores de la versión en castellano del Quality Rights OMS/OPS, instrumento de calidad y derechos destinado a evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y los que prestan servicios de apoyo social. Alberto Minoletti haría una adaptación

de este instrumento de evaluación para ser aplicado por las comisiones en sus supervisiones a los prestadores. El proyecto no lo logramos concluir, primero debido al estallido social y luego por la pandemia el 2020. Este fue el último trabajo en el cual colaboramos con él y allí vimos al mismo Alberto Minoletti de siempre, con paciencia para enfrentar los múltiples obstáculos que tuvo el proyecto y aun así mantener el entusiasmo, la esperanza, dando siempre lo mejor de sí y una enorme generosidad. En homenaje a Alberto, tenemos la obligación de concluirlo y es así como en estos días estamos retomando las conversaciones con nuestros socios, el Departamento de Salud Mental de Ministerio de Salud y la Escuela de Salud Pública. Ese será nuestro mejor tributo a su memoria.



**La pintura, un aliciente
para seguir viviendo**

Carlos Vásquez Miranda

No hubo una cita entre médico y paciente. Fue un hecho casual que reunió a Carlos Vásquez, artista visual con el Dr. Alberto Minoletti. Pero conocerlo fue vital, dice: “Si no hubiera sido por él yo no me hubiera rehabilitado”. Cuenta que la historia se gestó en una reunión familiar en su casa, hace años, donde estuvo el médico con su señora y una prima de ésta, producto de una amistad que mantenía su madre con ellas desde la universidad. Descubrió en esa ocasión a este doctor que describe como sencillo, simpático, de buen humor y muy empático.

A los 15 años Carlos fue diagnosticado con esquizofrenia. Siguió por años un tratamiento en el servicio privado, donde estuvo muy bien tratado. Sin embargo, con el tiempo y por razones económicas, debió continuar el proceso en el sistema público de salud. Paralelamente, Minoletti era jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud y gracias a su gestión, a principios del 2000, se repartió en todo Chile un fármaco de última generación, la clozapina, que empezó a recibir en el servicio público y que devolvió la estabilidad a Carlos y a miles de otros usuarios.

Meses antes, Carlos había dejado su tratamiento médico y tuvo una crisis muy severa que le mantuvo con un insomnio crónico durante mucho tiempo. Recuerda que el Dr. Minoletti le ofreció entonces atención médica cada noche a través de comunicaciones telefónicas.

Hoy, con 53 años, Carlos Vásquez cuenta con una nutrida trayectoria como artista visual y ha sido monitor de arte en numerosos centros de atención de pacientes con discapacidad psíquica. Una experiencia muy valiosa que surge entre sus recuerdos fue un concurso de afiche al que llamó la Comisión de Protección de las Personas con Enfermedades Mentales del MINSAL y donde obtuvo el primer lugar. Allí se reencontró con el Dr. Minoletti de quien recibió sus felicitaciones.

¿El Dr. Minoletti lo llamaba por teléfono cada noche?

Él me llamaba. Hablaba con él todas las noches por más de dos meses. Sufría de insomnio crónico, me atendía y me escuchaba. Fueron muchas noches las que me atendió por teléfono, porque apenas lograba dormir dos a tres horas. Fue extraordinario el apoyo que me dio. Al poco tiempo comencé a recibir la clozapina a través del consultorio y seguí todas sus indicaciones.

¿Hubo un cambio gracias a ese fármaco y al apoyo del doctor?

Allí empezó mi estabilidad y mi rehabilitación. Antes solía tomar algunos tragos, pero nunca consumí drogas ilícitas. A partir entonces me ordené, nunca más licor. Eso fue gracias a él y al medicamento que recibí. Me hizo muy bien. Yo tenía 28 años y no sabía la importancia que el Dr. Minoletti iba a tener en mi vida.

Dices que has trabajado como monitor de arte para personas con discapacidad psíquica, ¿cómo ha sido esa experiencia?

Muy buena, de mucho respeto y de un trato de igual a igual. Mi tarea es motivarlos. Les enseño a dibujar, pero no les corrijo, si lo están haciendo bien les digo que ‘lo está haciendo muy bien’ y eso les causa alegría y plenitud.

¿Dónde has presentado tu trabajo de arte visual?

Uno de los más lindos fue en el hospital de Iquique donde estuve por varios años. Hice un gran mural con la idea de representar la vida. Allí me recibió el Dr. Carlos Madariaga, quien me premió con un viaje a Lima, Perú, para participar en un foro internacional en el que expuse mis cuadros y tuve la oportunidad de conocer a Patch Adams. Me abrazó y lloré de emoción. Me compró uno de mis cuadros y también lo hicieron otros asistentes al foro.

¿Qué lugar ha tenido tu familia en tu rehabilitación?

Mi mamá ha sido por años dirigente de los familiares y ha trabajado en varios dispositivos, en hospitales de día y hogares protegidos. Ella ha sido muy importante, ayudándome, consolándome para poder vivir, porque no es fácil. Ella y mi familia, mi papá, mi hermana y actualmente mi pareja me han apoyado incondicionalmente. Sin ellos y sin los recursos necesarios que me da el sistema de salud, no habría podido sostener jamás mi tratamiento hasta ahora.

¿Qué hace la diferencia entre quién recibe ayuda como tú y quién no la ha tenido?

Son dos caras de nuestra realidad. Una es muy triste y amarga, porque una persona con diagnóstico psiquiátrico, sin tener apoyo, sin ser ordenado, sin

motivación está definitivamente perdida. Vi en Iquique a un joven que, por no tener el apoyo necesario de la familia, ahora es un indigente, anda por las calles abandonado. Entonces eso hace la diferencia, si no hay una plataforma que anime, que lo ayude, al comienzo al menos, porque esto es como un edificio que debe tener una base muy concreta, y sin esa base, sin ese apoyo es muy triste y complicado.

¿Qué opinas de los hospitales psiquiátricos y del sistema de la atención comunitaria?

Los que siguen internados en un hospital psiquiátrico son las personas que están más descompensadas, más perdidas. Ellos están así por falta de apoyo y de orden en su tratamiento y no hay vuelta que darle. Usted sabe que quienes hemos sido tratados en la comunidad hemos enfrentado la vida, hemos peleado, nos hemos fortalecido, hemos sido felices, porque la vinculación con la comunidad es fundamental.

¿Qué sientes frente a los prejuicios en torno a una patología psiquiátrica?

Creo que es por falta de conocimiento, por falta de cultura. En Chile, si una persona escucha que alguien tiene esquizofrenia le tiene miedo, dice es loco, es violento y eso es triste. Diría que la mitad sabe de esto, pero hay otra mitad que les falta mucho. Creo que hay que educar porque, ¿qué le va a hacer uno? y al no saber, piensan de esa forma y no solo en Chile, en todo el mundo. Falta mucha cultura en torno a las enfermedades mentales y eso los lleva a especular.

¿Te has sentido discriminado?

Sí, en un reportaje que hicieron en el diario La Tercera, cuando gané el concurso de afiches. Allí se centraron en mi diagnóstico y no en el hecho que soy un artista visual. También cuando era adolescente en el colegio los muchachos me trataban de loco. Me sentí triste y complicado. No me integraban. Lo pasé mal.

Carlos siente que la madurez de los años le permitió ganar la seguridad que en su juventud no tuvo. Lamentablemente fui muy ingenuo, no sabía de maldad. Con el tiempo vi más claro, entendí que hay cosas que no se pueden decir, que

hay que tener más tacto, más filtro, me he puesto más duro, no hay maldad en mí, pero uno va formando una coraza y eso va ayudando a vivir.

Carlos ha sido ganador en varios concursos de pintura. Es feliz con su oficio y ha obtenido dos veces el primer lugar en concursos de la Municipalidad de Las Condes y de Ñuñoa, entre otros varios galardones, los cuales no comenta.

¿Qué ha significado la pintura para ti?

La pintura es una tremenda compañía, incondicional. Pinto desde los 23 años y no me canso de pintar. Tengo 53 años, he realizado varias exposiciones y en el hospital de Iquique pinté un mural, donde me ayudaron con las pinturas y todo el material. He vendido mis cuadros a médicos y a mucha gente. La pintura es un aliciente para seguir viviendo. Soy muy feliz con mi oficio y reconozco que soy más sensible, que el común de la gente.

¿Cómo definirías tu vida?

Ha sido todo un desafío porque el día a día de una persona con una patología como la mía cuesta un poco, pero igual he sido feliz. Siento que la vida es bella, tengo un oficio, tengo mi familia, mi pareja y mi diagnóstico me ha ayudado a conocer gente buena, a los equipos de salud, que son muy humanos, a psicólogos y terapeutas que son muy aportadores. Esta generación de profesionales tiene las cosas claras, son empáticos y respetuosos me he encontrado con gente muy valiosa, el propio Dr. Madariaga en Iquique y el Dr. Minoletti, a quien recordaré siempre con mucho respeto, porque tuve muchas enseñanzas de él.

¿Te gustaría dejar un mensaje a los futuros profesionales de la salud mental?

Que sigan con la misma empatía, con el mismo respeto, que se vayan cultivando, que sigan aprendiendo lo que son las enfermedades psiquiátricas, los estados de ánimo, que nos miren sin estigma, sin barreras, ante todo como personas, no como pacientes.

Alberto no estuvo solo en la defensa de los derechos humanos de las personas con enfermedad y discapacidad mental, los testimonios entregados dan cuenta de su condición de profesional y ciudadano comprometido no individualmente sino siempre formando parte de un colectivo de trabajo, desde el cual emprendió la tarea transformativa de las políticas públicas, las estrategias de intervención, el desarrollo de los programas, la producción de profesionales, técnicos y administrativos capacitados en los pilares de la reforma psiquiátrica y la perspectiva comunitaria en salud mental. Esta perspectiva de colectivo social es la que estuvo también a la base de sus estrategias orientadas a la producción de ciudadanía, protección de los derechos sociales, potenciación de los movimientos sociales emergentes desde las agrupaciones de base, etc.

Nuestros entrevistado/as dan cuenta de algunas de estas líneas de acción en las que Alberto tuvo un gran protagonismo, al mismo tiempo que valoran las dificultades que debió encarar desde su rol como autoridad ministerial, siempre con transparencia, respeto y valentía, frente a sus autoridades superiores. Mucho de lo que no se logró se debió a los conflictos de intereses y de poder que subyacen a las limitaciones propias de una salud pública en crisis como la chilena; aunque buena parte de esto inconcluso sigue con vida, instalado como metas de futuro inmediato para las nuevas generaciones de luchadores por una salud mental basada en principios democráticos, de justicia social, respeto y protección de la vida.

Egenau nos trae a la vista los esfuerzos de Alberto por construir movimiento social en torno a la reforma psiquiátrica, redes intersectoriales y metas de comunitarización de las estrategias de salud mental. Leonor da cuenta del importante rol jugado en la apertura ministerial a la producción de dispositivos normativos y de monitoreo del respeto a los derechos de las personas con discapacidad mental, y también en la incidencia de los actores sociales en la producción de una legalidad que garantice estabilidad y viabilidad a los procesos transformativos, que resuelva el vacío que produjo por largos años la ausencia de una ley de salud mental para Chile. Carlos nos argumenta desde la ética y la estética de la vida humana la importancia de la superación de la categoría estigmatizante de enfermo mental por la de persona humana, sujeto de derechos gracias a lo cual los discursos de la diversidad pueden ser un gran aporte a la producción de subjetividad social.

Capítulo IV

Maestro y Aprendiz
de la **Universidad**
de **Chile**

A inicios de abril de 2020, y después de diversas llamadas telefónicas, correos electrónicos y mensajes de WhatsApp de los miembros del equipo, se realizaba la primera reunión telemática en pandemia del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública. Alberto Minoletti encabezaba esa preocupación por retomar rápidamente el contacto con los estudiantes y mantener la docencia del nuevo año lectivo que recién comenzaba. Se emprendía así la actividad de gestión académica, como una extraña nueva normalidad, arrastrada por el contexto de confinamiento que imponían las medidas para evitar el contagio del coronavirus SARS-CoV-2.

Se instalaba una rutina impulsada por Alberto de sostener la reunión del Comité Académico del Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria a primera hora de la mañana del lunes, y una reunión ejecutiva del programa también a primera hora, al finalizar la semana. Esta rutina que prevalece hasta el día de hoy es una de las tantas herencias que dejó Alberto para una gestión académica articulada, productiva y en equipo, aún en el contexto adverso de la crisis sanitaria.



La aventura de Alberto, de introducirse en el mundo académico, había comenzado hacía más de diez años, cuando llegaba a la Escuela de Salud Pública incentivado por el profesor Rubén Alvarado Muñoz, volviendo a su alma mater en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En la voz de la Directora de la Escuela de Salud Pública, de una estudiante de medicina que fue su ayudante de investigación, de un psicólogo formado en postgrado y de un colega profesor, se dibuja el académico que Minoletti era.

Pero su apoyo a iniciativas que permitieran la formación de equipos de salud mental para la implementación del nuevo modelo de salud mental comunitaria en Chile había sido una constante de mucho antes, cuando se desempeñaba en el Ministerio de Salud. Tuvo una impresionante y fecunda producción académica, de forma equilibrada en la investigación, en la docencia y en la extensión universitaria. Muchas veces expresó la enorme satisfacción que le producía trabajar con generaciones jóvenes en quienes depositaba la esperanza y convicción sobre las transformaciones que el país requiere para avanzar en un sistema de salud mental de calidad, justo, equitativo y promotor del respeto de los derechos humanos de las personas en condición de discapacidad mental.



Minoletti fue querido y admirado por alumnos y profesores

Verónica Iglesias Álamos

Verónica Iglesias, directora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile se emociona al recordar la figura del doctor y académico Alberto Minoletti quien durante varios años estuvo al frente del Programa de Salud Mental de esa Casa de Estudios Superiores de Chile.

“Me impresionó el inmenso cariño y admiración que despertaba entre estudiantes. En una ocasión asistí a dar unas palabras al cierre de un diplomado y me llamó la atención que muchos estudiantes se acercaban al Dr. Minoletti y le pedían que por favor se tomara una fotografía con ellos, era un *rockstar*, se sentían honrados de tenerlo como profesor”.

Cuenta que al conocerlo el año 2010, cuando llegó a la Escuela de Salud Pública a la Unidad de Salud Mental, vio un académico serio, de voz firme y cordial. “Al mismo tiempo alguien riguroso, directo, muy cumplidor en los horarios, pues llegaba temprano a la Escuela, siempre llano a responder ante las solicitudes en su rol de Jefatura o Coordinador y con voluntad para facilitar los procesos, siempre estaba disponible. ¡Eso era muy valorado!”.

La profesional asumió el cargo de subdirectora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en el año 2017, al año siguiente asumió como directora (S) y el 2019 la Dirección. Como su ámbito de formación académica estaba relacionado con temas ambientales, no tenía mayor conocimiento de la trayectoria del médico psiquiatra que llegó a la Escuela de Salud Pública en el año 2010 para iniciar un extraordinario proceso académico, que culminó con la creación del Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, entre otras tareas que estuvieron a su cargo.

Para ella fue una sorpresa, descubrir su trayectoria. “¡Es famoso, un referente en el ámbito de la Salud Mental a nivel nacional e internacional!”, le comentaron varias veces.

Eso que dice la Dra. Iglesias, lo pudo corroborar al tener más tarde en sus manos el Currículum Vitae del Dr. Minoletti cuando presentó sus antecedentes para postular al cargo de Profesor Asociado. En sus primeros años, Alberto Minoletti se desempeñó como Profesor Asistente. En abril del 2019 hizo llegar sus antecedentes a la Dirección de la Escuela de Salud Pública previo a presentarlos en la Comisión de Evaluación para postular a Profesor Asociado en la Carrera Académica Ordinaria.

“Al leer sus antecedentes para postular a Profesor Asociado mi sorpresa fue tremenda. Con esos antecedentes debería ser Profesor Titular de inmediato, tiene todos los méritos” dice que pensó.

¿Alcanzó esa jerarquía?

Si, en julio del 2020 fue ascendido a Profesor Titular, es un proceso que toma tiempo. Primero debe ser evaluado por una Comisión de Evaluación Local de la Facultad de Medicina y una vez aprobado pasa a una Comisión Superior de Evaluación Académica. En la mayoría de los casos la evaluación de los antecedentes y trayectoria del postulante es un proceso que toma más de un año. En su caso la Comisión resolvió ratificar por unanimidad la jerarquía de Profesor Titular en la Carrera Académica Ordinaria.

¿Qué funciones cumplió el Dr. Minoletti en la Escuela de Salud Pública?

Fue Jefe de la Unidad de Salud Mental, la que luego el año 2018 con la contratación de nuevos académicos pasó a conformar el Programa de Salud Mental. Este paso de Unidad a Programa estuvo avalado también por un proyecto académico que fue la creación del Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, cuya primera cohorte comenzó en el 2019. Todo este proceso fue liderado por el Dr. Minoletti.

¿Qué característica resaltaría de la figura de Minoletti?

Su capacidad de liderazgo. El transmitía mucho con su actuar, podía convocar a una reunión a las ocho de la mañana y estaba a esa hora todo su equipo. Él lograba esa cohesión y compromiso en base a un proyecto de desarrollo académico con el cual estaban todos comprometidos. Recuerdo las palabras de uno de los profesores más jóvenes durante su despedida, él decía que se sentía orgulloso de pertenecer a este equipo de salud mental. Creo que dejó un sello importante en su equipo académico conformado por Olga Toro, Rubén Alvarado, Carlos Madariaga, Rafael Sepúlveda, Gonzalo Soto, Esteban Encina y Eric Tapia. Su Programa y todos quienes trabajaron cercanamente lo hicieron en forma entusiasta e innovadora, aprovechando al máximo los recursos existentes en

favor de los estudiantes. Ellos fueron los primeros en la Escuela en utilizar el formato b-learning el 2019 para el postgrado, para que estudiantes que no pudieran asistir presencialmente a las clases, pudieran estar presentes de manera virtual. Eso permitió reorganizarse tempranamente con la pandemia y llevar un proceso muy flexible con los estudiantes, y que no se pusiera en riesgo el avance.

¿Cómo recuerda el último año de docencia del Dr. Minoletti?

Desde que se inició la pandemia en el 2020 todo el tiempo hizo teletrabajo, las clases, la dirección de tesis, la participación en distintas reuniones. Siguió trabajando activamente hasta julio del 2020, se involucró en las actividades que el Programa realizó con distintos actores nacionales e internacionales con motivo de la pandemia por COVID-19. Cuando él falleció tuve la oportunidad de mencionar parte de su trayectoria durante el Consejo de Facultad. En esos días Olga Toro me compartió varios mensajes nacionales e internacionales que recibió con motivo de su deceso, para mí fue conocer otra dimensión del Dr. Minoletti que intenté registrar en ese breve homenaje. Tantos mensajes de reconocimiento daban cuenta de que era una persona muy valorada por su trabajo y también muy querida. Pensé que era una pérdida irreparable para la Escuela y para las nuevas generaciones formadas en nuestra Institución. Nos quedamos con su legado y los mejores recuerdos de un profesor de gran trayectoria que trabajó duro por mejorar la salud mental de la población y por la defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental.



**Me legó su ardua forma de
trabajar, su preocupación
sincera y su creencia que
las cosas pueden cambiar**

Sara Schilling

Para Sara Schilling, la joven estadounidense, las convicciones del profesor Minoletti “no se basaban en una perspectiva irrealista de esperanza, sino porque él se esforzó en empujar el sistema hacia allá, y en demostrar a otros que era posible. Nunca intentó llamar la atención por su propio beneficio; en cambio, día tras día se sentó en su oficina humilde, en el zócalo de la Escuela, dedicándose a estudiar, a leer, a escuchar a la gente, para entender la complejidad de su situación en más profundidad, aportando desde su conocimiento y vasta experiencia con la gestión, los equipos de salud y los usuarios, para transformar, paso a paso, las políticas y los servicios de salud mental, para asegurar que todos vivan con la dignidad y los derechos que merecen. Nunca dejó de estar abierto y siempre quería aprender más.”

Sara Schilling, nacida en Minnesota, Estados Unidos, tuvo la posibilidad de descubrir facetas desconocidas del Dr. Minoletti cuando, con apenas 26 años, lo acompañó al extranjero, en un par de ocasiones, una a Nueva York y otra, tal vez la más excepcional, su visita a Qatar, el país árabe ubicado en el Golfo Pérsico.

Al integrarse al equipo del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, como asistente de investigación, su dominio del inglés, su formación en salud mental comunitaria y su interés por la medicina social fueron aspectos a que Minoletti puso atención en la estudiante norteamericana, y a la que sumó en distintas iniciativas de investigación y para el desarrollo de capacitaciones, cursos y manuales en salud mental comunitaria.

Sara relata que desde niña tuvo interés en estudiar medicina, además de deseos de conocer más la cultura latina; empezó a tener clases de español en su colegio desde la básica y siempre le llamó mucho la atención el sentido de comunidad de la cultura latina, y la riqueza de los relatos que le transmitían sus profesores. Su primer pre-grado lo hizo en la Universidad de Columbia en Nueva York, donde siguió neurociencias y estudios hispánicos, terminando su licenciatura trabajando en una unidad psiquiátrica para pacientes hispanohablantes en Bellevue, un hospital público en la ciudad. Por su formación y ganas de poner en práctica sus estudios de español, tras su egreso de Columbia, la joven se trasladó a Chile para trabajar y se quedó para estudiar un Magíster en Salud Pública.

Con su acento “gringo” indiscutible, Sara relata que conocer a Minoletti le hizo

valorar lo que significa la psiquiatría comunitaria. Hoy cursa el sexto año de medicina en la Universidad de Chile, como interna, y espera especializarse en la psiquiatría, una clara huella de lo que influyó en su vida estudiantil el Dr. Minoletti.

¿Cómo fue para ti trabajar con él?

Fue muy lindo. Era muy cordial y trabajador, no diría que trabajólico, pero sí muy responsable en los horarios, en las fechas de entrega y en sus propias tareas. No era un jefe que le asignó trabajo y se sentó allá, observándote, sino estuvo codo a codo, haciendo su parte del trabajo, mandándote borradores tarde en la noche o temprano en la mañana, pidiendo tu opinión y comentarios. Tenía un fuerte sentido de la justicia, de los derechos y los deberes.

¿Cómo te incorporaste a la Escuela de Salud Pública?

Es una larga historia, pero cuento corto, al terminar la universidad en Nueva York, empecé a escribir a psiquiatras en Chile por correo, para buscar un trabajo clínico (similar a mi trabajo en el Hospital Bellevue), y en este proceso tomé contacto con la Dra. Graciela Rojas, de la Escuela de Medicina y la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile; recién había ganado un fondo internacional grande, para realizar un estudio, y me invitó a participar. Llegué al mundo de la investigación y la salud pública sin querer, pero fue un acierto. Así que, en agosto de 2011, con varias maletas, llegué a Santiago, sin un boleto de vuelta, y entré en 2011 como asistente de investigación en la Escuela en el marco del proyecto RedeAmericas, trabajando en una intervención comunitaria para personas con psicosis llamada Critical Time Intervention (CTI). El proyecto fue liderado en Chile por Dra. Rojas junto con Dr. Rubén Alvarado, y en Nueva York por Drs. Ezra Susser y Sandro Galea. Conocí al Dr. Minoletti en este estudio, pues fue uno de los investigadores asociados y un claro referente nacional. Lo novedoso que tenía esta intervención era la incorporación de “pares”, usuarios con psicosis que habían avanzado en su camino de rehabilitación (“recovery”) y hacían la tarea de acompañar a los participantes, que estaban recién conectándose con los servicios de salud mental, para mostrar, a través de su ejemplo la posibilidad de inclusión social y recuperación. Minoletti impulsó mucho la incorporación de los pares, dado que fue en línea con todo su trabajo de décadas por los derechos,

para levantar la voz de los usuarios. Trabajé en este estudio como una de las supervisoras de los pares y trabajadores comunitarios, junto a mi amiga y colega psicóloga, María José Jorquera, y en 2014, preparamos un video publicitario sobre CTI, para lo cual entrevistamos al Dr. Minoletti como experto en la transformación de los Servicios de Salud Mental del país, desde los manicomios hasta los centros comunitarios y ahora con los pares.

Durante mis primeros años en la Escuela, me lo encontraba frecuentemente en los pasillos, o en conferencias y en enero de 2013 tomé un curso de verano que coordinó, sobre los derechos de las personas con “discapacidad mental”, un concepto que me confesó, años después, que no le agradó.

Sin embargo, no tuve la oportunidad de trabajar cercanamente con él, hasta octubre 2014, cuando me llegó un correo, invitándome a trabajar como su ayudante de investigación en la evaluación del sistema de salud mental de Qatar. Me tomó muy de sorpresa, pero dije que sí de forma inmediata. Una oportunidad así no viene muchas veces en la vida, y había tenido muchas ganas de conocer más su trabajo. Me pidió que lo acompañara a ese país del medio oriente, para aplicar un instrumento de la OMS del desarrollo de los Servicios de Salud Mental, el WHO-AIMS, que él había aplicado en otros países, incluyendo Chile en dos oportunidades. Es un instrumento con una metodología muy meticulosa, muy rigurosa, igual que él, así que creo que fue el experto más indicado del mundo para aplicarlo.

Entonces, ¿viajaste con él a Qatar?

Sí, fue en enero del 2015. Me imagino que, por una parte, me escogió como asistente de investigación, por una razón práctica, porque yo soy bilingüe, y aunque él hablaba bien el inglés, por todo su tiempo en Canadá y experiencia internacional posterior, quería tener apoyo para desenvolverse completamente con el idioma. Desde el momento que acepté su invitación a apoyarle en esta iniciativa, nos comunicamos casi completamente en inglés, en conversaciones y por correo, todo con respecto al estudio. Era muy dedicado en este sentido. Siempre le gustaba esforzarse, a seguir aprendiendo, a mantener su mente activa.

Con respecto a su invitación, creo también que me invitó ser parte de su equipo por mis competencias humanas y experiencias, pero nunca sabré.

Fue un excelente viaje, muy interesante. Aprendimos mucho los dos. Él viajó en business, por su edad me dijo, y yo fui atrás, pero la aerolínea de Qatar es tan buena que fue como si estuviera en primera clase también. Quedamos alojados en un hotel y podíamos coincidir en los desayunos y en la cena.

Allá había unos tacos gigantescos, así que pasamos mucho tiempo en auto juntos, entre reuniones y las visitas a los diferentes centros de salud en distintas partes del país, así que tuvimos mucho tiempo de conversar.

¿Qué más recuerdas de esos días en Qatar?

Ahora, en retrospectiva, lo que más valoro son estas conversaciones, y nuestras caminatas, explorando los museos, los pasatiempos y los mercados locales. Hablamos mucho, porque soy preguntona y le pedí que me contara cómo fue su formación profesional y su etapa fuera de Chile, cuando estuvo exiliado en Canadá, donde trabajó y empezó a formar su familia. Fue entonces que me explicó lo desafiante y difícil que fue para él, ser extranjero por varios años, y además tener que no solo ejercer profesionalmente en otro idioma sino también ser pareja y padre y persona en otra cultura. Me dio a entender que sabía cómo podía sentirme yo, estando en un país distinto al mío, y donde debo incorporarme a una sociedad diferente y con otro idioma. Eso fue especial porque a pesar de mis ahora casi 10 años aquí en Chile, me siento igual extranjera y era como él se sentía en Canadá. También recuerdo era muy chistoso – tenía un sentido del humor muy lindo – y cuando me quería compartir alguna reflexión o comentario más sensible o agudo, cambió a hablarme en español, y reímos un rato.

Él era notoriamente muy reservado de su vida personal. ¿Te habló alguna vez de su familia e hijas?

Sí. Desde el inicio del viaje, cuando lo estábamos planificando, siempre notaba que él estuvo muy interesado de volver lo más pronto posible a Chile, para estar con su señora e hijas. Llegamos la noche antes de las reuniones y él se fue la tarde que terminamos, porque se iba a casar prontamente una de sus hijas, Marissa, y quería estar presentes para todas las preparaciones familiares, además de regresar a estar con su señora. Durante nuestras conversaciones, pregunté

sobre sus hijas, su familia, y aunque no compartió tanta información, se notaba muy orgulloso de ellas, de los caminos independientes que seguían, y de las familias que estaban formando.

Una noche fuimos al mercado tradicional en Doha, el Souq Waqif, a cenar, donde atendían en carritos y uno después se sentaba en mesas comunes, al lado de gente local, o familias que vinieron de vacaciones desde Arabia Saudita. Después de comer, me pidió acompañarlo a buscar regalos para su señora y sus hijas.

También me acuerdo que estuvo muy feliz de tener un yerno que se dedicaba a organizar viajes para observar aves en diferentes partes de Chile, porque además de ser psiquiatra, Dr. Minoletti era un aficionado de la ornitología. Durante los años, le mandé fotos de pájaros diferentes que vi por Chile o Estados Unidos, para ayudarme con su identificación, y él me mandó las fotos, de nivel profesional, que él mismo sacó en sus viajes.

En ese entorno de un país tan diferente, ¿cómo crees que se sentía?

Sé que, por su trabajo, él logró viajar a muchas partes, pero nuestro viaje era la primera vez, si no me equivoco, que iba a un país del medio oriente, con una sociedad donde hay muchísima riqueza por el petróleo, con tanto dinero que no sabían qué hacer; construían edificios lujosos, de cristal, simplemente para construir, sabiendo que no había población suficiente que podrán costear la compra de estos departamentos. Aunque hay muchos recursos económicos en Qatar, también se ven grandes diferencias sociales, especialmente porque llegan muchos migrantes, no musulmanes, que hacen los trabajos de menores ingresos, la mayoría como obreros de la construcción para estos edificios. Ellos viven en poblaciones, apartadas de la capital, y no tienen acceso al sistema de salud que nos trajeron para estudiar. Estas inequidades económicas y sociales nos recordaron a Chile, en muchos sentidos. Hablamos sobre las diferencias sociales y religiosas y también sobre los prejuicios y el estigma. Fue muy interesante, porque él nunca criticó. Él entendía las diferencias culturales y sobre todo la influencia del islam. Por ejemplo, los centros “comunitarios” tenían separados los lugares de la atención de hombres y mujeres, y estaban contruidos en unos bunkers.

Qatar estaba en el proceso de abrirse un poco, con la entrada de sedes de universidades estadounidenses y europeos, y con las preparaciones de la copa mundial, mirando hacia un futuro tan lejano, donde los depósitos de petróleo van a acabar en algún momento y su economía, y, por ende, su sociedad, tiene que diversificarse. Al final en nuestro informe, hicimos algunas recomendaciones más estructurales en las conclusiones, con respecto a cómo implementar, en mejor manera, los principios de la Salud Metal Comunitaria y los Derechos Humanos, pero el lenguaje que usamos fue muy sutil y respetuoso. Él estuvo muy preocupado de no imponer sino respetar el contexto y los tiempos de transformación del país.

Visita a Nueva York

En la retina de la joven, quedó grabada a fuego una imagen del Dr. Minoletti actuando a ser un homeless en el metro de Nueva York. Fue otra oportunidad extraordinaria que tuvo Sara de descubrir ese gran sentido del humor que tenía Alberto, sobre todo si el momento era propicio. Esta vez fue en febrero de 2019, cuando estaban en Estados Unidos, para conocer “OnTrackNY”, un programa clínico para adolescentes y adultos jóvenes pasando por su primer episodio de psicosis, llevado a cabo por un equipo multiprofesional y basado en los principios de recuperación, toma de decisiones compartidas, atención centrada en la persona y respeto cultural. Sara y Alberto participaron juntos en un estudio, dirigido por Dr. Rubén Alvarado y financiado por el NIMH (National Institute for Mental Health de EE. UU.) y GACD (Global Alliance for Chronic Diseases), para adaptar este programa a la realidad chilena y evaluar su efectividad.

Sobre este viaje, ¿cuál era el rol de Alberto Minoletti en este estudio?

El Dr. Minoletti era el coordinador de nuestro equipo pequeño, conformados por nosotros tres con María José, para conocer y adaptar el modelo “gringo”, y luego capacitar a los equipos en Chile. Por toda su experiencia, tanto nacional como internacional, con los distintos tipos de centros de salud mental, equipos y políticas públicas, era nuestro líder y mentor, y la persona idónea para encabezar esta iniciativa. Viajamos a Nueva York para ser entrenados en el programa por los fundadores y directores de OnTrackChile, y visitamos a varios centros, en

distintos partes de la ciudad, para conocer a sus equipos y formas de implementar el programa y trabajar con los usuarios. Igual que en Qatar, vi al Dr. Minoletti muy comprometido con el impacto de los servicios de salud mental en la vida de las personas, y muy interesado en entender el contexto, ser respetuoso con los equipos, e intentando ponerse en sus zapatos.

Aparte del trabajo, recuerdo que, a través de un amigo, consiguió entradas para que todos fuéramos al museo de arte más famoso de Nueva York, el MoMA (Museum of Modern Art), y fue muy lindo. Él pasó horas recorriendo los pasillos de no sólo el MoMA sino también el Met (Metropolitan Museum of Art), aprovechando cada segundo para ver y aprender más. Además, él llegó un par de días antes porque planificó una salida especial para visitar aves.

¿Qué significó para ti trabajar con un icono de la salud mental en Chile?

Con María José, nos sentíamos en cierto modo muy privilegiadas, ya que el Dr. Minoletti era un referente muy importante que venía del Ministerio de Salud de Chile y siempre trabajaba con equipos de asesores, y ahora estaba con dos profesionales jóvenes, llenas de energía, opiniones y debates en el zócalo de la Escuela de Salud Pública, donde nos citaba a trabajar. Tomábamos té junto a él, oíamos música clásica y discutimos de la política y las noticias un poco antes de comenzar con nuestros quehaceres. En su oficina tenía fotos de su familia, de sus hijas, y una placa en la cual el Estado de Chile, y el Ministerio de Salud, pedían perdón por su tiempo de exilio. Sentíamos que él estaba siempre con muchas responsabilidades sobre sus hombros, y aunque era sin duda amable y se reía con nosotras, también era exigente. Por lo mismo, en broma, la María José le puso un apodo, el “Mini látigo”. Para hacer un poco más liviano el proceso de trabajo, hicimos juegos de roles y dimos mucha retroalimentación entre todos.

Era muy astuto, en cuanto a las gestiones con los centros y equipos, y nos enseñó que las cosas se deben hacer en el tiempo preciso. Mientras íbamos avanzando por etapas, progresivamente, siempre tuvo en su mente los objetivos centrales y leía bien el escenario, para saber cuándo podríamos esperar y cuándo deberíamos poner un poco más de presión.

En algún momento, tuve muchas dificultades logrando concretar el compromiso con los coordinadores de una unidad de salud mental en Santiago. Lo conversé con él, y dado que él era como una estrella, con tanto prestigio y reconocimiento, que le pedí acompañarme a visitar el centro para conversar con su dirección, y con esto, todo cambió. Su presencia era muy potente. Yo sabía que él provocaba ese efecto, y él también, pero por lo mismo, no le gustaba tanto usarlo. Le gustaba pasar más *piola*, como se dice en Chile, y enfocarse en sus estudios para aportar desde allí.

En torno a su inesperado deceso, Sara se entristece y cuenta que le fue muy difícil procesarlo, especialmente porque ella se encontró fuera de Chile en el momento que falleció. También pensó en el dolor que estarían viviendo su esposa e hijas. Guarda en su memoria enero de 2020, cuando Alberto pidió una licencia médica y supo que estaba afectado por un problema en su piel. “Pero no nos contó detalles y cuando volvimos en marzo, alcanzamos a estar algunas semanas en la Escuela, pero después llegó la pandemia, así que trasladamos nuestras reuniones con él y María José desde la mesa chica de su oficina hasta Zoom. Desde este momento todo el contacto fue por correo, llamada y video conferencia. Noté que él se cuidaba mucho durante la cuarentena y nunca salió. Nos comentó que él se estaba cuidando mucho por su señora. Sin embargo, una mañana él no se conectó a la hora programada de nuestra reunión. Supimos que se había quedado dormido, algo absolutamente inusual para él. A los pocos días, nos escribió que estaba hospitalizado.

Al final, Sara pudo estar presente en una ceremonia de despedida que le hizo la Escuela de Salud Pública en octubre, donde solo a través del zoom pudo conocer a su esposa e hijas. Recuerda que estuvo llorando gran parte de la ceremonia.

Ella cuenta que él falleció justo previo a la capacitación de los equipos de salud mental. Después de todo el arduo trabajo de adaptar el modelo, escribir y editar los manuales y contactar a los centros y equipos, preparando el terreno para la implementación del programa.

“Me da mucha pena que no fue parte de la capacitación, que nunca verá nuestro trabajo con los equipos y cómo todo está resultando. Creo que habría estado contento. Para reconocer todos sus aportes, por ser la persona que impulsó todo, dedicamos los manuales de OnTrackChile a su memoria”.

¿Hubo algo que te marcara para siempre tras conocer este destacado psiquiatra?

Su forma de ser, él estaba siempre preocupado de todos. Estoy resuelta de estudiar psiquiatría al terminar mi internado, o al menos, no me cabe duda que lo que me enseñó, y su legado, siempre marcará mi práctica médica, sea psiquiatra, internista o médica familiar. Heredé su interés en programar políticas públicas por el bien de los usuarios, y estar cerca de ellos – no el mundo académico, realmente - para saber sus necesidades y contextos.



**Su persona fue lo que más
me enseñó**

Zvi Tacussis Oblitas

Al profesor Alberto Minoletti lo conocía sólo de oídas. Había leído documentos y papers de él, pero verlo en personas fue muy llamativo, dice, porque era casi como estar frente a un *rockstar* de la salud mental, reconocido nacional e internacionalmente.

Zvi Tacussis de 33 años, psicólogo, fue estudiante del Magíster de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Sin embargo, dice que lo más que le impresionó fue la humildad que tenía para compartir sus conocimientos, pues en ningún momento hacía sobresalir la posición que tenía, buscando además aprender de sus estudiantes.

El profesor Minoletti fue revisor de tesis de varios de sus estudiantes y en el primer año estuvo a cargo de los cursos de Políticas, Planes y Programas de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y del seminario de segundo año de tesis.

¿Qué recuerdos tienes del profesor?

Era muy humilde, comprometido, detallista y riguroso, muy cercano, pero además de carácter bien estructurado y a veces cascarrabias, creo que más de alguna vez lo sacamos de quicio con preguntas que hacíamos porque él quería hablar de un tema y nosotros le preguntábamos por otros temas y se enojaba diciendo “No estamos hablando de eso”. Quería que nos focalizáramos en lo que él estaba exponiendo. En un grupo muy heterogéneo imagínese lo dispersos que éramos.

Era bastante estructurado en su estilo académico, parece...

Era bien apegado a la estructura para seguir su propio orden, pero cuando se generaban tensiones, siempre noté que escuchaba y quería aprender con nosotros. De hecho, en la última clase que tuvimos con él, me marcó mucho, porque el profe estaba escuchando y se estaba sorprendiendo de lo que nosotros sabíamos respecto a derechos humanos. Él era un experto en esta área y nosotros hablábamos de nuestras experiencias, lo que hemos aprendido en nuestra profesión y lugares de trabajo, y en un momento el profe se detuvo y dijo: En realidad la clase de hoy la están dando ustedes.

¿Qué se discutía en esa clase?

Uno de los tópicos era definir criterios para evaluar estándares de calidad y derechos humanos, y él se basaba en documentos de la OMS, ONU y modelos clásicos, sin embargo nosotros le rebatíamos algunos tópicos de lo que estaba presentando diciéndole que esos criterios dejaban fuera otros aspectos importantes, y se daba el tiempo para escucharnos, dándome la impresión que estaba aprendiendo con nosotros, lo que después la profesora Olga Toro nos corroboró al decirnos que el profe llevaba este magíster como un aprendizaje personal en su vida.

Habló de la humildad del profesor. ¿De qué modo comprobó esa conducta?

Entre sus gestos de humildad como persona, recuerdo que al finalizar el primer semestre abrió un espacio de conversación para evaluar el ramo. No fue fácil, hubo harta crítica y él estaba apoyado en la mesa, con una expresión de mucha preocupación, tomando nota de cada cosa que decíamos. Después vimos que nos envió correos muy categóricos, tomando medidas para remediar lo planteado. Escuchaba, se hacía cargo, y creo que disfrutaba haciendo eso.

¿Por qué siguió este magíster?

En 2018 estaba buscando un magíster y de pronto llegó información de éste a mi correo. Pensé: “esto es lo que ando buscando”, pues me dedico a esta área en Arica y ofrecía todo lo que tiene relación con mi lugar de trabajo. Esa fue mi motivación y dentro de las primeras personas con las que me comuniqué fue con el profe Minoletti, pues estaba atento a los interesados.

¿Qué opinión tenían sus alumnos de él?

A veces, creo que generaba entre nosotros un poco de desconcierto. Él no era muy expresivo emocionalmente, era más bien racional, pero de un carácter muy fraterno, cercano a nosotros, él quería siempre saber qué pensábamos, cómo nos sentíamos y motivaba nuestra participación constantemente. Siempre me impresionó su interés en cada uno de nosotros, lo que no he visto en ningún otro profesor. Por ejemplo, el magíster ofrece la beca Juan Marconi, yo postulé

a ella, pero hubo un funcionario que no la tramitó, yo no sabía esto y de pronto el profe Minoletti se comunicó conmigo para decirme que estaba haciendo seguimiento del caso personalmente, me pareció increíble que se diera el tiempo. Su forma de ser también fue un aprendizaje para mí. Los grandes aprendizajes fueron lo que era él como persona.

¿Cómo era para evaluar a sus alumnos?

Él era crítico, quizás no en todas las áreas, pero en las que él manejaba solía ser muy crítico, no se quedaba callado. Tenía un gesto, que nos daba entre miedo y risa, que cuando estaba sentado y alguien presentaba una idea que no lo convencía, inclinaba su cabeza hacia atrás y se quedaba un rato en silencio pensando. Cuando hacía eso, sabíamos que iba a desarmar la idea con argumentos. Al finalizar una asignatura hicimos una feria de presentación de una investigación, la cual era evaluada, y él pasó por cada puesto haciendo preguntas y comentarios, la ansiedad era bastante, porque en cada puesto hizo varios comentarios críticos, pero ya a esa altura como que esperábamos eso, era su estilo.

¿Conocieron algún rasgo más lúdico de él, no tanto al profe exigente?

Sí, tuvimos el agrado de conocer esa parte, una faceta en donde expresaba su humor. Él era bueno para reírse. En clases no demostraba ser un psiquiatra oscuro, de mucha edad que viene a entregar sus conocimientos desde la altura del saber, él tiraba sus tallas, pero cuando ocurrió el estallido social estuvo muy atento a cómo nosotros lo vivíamos y empezamos a hacer varios encuentros y charlas. Se nos ocurrió entonces hacer una convivencia y le pareció buena idea. Recuerdo que me senté a su lado y comenzamos a molestar a un compañero y el profe estaba atento a las tallas que le echamos, de pronto se sumó también a las bromas. Me quedó claro que tenía un excelente humor, y era muy gracioso, además.

¿Esas cátedras aportaron a su desarrollo como profesional de la salud mental?

Realmente hay cosas que me marcaron hasta hoy. Si bien sus cátedras no eran tan dinámicas y la información no siempre era novedosa, la actitud que tuvo para compartir el conocimiento fue algo que me llamó mucho la atención, el sentir que podíamos dialogar con él, no daba las cosas por hecho y por lo tanto también nos preguntaba. Eso me reforzó la actitud necesaria para el trabajo con equipos de salud mental.

El rol que ejerzo como profesional en Arica es principalmente de gestión y esto implica un rol de diálogo con distintos tipos saberes. Tengo que hablar con comunidades, con equipos de salud mental, con el saber médico de los psiquiatras, con el intersector y con las complejidades del sistema sanitario, sin demostrar superioridad, sino que reconociendo que todos tienen distintas áreas de experiencia, donde cada cual cumple una función que es necesaria. Esta actitud me quedó calcada del profe.

¿Recuerda alguna anécdota entre el profesor y sus estudiantes?

Cuando le discutíamos a veces se frustraba con nosotros, nos decía “¡pero no me hagan preguntas difíciles!”, o cuando hablábamos de cosas distintas a las que él manejaba, pero su frustración era muy grata, era algo que no generaba tensión, sino que incluso lo frustrante podía ser tratado amablemente con él. Él era un caballero, un señor a la antigua, siempre de vestón, incluso nos causaba entre gracia y ternura cuando había clases el fin de semana, y asistía de jeans, pero con vestón, se notaba esa leve diferencia cuando asistía vestido más “informal”.

¿Les comentó alguna vez algo de su vida personal, por ejemplo, del exilio en Canadá que debió enfrentar?

Él era muy poco autorreferencial, habiendo tanto que nos podía contar sobre su historia y experiencias, en la cátedra hablaba muy poco sobre sí mismo, y creo que eso nos faltó, conocer más de él. Hubo un momento durante el estallido social donde cada uno contó algo su experiencia, y el profe Minoletti nos contó muy brevemente cómo fue para él vivir el exilio durante dictadura. Los que estábamos ahí (y después lo hablamos como curso) quedamos muy

impresionados, y queríamos conocer más de su vida y cómo enfrentó esos momentos, pero me sentía inseguro de preguntar cosas más personales, porque percibía al profe como una persona muy protocolar, creo que el vestón tenía su efecto.

¿Recuerda alguna clase que lo haya motivado especialmente a usted como alumno?

Creo que fue cuando dictó sobre el modelo Recovery, modelo que está mencionado en documentos oficiales del MINSAL, pero que poco se sabe sobre de qué se trata y cómo se aplica. Este modelo posiciona al usuario en el centro de la toma de decisiones, reconociendo la autonomía, el trabajo en equipo (entre profesional y usuario) y reconociendo además que las personas pueden recuperar sus vidas. Esto encajó perfectamente en la forma que considero necesaria para el tratamiento de personas con sufrimiento psíquico, creo que fue una de las clases que más disfruté con él. Me parece muy relevante mencionarlo porque este modelo requiere de una actitud específica que el profe demostraba tener en todo momento.

A su juicio, ¿cuál es el legado que deja el profesor Minoletti a las futuras generaciones?

Lo más cercano para mí es este Magíster de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. ¡Creo que fue cumplir un sueño para él! Y realmente él disfrutaba mucho ser director y docente de este magíster. Espero que más generaciones opten por este posgrado. Su legado es inmenso y no podría señalar todas sus áreas, pero por mencionar algunas él fue quien impulsó políticas de salud mental muy trascendentes en nuestro país. Impulsó el segundo Plan Nacional de Salud Mental y dejó un gran legado como investigador. Cualquiera que desee estudiar políticas públicas de salud mental y derechos de las personas con trastornos mentales se encontrará al profesor en las citas de los textos y como autor o editor de documentos internacionales de la OMS. Quizás su legado aún no es tan conocido por las generaciones nuevas. Para mí es muy importante conocer la historia, quienes estuvieron detrás, cuáles fueron los hitos que marcaron el desarrollo de la salud mental en Chile y quisiera que el legado del profe Minoletti quede documentado para las nuevas generaciones.

A las personas que no lo conocieron, a esas futuras generaciones, primero que estudien la historia, ya que solemos recibir en carreras de pregrado o posgrado conocimiento como si fuesen absolutismos, como si estuvieran completamente dados, sin embargo, es algo que se va construyendo a través del transcurso de la historia, el conocimiento no es estático. El profe sabía que el conocimiento nunca está acabado. Con él reforcé que el conocimiento se va construyendo con la participación de las comunidades y no debe estar encapsulado en un sector de la elite, pues las poblaciones tienen mucho que decir y a veces es mayor su saber, por lo que nunca dejamos de ser aprendices.

En una frase, ¿qué le dejó el profesor Minoletti?

Fue un profe muy querido y apreciado, porque siempre fue él mismo, su persona fue lo que más me enseñó.



**Llevó a la academia el
conocimiento científico,
destacando las experiencias
surgidas en Chile**

Carlos Madariaga Araya

Seguramente la empatía que hubo entre ambos surgió tras las experiencias similares que enfrentaron como víctimas durante la dictadura. Quizá fue el primer nexo que unió fraternalmente a los psiquiatras Carlos Madariaga y Alberto Minoletti. Muy pronto se descubrieron en la misma ruta de propiciar una transformación radical del modelo asilar en psiquiatría y abogar por el respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

¿Cómo conoció a Alberto Minoletti y qué los acercó?

Desde mis primeros años de ejercicio profesional trabajé en el campo de los derechos humanos, inicialmente en Santiago y, luego, en 1993, regresé a mi tierra natal, Iquique. Allí, en el Hospital General de Iquique había un servicio psiquiátrico con cerca de 50 camas, con 30 cupos para los llamados “pacientes crónicos” y más de 20 camas para “agudos”, conceptos alienantes que se usaban entonces para identificar a nuestros consultantes del campo psiquiátrico. En esa época la institución presentaba un ambiente institucionalizante, tanto en lo relativo a las condiciones materiales de existencia como respecto del modelo asistencial que allí imperaba, fruto de la persistencia del modelo asilar que le antecedió hasta muy pocos años atrás. Me propuse como jefe de Psiquiatría del hospital de Iquique convocar al pequeño pero joven y motivado equipo de profesionales, técnicos y administrativos con que contábamos a repensar las prácticas de salud mental existentes y a redefinir el horizonte teórico que iba a sustentar dichas prácticas en términos de relevar la trascendencia de lo personal humano, los derechos y la calidad de la atención de las personas. Fue cuando llegó Minoletti a la zona, como encargado del Programa de Alcohol y Drogas dentro de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Alberto pudo conocer de nuestros afanes y se interesó en dar todo su apoyo a los cambios que nos propusimos en orden a levantar una experiencia local de psiquiatría comunitaria, que problematizara el modelo biomédico hegemónico que imperaba en la ciudad.

¿Qué aspectos de la personalidad de Minoletti destacarías?

Desde luego esa perspectiva crítica al modelo hegemónico, su historia personal como exiliado, la conciencia suya de lo que significó la larga e involutiva noche de la dictadura, que invisibilizó el trauma social en la sociedad chilena y lo excluyó

del examen y análisis científico, todo aquello, abrió un campo interesante de colaboración entre ambos para avanzar en el nivel de la provincia con experiencias innovadoras, propositivas y críticas a la visión biomédica. Se suma al hecho que ambos compartimos, de diferente manera, pero con los mismos significados, pesares, pérdidas y dolores, el período histórico del terrorismo de Estado, lo que favoreció la producción de un escenario de confianzas cruzadas para construir otras formas de trabajo en salud mental desde el espacio público, desde la red nacional de salud. En nuestras charlas de entonces tuvimos plena concordancia y hablamos de una sociedad impune, con una transición hacia la democracia que solo ofrecía más de lo mismo y que presentaba muy poca voluntad política para impulsar y liderar las transformaciones en las políticas públicas de salud. Alberto se destacó por su tremenda capacidad para encabezar un proceso de cambios a contracorriente, con mucha determinación y valentía, desafiando con audacia y energía cada obstáculo que aparecía desde diferentes espacios de poder dentro del entramado burocrático del aparato estatal. En este aspecto fue admirable su determinación a defender sus proyectos aún a riesgo de incomprensiones e inestabilidades. Supo aplicar una estrategia de mando en sus equipos de trabajo que combinaba con equilibrio la disciplina y la exigencia de compromiso y calidad con la construcción de equipo, la incorporación de personas con apertura y sin sectarismo alguno, muy movilizado desde su permanente exigencia de calidad y responsabilidad. De esta forma, siempre lo percibí decidiendo en consulta con sus equipos y más allá del ámbito meramente institucional, incorporando en la reflexión y la construcción de estrategias y planes a los actores sociales y comunitarios, a la sociedad civil. Puedo afirmar sin vacilación que sus prácticas relacionales con sus pares fueron democráticas, incluyentes y respetuosas con todo el mundo.

¿Cuál fue la experiencia en Iquique como área de demostración dentro del Plan Nacional de Salud Mental y cuál fue la contribución que hizo el Dr. Minoletti?

Él estuvo durante un largo tiempo acompañando y liderando nuestra experiencia local. A fines de los noventa da la señal de interesarse por las experiencias territoriales, sobre todo el apartado mundo de las regiones, donde estaban pasando cosas y había personas que buscábamos hacer transformaciones. Él

viajó muchas veces a Iquique y comprometió recursos y una fuerte colaboración con quienes estábamos allí. Aunque con más sagacidad que recursos, aplicamos pequeñas trampas al sistema, postulando a proyectos concursables de fondos regionales, gracias a los cuales echábamos a andar dispositivos que, una vez instalados, se hacía imposible cerrarlos al final de cada proyecto. Lo primero fue terminar con la unidad de pacientes crónicos en el hospital de Iquique. Allí, Minoletti nos apoyó con fondos para la puesta en marcha de cuatro hogares protegidos entre Iquique y Alto Hospicio. Fue un proceso muy bonito porque fuimos capaces de superar las comprensibles desconfianzas de pacientes y sus familias gracias a estrategias de trabajo colectivo preparatorio de los cambios, les explicamos que estos cambios apuntaban a superar las limitadas condiciones de existencia que les deparaba una condición de institucionalización a divinis y nos volcamos con esta iniciativa a despertar ciudadanía y expectativas de derechos sociales frente a la institucionalidad de salud. Ayudamos con éxito reinsertar a treinta personas que estaban residiendo en camas hospitalarias en condición de evidente negación de su ciudadanía; esto se consiguió creando un colectivo que integró a profesionales, técnicos y administrativos del Servicio de Psiquiatría con usuarios, sus familiares y las nacientes agrupaciones de éstos, tras una meta de recuperar espacio público para sus vidas, reabrir sueños, enriquecer los vínculos con el mundo social, transformándolos en vecinos de la población, etc. Con esta misma estrategia y método de aprovechar la necesidad para crear el órgano y defender luego su existencia, echamos a andar varios dispositivos, un hospital de día (el segundo en antigüedad en el país), un centro diurno, talleres laborales donde capacitamos a los usuarios para fabricar pan, hicimos una amasandería y consensuamos con las organizaciones de familiares que se hicieran cargo de administrar estos proyectos y dieran la batalla para que las autoridades continuaran dando financiamiento para su supervivencia. Alberto nos impulsó a que los propios actores de la red de salud y salud mental fueran unos verdaderos agentes de transformación y dieran origen a una nueva lógica de atención a través del fortalecimiento de redes sociales y de la participación comunitaria, especialmente mediante el desarrollo y la capacitación de las agrupaciones de base, las cuales fueron a la larga fundamentales en los logros alcanzados en Iquique.

Aunque el éxito nos acompañó siempre en este proceso de transformación, recuerdo un episodio lamentable apenas partieron los hogares protegidos. Al día siguiente del traslado, uno de los usuarios falleció en uno de los hogares protegidos, aunque se trataba de una inevitable muerte natural, tuvimos el temor que este lamentable acontecimiento operase como una bomba. Sin embargo, todo el trabajo preparatorio de esta desinstitucionalización, sobre todo el empoderamiento de las agrupaciones de familiares nos ayudó a abrir camino a una reflexión serena y colectiva sobre lo sucedido y a hacer un sano proceso de duelo y acompañamiento.

Otro inmenso logro fue la progresiva puesta en marcha de un Servicio de Psiquiatría Infanto-Adolescente a partir de un grupo primigenio de profesionales que dispusimos en un sector del Servicio de Psiquiatría del Adulto, al que fuimos de a poco aportando más horas en recursos humanos, hasta que se logró acceder hoy a un dispositivo complejo y multidisciplinario, con 16 camas para situaciones de crisis y que extiende su quehacer hacia el nivel secundario, con trabajo inserto en los Centros de Salud Mental Comunitaria del territorio.

¿Cuál es la actual situación en Iquique en torno a la Salud Mental Comunitaria?

Hoy vivimos un retroceso en muchos ámbitos en que se había logrado avanzar. En esos años incluso tuvimos un programa radial, bautizado por los usuarios como “Aterrizaje forzoso”, que duró mucho tiempo, diseñado y conducido por los propios consultantes de la red. Hoy nada de eso existe, los talleres de apresto laboral fueron traspasados al sector privado. El modelo que está operando es absolutamente biomédico; detrás de este retroceso hay muchos factores que inciden, desde los más estructurales hasta los efectos de la crisis de la salud pública a nivel del sistema de salud chileno y el agotamiento y la frustración de los equipos de trabajadores de los diferentes dispositivos de la red. Cuesta mucho trabajo avanzar, aunque hay avances que se han consolidado en el tiempo, como la adscripción de la red al modelo comunitario en salud mental, la aplicación de la perspectiva de los derechos humanos y los derechos sociales en el quehacer cotidiano de los equipos. En eso Alberto nos respaldó transformando a Iquique en un “área de demostración” para el Ministerio de Salud, lo que nos permitió difundir a nivel nacional la experiencia iquiqueña, acceder a pequeñas cuotas

de recursos financieros y obtener respaldo permanente para las iniciativas que caminaban tras la renovación de las praxis en salud mental.

¿Qué participación tuvo Minoletti en la creación del primer diplomado de salud mental comunitario que ofreció la Universidad de Chile?

En el año 2003 surgió el primer Diplomado de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile para profesionales de la red de salud mental. De ello han pasado casi 20 años. Se hizo en base a un valioso documento que emanó aquellos años, que consultó a muchos autores y recogió aspectos sustantivos de las directrices de OMS y OPS, y analizó los aportes propios de la región latinoamericana sobre el tema. En ese documento estuvo el trabajo de Alberto junto a Rubén Alvarado, Rafael Sepúlveda y yo. Fue un documento muy progresista en la época y sirvió para instalar un proceso formativo tremendamente exitoso. Este documento planteó el concepto de crítica al modelo hegemónico vigente en Salud y en Salud Mental, y exponía una pretensión de cambios, con vistas a impulsar la reforma psiquiátrica en el país. A la fecha más de mil 200 profesionales de la red pública de salud han cursado este diplomado. Aquí también fue vital la gestión de Alberto; él, siendo jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, con no pocas dificultades y obstáculos, logró conseguir los recursos ministeriales necesarios para dictar ese diplomado, en un convenio entre el Ministerio y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Cada año, alrededor de cien estudiantes se forman en este diplomado. En este escenario académico les decimos a los estudiantes: intenten experiencias locales, atrévanse a instalar experiencias innovadoras en el territorio, levanten propuestas novedosas desde abajo hacia arriba; nos reconforta mucho el tomar nota de múltiples procesos locales, realizados con afanes propositivos y de mejoramiento de la calidad de la atención en salud mental para los usuarios de los servicios públicos, con lo cual se prueba que es absolutamente posible transformar las praxis de nuestras disciplinas, mejorar las metodologías, optimizar los procesos terapéuticos y reparatorios de la salud.

En este sentido, destaco la misión que cumplió el Dr. Rubén Alvarado, pues fue quien nos convocó a trabajar en la Universidad de Chile. Esto ha tenido un enorme significado porque ha sido posible participar activamente desde la

academia en la formación de actores sociales a nivel de la red de salud mental con condiciones y experticias para construir caminos de desarrollo en salud mental comunitaria. Todo esto ha sido favorecido con el concurso de la academia, específicamente en nuestro caso, desde la Escuela de Salud Pública, que con este diplomado (y hoy con muchas otras líneas formativas de posgrado en esa misma dirección, incluyendo el Magíster en Salud Mental Comunitaria, que ya va en su segunda versión) ya ha formado a más de 1.200 profesionales que se han titulado con esta mirada y perspectiva de salud mental comunitaria; tenemos egresados desde Arica hasta Magallanes. El liderazgo de Alberto en los últimos años y el aporte de Rafael Sepúlveda como coordinador del diploma desde sus inicios han sido garantes de una experiencia que hoy trasciende el ámbito nacional.

¿Cuál es la contribución del Dr. Minoletti en la formación académica en psiquiatría comunitaria?

La formación docente tuvo su origen en los incontables talleres, jornada y seminarios que convocó Minoletti en distintos espacios de la red de salud mental a partir de los años noventa. Esos encuentros fueron de muy elevado nivel, con invitados internacionales, donde siempre estuvimos problematizando el estado del arte en los temas de salud mental comunitaria. Así fue como, con una velocidad vertiginosa, se acumuló una riqueza de conocimientos y un colectivo humano pensante desde las propias praxis, que permitieron elaborar nuevos planteamientos teóricos, nuevas propuestas, nuevas metodologías de trabajo. Eso ha sido un espiral en desarrollo constante y fue el punto de arranque de lo que vino a ser después el salto a la academia. Allí nos encontramos de nuevo con Rubén Alvarado y Rafael Sepúlveda, ahora enriquecidos con la presencia de profesionales jóvenes con excelente nivel académico y humano, lo que nos alegra mucho en el sentido que se intenta abrir paso a las nuevas generaciones de académicos, preocupación muy constante también de Alberto.

¿La Universidad de Chile ha mantenido el desarrollo en materia de formación académica en posgrados, tales como magister o doctorado en Salud Mental Comunitaria?

Estamos en una fase de demanda internacional. Tenemos estudiantes de Perú, México, Argentina que siguen el Diplomado de Salud Mental Comunitaria. Tenemos también, el Diplomado de Gestión de Servicios de Salud Mental, hace más de doce años. Y tenemos el Magíster de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria ya comentado, lo que es un gran avance. Estamos titulando a la primera promoción del Magíster, lo que también ha sido todo un aprendizaje y empezamos en este año 2021 con la segunda promoción. Esperamos que de aquí a unos años venga el grado de Doctorado en Salud Mental Comunitaria; esta meta ha sido gestada dentro del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, siendo Alberto uno de sus propulsores. El avanzar en el conocimiento científico, en el estudio teórico-práctico sobre la realidad social y el proceso salud – enfermedad mental – atención fue una preocupación de Alberto en orden a fortalecer los cimientos científico-tecnológicos de la perspectiva comunitaria en salud mental al mismo tiempo que profundizar en los aportes que a este objetivo hacen las ciencias sociales, las humanidades, la política, la economía, la cultura. etc. Muy alejado de los riesgos reduccionistas tanto psicobiológicos como sociales en los que se suele caer en este campo.

¿Hubo otras experiencias que usted recuerde como contribución de Minoletti dentro del equipo de la Universidad de Chile?

Alberto quería avanzar en varios aspectos y echó de menos la formación académica y la capacitación para las organizaciones de base, los usuarios y familiares, las organizaciones civiles y se preguntaba ¿cómo formamos allí, ¿qué podemos ofrecer a ellos como universidad? Era una cuestión que ya estábamos discutiendo al interior de la Universidad y lo hemos incorporado como un desafío vigente, tenemos la conciencia y el compromiso de dar un buen paso en esta dirección en el futuro próximo inmediato, con el Proyecto Valentín Letelier “Apoyándonos” (impulso académico de jóvenes, coordinado por Esteban Encina).

Además de este desafío, y junto a la capacitación y formación académica, Alberto se preocupó por el tema de la investigación científica; nuestro programa realiza un extenso programa de investigaciones en variadas líneas, tanto a nivel nacional como internacional, lo que da cuenta de que hemos tomado muy en serio esta preocupación que siempre tuvimos –y, obviamente, también Alberto– por producir nuevo conocimiento científico a partir de nuestras propias prácticas, de nuestras realidades nacionales y locales, con nuestros propios actores sociales. Alberto murió investigando, fue un investigador de siempre, muy obsesivo y acucioso, detallista y preciosista hasta el agotamiento, pero eficiente y productivo, siempre motivando a los demás compañeros de equipo para investigar.

¿En cuál investigación estaba cuando falleció?

Estaba trabajando con Rubén Alvarado, en el proyecto On Track Chile, cuyo objetivo es mejorar los servicios que se brindan a la personas que tienen un primer episodio de psicosis. Todos tenemos diversas líneas de investigación, con diferenciadas áreas de interés. Este grupo hoy es muy coherente en sus objetivos y metas aun cuando no todos tenemos la misma visión de las cosas, hay tensiones y matices. De hecho, con Alberto tuve varias diferencias en cuestiones teóricas principalmente, en torno de las cuales hicimos interesantes y a veces apasionados debates; siempre entendimos que estos momentos son inevitables y muy necesarios en todo equipo, pues es cuando crecemos en la diversidad y en la profundidad de nuestros marcos de referencia científico, sociopolítico y cultural. Yo señalaba que Alberto era algo rígido en sus posiciones, lo cual a mí en particular me desacomodaba un resto y nos conflictuábamos, pero sin perder jamás de vista que lo diverso y la polémica de las ideas enriquece; siempre trató de mirar con objetividad y conciliar, buscar acuerdos generales, dejar un camino abierto para la maduración de los procesos y favorecer la mirada horizontal y democrática en la construcción de saberes.

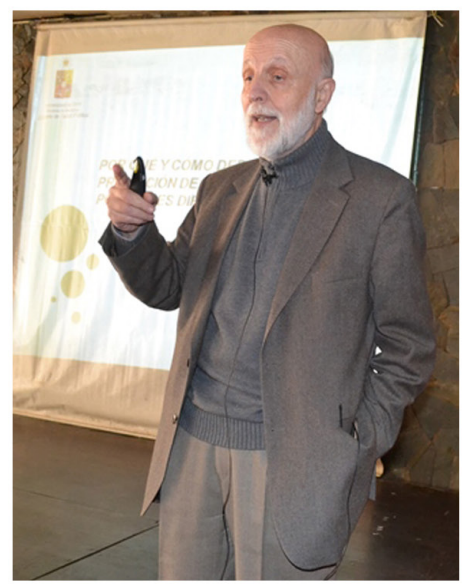
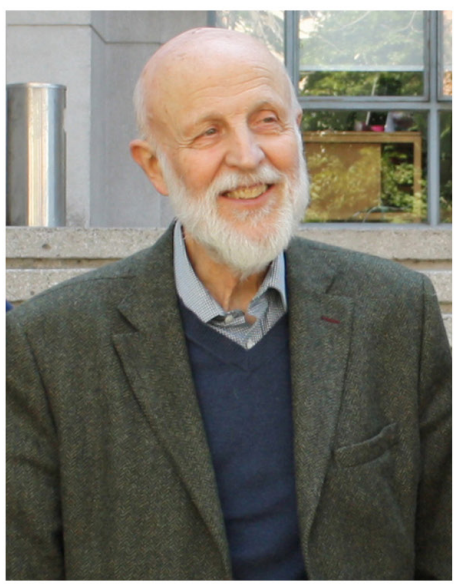
En los diversos relatos de quienes conforman la comunidad universitaria se dibuja un académico riguroso, productivo, transformador, responsable hasta el cansancio y por sobre todo profundamente respetuoso de las personas, los saberes y el colectivo.

Alberto asumió la actividad universitaria con el mismo rigor con el que emprendió todos los proyectos en su vida. Verónica nos muestra el compromiso de Alberto con su Universidad, con sus procesos y exigencias, pues comprendía que los proyectos de formación e investigación no son proyectos unipersonales. Evitó siempre que su posición en la universidad por sí sola le brindara créditos, aunque tenía trayectoria de sobra, nunca hizo halagos al respecto, muy por el contrario, su disposición se centró siempre en sus posibilidades de seguir contribuyendo a las transformaciones anheladas en salud mental, esta vez desde el mundo académico.

Sara por su parte, da cuenta de la sencillez y respeto de Minoletti frente a los diversos saberes, de la importancia de la generosidad del maestro con su estudiante, abriendo las posibilidades de crecimiento y desarrollo de estos últimos genuinamente, en la dimensión científica, humana y valórica. Una práctica de formación integral entregando a los futuros profesionales la posta para continuar un trabajo de transformación de la realidad, pues ha logrado transmitir la convicción de que un mundo mejor es posible gracias precisamente a esos estudiantes. Se trata de un maestro que también es aprendiz, como describe Zvi, que legitima la experiencia de quienes esperan aprender de él y esa actitud en sí misma termina siendo una lección de vida. Un maestro interesado en sus estudiantes, comprometido con cada uno de ellos y ellas, un profe con virtudes y defectos, sin necesidad de disfrazarlos. Un maestro muy exigente, pues no puede ser de otro modo cuando hay tanta confianza en las capacidades de sus estudiantes. Carlos nos deja ver al académico inquieto, muy productivo y construyendo en equipo. Al académico con convicciones, lejos de la ingenuidad de creer que el conocimiento científico es neutro, que mira desde las prácticas en la realidad, que debate las ideas y trata con respeto las diferencias. Y deja entrever la tarea pendiente que deja Alberto a su equipo, la deuda de acercar sistemáticamente el mundo académico a las

personas con historia de enfermedad mental, a las organizaciones de usuarios de servicios de salud mental, a la formación de agentes comunitarios, a empoderar a los pares por experiencia para integrarse activamente a los equipos de salud en Chile. Nuevos proyectos en este sentido han emergido desde el programa de salud mental de la Escuela de Salud Pública, sin duda Alberto sentiría satisfacción. Mantener el trabajo comprometido y riguroso es la mejor forma de honrar la continuidad de su legado.





Capítulo V

**Figura
Internacional
Trascendente de la
Salud Mental
Comunitaria**



Desde 1990, con la Conferencia y la Declaración de Caracas, organizada por el entonces director de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud Dr. Itzhak Levav con la colaboración entre otros del Dr. Benedetto Saraceno, entonces Consultor OPS y luego director de Salud Mental y Adicciones de la Organización Mundial de la Salud, se dio impulso al proceso de lo que se llamó entonces la Reestructuración de la Atención de Salud Mental en América Latina y El Caribe. En este proceso se construyeron fuertes vínculos colaborativos entre países europeos y países de la región, materializados en el despliegue de Consultores europeos en nuestros países. Años después, la experiencia latinoamericana se expresó en colaboración intra regional y en la participación en iniciativas globales y en otras regiones del mundo. Alberto Minoletti es quizá quien mejor encarnó este período. Su experiencia y su solvencia lo constituyeron en un nítido referente internacional y en un gran embajador de Chile en el mundo de la salud mental en cualquier latitud y longitud del globo.



**Su contribución es de
impacto mundial**

Benedetto Saraceno

Alberto Minoletti, y Benedetto Saraceno alcanzaron a lo largo de muchos años una amistad entrañable. Quizás influyó el origen italiano común, pero sin duda, dice Benedetto, fue el compartir un sueño, bajo una perspectiva democrática de la psiquiatría, que diera dignidad de las personas con patologías mentales. Esa amistad se forjó durante 25 años, y se consolidó mientras ambos desempeñaban cargos de alta representación: Benedetto Saraceno como director del Programa de Salud Mental en la OMS y Alberto Minoletti como Jefe Nacional de Salud Mental en Chile. Para Saraceno la historia se divide en tres etapas:

“Hay tres periodos en mi vida en los que está la figura de Alberto. Desde 1990 y 1997 yo aún no era un funcionario importante de la OMS. Era consultor de la OPS. En ese tiempo tuvimos un amigo común: Itzhak Levav. Este me llamaba como consultor para dar cursos en distintos países y apoyar a los programas de reforma psiquiátrica. En 1990 conocí a Alfredo Pemjean, con el cual junto al doctor Levav jugamos un papel central en la formulación de la Declaración de Caracas. En esa conferencia dos países entraron en conflicto, Uruguay y México, pues ambos se sentían impedidos de firmarla, pues serían sancionados por sus respectivos gobiernos. Como por norma general una declaración en el ámbito de Naciones Unidas, como la OPS debe ser aprobada por unanimidad. Pensando que esto podía llevar al fracaso, tanto el doctor Pemjean de Chile como el Dr. David Capistrano de Brasil tomaron el liderazgo y negociaron toda la noche para lograr el consenso y finalmente tuvieron éxito. Gracias a ellos, ambos países votaron en favor de la declaración de Caracas. En mi primer viaje a Chile, conocí a Alberto y se produjo una especial cercanía, tuvimos una enorme resonancia más allá de lo profesional.”

La segunda etapa comienza en 1996, cuando Benedetto Saraceno es nombrado director Mundial del Departamento de Salud Mental de la OMS en Ginebra, período que duró hasta el 2010 cuando se jubila en dicho cargo. En esa época viajó frecuentemente a Chile como director de Salud Mental de la OMS con la idea de apoyar el esfuerzo enorme que estaba haciendo Alberto, pues en ese momento ya Minoletti era el jefe de la Unidad de Salud Mental de Chile.

Benedetto recuerda en forma muy especial ese periodo, donde solía ser invitado al restorán Da Carla, situado a solo cuerdas del Ministerio de Salud. Ese lugar tenía para Saraceno un gran significado pues su dueña había sido amiga de su madre en la década del 40 y ambas habían sido militantes antifascistas durante

la resistencia en Italia. “Fui invitado a cenar allí en varias ocasiones y una noche fuimos con Alberto y otros amigos y estaba allí Sofía Loren, sí, la famosísima actriz italiana”

La tercera y última etapa comienza en 2010 cuando ambos amigos se jubilan. Saraceno de OMS y Alberto Minoletti como jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud en Chile.

Una vez jubilado y junto a Dr. José Miguel Caldas de Almeida, de Portugal, Saraceno creó el Instituto de Salud Mental Global, con la idea de dar cooperación técnica a los países, efectuar investigaciones y crear una maestría en salud mental. Para ello, dice Saraceno, buscamos a un grupo de docentes internacionales de gran renombre y el primer invitado a dar una conferencia fue el Dr. Alberto Minoletti, de Chile. Hasta un año antes de morir Alberto viajaba a Lisboa para dar clases en la maestría. Su amigo detalla aquí un pasaje simpático: Minoletti les hace saber que desea quedarse un par de días más para ir a disfrutar de su pasatiempo preferido, el avistamiento de aves en un lago cerca de Lisboa. ¡Pudo ir y lo vimos feliz como un adolescente! Ese recuerdo fue el último que junto a Minoletti tiene en su retina el Dr. Saraceno. Sin embargo, resalta los cientos de momentos que compartían, hablando cosas de la vida, de la familia, de la esposa, de su exilio en Canadá. “Creamos grandes vínculos y con propiedad puedo decir que fuimos íntimamente amigos”

Saraceno se informó muy tarde de la enfermedad de su amigo, pues este se mantuvo en discreto silencio. Solo cuando agravó, recibió una carta desde Chile del Dr. Rafael Sepúlveda quien le hace saber el crítico estado de salud de Alberto y le pide que le envíe un saludo: “Fue una de las cartas más triste que he escrito en de mi vida. Me contestó y dijo que estaba feliz de recibir mi saludo, pero fueron dos líneas”

¿Qué papel jugó Alberto Minoletti en el panorama internacional de la salud mental comunitaria?

La figura del Dr. Alberto Minoletti estuvo de manera permanente en numerosos documentos técnicos publicados por OMS a través de guías para la salud mental, políticas y organización de servicios. En cada uno de estos documentos de la OMS aparece el nombre de Minoletti ya sea como consultor, asesor, revisor o

experto y en cada uno de éstos es posible identificar su presencia escribiendo, revisando o aconsejando, con grados diferentes de intervención según los aspectos que abordaran esos instrumentos a nivel mundial. Basta que yo abra una página de cualquiera de estos documentos y me encuentro con la presencia de Alberto, en temas de servicios, financiamiento, atención primaria, derechos humanos, legislación, y otra serie que cubren todo el amplio abanico de los temas de la salud mental pública.

Sabemos que también tradujo varios textos del inglés al español.

En la OMS, cada vez que se creó un documento en inglés, se buscaba una traducción impecable y muchos de estos documentos que hoy existen en español, fueron traducidos por Minoletti. Su contribución fue enorme.

¿Cómo definiría a Minoletti?

Fue un hombre que nunca utilizó su trayectoria de militante, su tiempo de exilio y su condición de perseguido como forma auto celebrativa. Fue un transformador de la realidad sin ser sectario. Tenía una admirable capacidad de avanzar en sus propósitos, sin jamás usar el autoritarismo o ser agresivo. Siempre lo hizo escuchando, mediando, con una capacidad diplomática asombrosa. Si aprendí algo muy importante de él fue que uno podía transformar la realidad sin peleas agresivas, sin ideologías radicales. Esa característica me impresionaba y a mí me faltaba. Cuando se enfrentaba a quienes se oponían a los cambios era muy firme en la discusión, pero sin levantar la voz, nunca lo vi perder la calma ni su paciencia. Siempre su voz era pausada. Si hay una definición que exprese mi admiración diría que fue un servidor público radical, siempre manteniéndose dentro de las reglas con equilibrio y con una dimensión moral fuera de lo común, que no se encuentra a menudo.

¿Cuáles fueron, a su juicio, los principales aportes del Dr. Minoletti a la Psiquiatría en Chile?

El hizo tres avances en la psiquiatría chilena: aumentar la capacidad de resolución de salud mental en el primer nivel, instalar un número importante de servicios en la comunidad y abrir camas de psiquiatría en los hospitales generales. Eso fue disminuyendo el rol hegemónico del hospital psiquiátrico y fue un gran avance. Lo malo es que Chile no ha podido terminar con los manicomios, como han hecho otros países y ese es un problema que sigue existiendo. Lo hablamos tantas veces y él se sentía culpable y sentía que faltaba esa reforma psiquiátrica en Chile. También contribuyó al empoderamiento de las organizaciones de usuarios que permitió hacerlos parte del proceso de reforma y eso no pasa en todos los países. Él hizo traer a la gran canasta de enfermedades reembolsadas por el sistema público dolencias en salud mental como la depresión, la esquizofrenia, entre otras y eso le dio dignidad al entrar al GES.

Algunos sectores creen que lo comunitario es político, ideológico que no tiene una base científica, ¿qué opina usted frente a esas afirmaciones?

Opino que es una tontería, hay toneladas de evidencia científica de investigaciones que demuestran que la atención de salud mental en la comunidad tiene varias ventajas por sobre el contexto hospitalario: una menor violación de los derechos humanos, una mayor complacencia con los tratamientos. No es una decisión ideológica, es una decisión basada en ciencias y en las recomendaciones oficiales de la OMS y el que dice eso, no sabe de ciencia ni salud pública.

¿Quisiera dejar un mensaje a quienes hoy están capacitándose en el área de la salud mental?

La salud mental va más allá de la psiquiatría, ésta es solo un fragmento de los problemas en salud mental; está en una dimensión diferente que no se puede categorizar. Usted tiene cáncer o no tiene cáncer; usted puede tener hepatitis o no tener hepatitis, en cambio la salud mental es un continuo que va desde el bienestar hasta la desmoralización, desde el estrés o el trastorno a la discapacidad y las personas navegan en esta línea, pasando por distintos grados. A favor o retrocediendo.

Los problemas de salud mental son más sutiles y la intervención de los profesionales de la salud mental no se puede limitar en esta línea horizontal al pequeño fragmento de enfermo agudo, hospital, cama. La intervención debe contar con un amplio abanico de acciones, desde la prevención, si pensamos en el suicidio, el uso nocivo del alcohol o en los problemas de desarrollo de niños y adolescente. En este último caso no necesitan psiquiatría, se requieren intervenciones prematuras en la familia, en la escuela así como en el caso de las personas con discapacidad mental, ellas no necesitan del hospital psiquiátrico sino de hogares protegidos, trabajo protegido y centros de rehabilitación, porque hay que ir más allá del modelo biomédico tradicional , entonces mi mensaje es que todos recuerden que el psiquiatra no solo es medicina , sino que también es ayuda psicológica, apoyo social, lo que quiere decir que necesitamos de una psiquiatría más humana. Minoletti compartiría este mensaje.



**Alberto Minoletti
creó conocimiento y lo
transmitió**

Itzhak Levav

El Dr. Itzhak Levav, psiquiatra argentino-israelí, por varios años a cargo del programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires en la década del '60. Trabajó junto al Dr. Mauricio Goldenberg, referente muy importante de la psiquiatría en Argentina y promotor de la salud mental comunitaria. Se especializó en la Universidad de McGill, Canadá, y una maestría en psiquiatría social de la Universidad de Columbia, Estados Unidos.

Levav relata que conoció a su colega chileno, el Dr. Alberto Minoletti, cuando llegó de visita al país como consultor de la OPS /OMS y se lo presentó el Dr. Alfredo Pemjean, quien a la sazón ocupaba la jefatura de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud en Chile y a quien conociera durante la conferencia de Caracas en el año 1990.

“Lo que me llamó la atención fue su interés por los programas en problemas de adicción al alcoholismo. Me sentí sorprendido, pues no era un tema especialmente popular entre los más jóvenes, no obstante que Chile tuvo varios maestros en el área. Su dedicación a la atención de las personas con consumo problemático de alcohol combinado con su excelente dominio de temas relacionados con la organización de la atención fue asombroso para mí. Con el paso del tiempo me di cuenta que a lo largo de su carrera hizo demostraciones claras de cómo entendía y cómo debía organizarse la atención de los servicios de salud mental a nivel comunitario”.

El Dr. Levav hace alusión también a otro programa muy relevante en la que Minoletti tuvo un dominio excelente. Se refiere a Derechos Humanos, Legislación y Salud Mental, que enseñaba en India. Eran muchos los abogados, los psicólogos, psiquiatras y enfermeras que seguían sus clases.

Lo recuerda como un profesional informado y muy inteligente, con un excelente dominio del lenguaje, y una versión muy modesta en lo personal. Era un auténtico investigador, un auténtico salubrista.

¿A su juicio, cómo era el Minoletti en su desempeño profesional?

Minoletti era una persona que hablaba con fundamento, con mucha seriedad y de manera muy inteligente. Él era un hombre serio. Recuerdo que en una oportunidad me atreví a hacer una broma y él no la aceptó, pero lo hizo con delicadeza. Él estaba totalmente centrado en el trabajo que estaba realizando con escaso tiempo para la vida social.

¿Usted dice que le llamó la atención que el alcoholismo fuera de interés profesional para el Dr. Minoletti?

Desde que Minoletti regresó a su país, tras su exilio en Canadá, estuvo a cargo de los temas de adicción al alcohol en el Ministerio de Salud en Chile. Este no es un tema popular al cual los psiquiatras se sientan atraídos por desarrollar. Sin embargo, siendo su obligación como encargado de esta materia, lo ejercía con excelencia, haciéndose cargo de la arquitectura que había planificado a través de instrumentos comunitarios, desde el diagnóstico hasta el plano de la acción y evaluación. Eso fue en los comienzos de los años '90 y posteriormente tuvo una visión muy completa de la atención en salud mental. Creo que desde que estuvo en Canadá, organizó su pensamiento que se fue plasmando en torno a la atención comunitaria y es a lo que realmente dedicó sus conocimientos y sus investigaciones.

¿Cuál es el sello de Minoletti en la salud mental comunitaria?

La atención de salud mental comunitaria pecó de estar desprestigiada por la falta de coherencia teórica, de una acción técnica programada y vigilada. Lo que hizo Minoletti fue elevar este modelo, porque él “hizo ciencia”, con programas basados en investigaciones que realizó y luego puso en marcha de manera coherente basados en centros de atención en los territorios.

¿Conoció su trabajo como académico?

En este mismo momento lo estoy recordando. Es como si estuviera viéndolo en el salón de actos de la universidad donde oficiábamos como docentes en la India. Con los años nos encontramos como docentes. Me daba placer escucharle las clases.

Era sumamente cortés y generoso. Solía hacer alusión a trabajos de colegas. Sabía mostrar la diferencia y la coincidencia de pensamiento. Sus cátedras eran de altísima calidad, siempre estaba al día, con un material didáctico cuidadosamente redactado y graficado. Era un hombre muy serio, pero lejos pecar de aburrido, pues contaba con elementos de notable interés y lo hacía con tanta pasión que uno era cautivado con sus enseñanzas.

¿Cómo recuerda las características personales de su colega chileno?

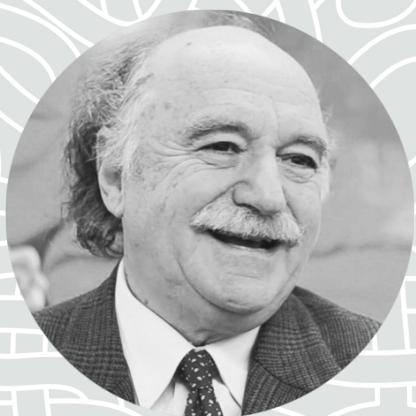
Como un hombre culto, ordenado, serio, muy trabajador y que respetaba a todos y a quien naturalmente era muy fácil de respetar. No lo digo porque hoy no está con nosotros. Realmente me da mucha pena su partida, porque conversar con él y escuchar sus apreciaciones siempre fue algo muy apreciado para mí. Algunas veces me hizo comentarios más críticos de algunos de mis escritos, y en otro caso hizo algunas reformas a uno de mis programas y por lejos, los mejoró.

¿Cómo considera el trabajo que hizo el Dr. Minoletti en organismos como la OPS y la OMS?

La relación que tuvo Alberto Minoletti con la OPS/OMS fue muy activa y preparó excelente material didáctico.

¿Cómo debería ser recordado?

Como un líder, por su contribución a la salud mental en muchos países de varios continentes. Él no es un autor ausente, él sigue activo. Él ha creado conocimiento y lo ha sabido transmitir. Debe ser una presencia sine qua non en Latino América, porque la materia que creó, examinó e investigó es un material que continúa vigente.



**Tiene un lugar
protagónico en América
Latina y el mundo**

Hugo Cohen

El psiquiatra argentino Hugo Cohen, asesor subregional en salud mental OPS/OMS, quien jugara un rol protagónico en los procesos de desinstitucionalización en Río Negro, y en Argentina, coincidió en el propósito transformador de la salud mental en Latino América. Al recordar la figura de Alberto Minoletti afirma que era una persona comprometida y veraz, cuya formación integral hacía que se entregara por entero, de pie a cabeza, a los problemas que afligen a la población, lo cual no es frecuente.

Cohen precisa que viajó a Chile en innumerables ocasiones como consultor de la OPS y veía a un hombre reflexivo y preocupado por hacer bien las cosas, cuestionándose y replanteándose. Señala que participó en una infinidad de eventos, asambleas, conferencias, congresos, jornadas de salud mental.

¿En qué época lo conoció?

Lo conocí en la década del 90. En esa época Alberto estaba a cargo del programa de consumo problemático de alcohol del MINSAL. Era un hombre que mantenía un perfil bajo, era sencillo, llano. Uno de los grandes méritos de Alberto y que viene del plano de la rareza, fue su gran formación académica y el desempeño simultáneo en un cargo de gobierno, eso no recuerdo que lo haya visto en otro país.

¿Recuerda alguna en particular?

Una muy especial, que es muy raro en mi historia, él se ponía al frente como jefe de salud, daba la cara y respondía a los reclamos y demandas. En esa oportunidad en el Hospital El Peral, en pleno proceso de reforma donde me pidió que lo acompañase. Era una asamblea en cuyo auditorio la gente estaba furiosa. Me sorprendió con qué compromiso supo enfrentar el conflicto y orientar el debate hacia buen puerto. Pude ver a un líder.

Recuerdo otro momento en la que una madre reclamó por la situación de su hijo, quien decía que su hijo estaba abandonado por el Estado. Y en ese auditorio, había cientos de personas y Alberto la escuchó y explicó la situación. Un tiempo después la mujer fue la primera en crear una ONG para brindar atención en la comunidad a personas con algún padecimiento mental. Esa madre se constituyó en una protagonista de la transformación psiquiátrica en Chile.

Eso es ejemplar, porque revirtió la situación, de ser alguien que reclamaba pasó a ser quien ayuda a otros.

¿Otra característica del estilo del Dr. Minoletti que a usted lo haya marcado?

Su labor integradora. Alberto pudo articular la cátedra, la investigación, con la gestión a nivel del ministro de salud. Él investigó, publicó, dio clases y en el gobierno impulsó cambios, poniéndose a la cabeza de lo que significaban esos cambios, que fueron muy resistidos. Minoletti tuvo una dimensión muy humana, lo que no es frecuente. Se comprometió personalmente con las personas que sufrían. También me sorprendió su capacidad de conformar equipos de trabajo. Supo tener un equipo interdisciplinario, de profesionales jóvenes, que fueron los que sostuvieron e impulsaron la transformación psiquiátrica en Chile. Es algo muy poco frecuente en la práctica, poco visto.

¿Qué aportes recuerda que dejó el Dr. Minoletti al interior de la OPS?

En la OPS se trabaja rescatando las experiencias, de acuerdo a los contextos de diversidad de los países y obvio, las experiencias transformadoras, innovadoras. Alberto como representante de Chile, siempre tenía un espacio, pues no se podía producir un manual o una declaración sin hacerlo partícipe a él. Escucharlo era parte habitual de las consultas que hace la OPS. Cuando se producía un documento o una declaración siempre decíamos: a ver ¿Qué opinó Minoletti?

¿Alguno en particular que recuerde en favor a los países hispanos?

Tradujo varios textos de la OMS del inglés al español. Uno de estos fue el Quality Rights, elaborado por la OMS y que se refiere a los derechos de las personas con discapacidad. A mi entender, ese documento es uno de los más valiosos de la OMS a nivel mundial, por su contenido y aplicabilidad. Hacer este trabajo es muy significativo, porque no solo se trata de saber el idioma sino técnicamente hay que saber de qué se trata, pues no es una traducción literal. Hoy es un manual de avanzada de la OMS para todo el mundo hispano.

Por otra parte no hay que olvidar el apoyo que brindó Chile, por medio de su participación en el intercambio de experiencias innovadoras con otros

países (iniciativa promovida por la OPS/OMS), TCC es su sigla en inglés. Esta iniciativa de cooperación sur-sur se mantuvo desde 2009 al 2014, con visitas de profesionales de Chile, Perú, Argentina y Uruguay. Simultáneamente los Servicios de Salud Mental de Chile, recibieron profesionales de aquellos países. Esta actividad involucró a ocho países: Perú, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Ecuador, Brasil, Argentina y más de cien profesionales, usuarios y familiares. Lamentablemente este rico y sistemático trabajo, no fue escrito.

Para Chile, ¿Cuál es el legado que deja Minoletti en la salud mental?

Alberto logró impulsar importantes transformaciones. Una de ellas fue en el área de atención primaria. No sé si hay otros países en la región que tengan garantizados los recursos económicos y el personal capacitado para asistir a ese nivel de atención, personas afectadas por esquizofrenia, depresión o por abuso de alcohol. Eso es un producto concreto y muy contundente que sirve de ejemplo para muchos programas en Latinoamérica. Piense que el problema del alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud en el mundo. Es un grave problema de salud pública en la mayoría de los países. Minoletti dejó numerosos programas para la atención del consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Eso fue una obra de él.

Por otra parte, Alberto tuvo la capacidad de integrar la salud mental en la salud pública, y eso ya es un gran logro como políticas de salud. Gracias a su gestión se incorporaron varias patologías de salud mental al GES (garantías explícitas de salud) como la depresión, la esquizofrenia, trastorno bipolar y Alzheimer.

Asimismo logró reconvertir y reorientar el presupuesto nacional que recibían los Hospitales Psiquiátricos de Chile, para que fuese destinado a diversos dispositivos de tratamiento en el territorio. En esto Chile es un ejemplo, porque se traspasaron los recursos y quedó un 60% para comunidad y un 40% para los hospitales psiquiátricos. Es un complejo proceso, no fácil de concretar. Personalmente, considero que queda pendiente a futuro, una mayor

democratización del saber, poniendo a la par a todas las diversas disciplinas del campo socio sanitario.

Usted es académico como también lo fue Minoletti ¿qué percepción tiene de su colega chileno en el área de la docencia?

Efectivamente dirijo en la actualidad cuatro postgrados en distintas universidades del país. En uno de ellos tenemos un recorrido en común. Me refiero al curso internacional de habla hispana de Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos. Ese post grado es resultado de un convenio entre la Indian Law Society de Pune, India y la Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina. Alberto fue docente en India por varios años, y lo invitamos a que nos ayude como director de trabajos finales de los estudiantes. Su fallecimiento nos encontró en plena labor.

¿Cómo cree que será recordado?

El cierre definitivo de todos los hospitales psiquiátricos en Chile será el mejor homenaje que sus seguidores brinden a la extraordinaria labor que emprendiera Alberto.

Será recordado como un líder no solo para Chile sino para muchos países. Él ya tiene un lugar en la historia de psiquiatría democrática Latinoamérica y es uno de los líderes a nivel mundial, por su valentía, capacidad y compromiso. Sería lindo tener muchos Albertos.



Minoletti encontró amplio respaldo de la OPS

Francisco Torres

Tras la Conferencia de Caracas, 1991, varios de los participantes europeos fueron reclutados por la oficina de la OPS en Washington como consultores para los gobiernos de América Latina que los solicitaran. En 1991, en respuesta al Gobierno de Chile, el Dr. Francisco Torres fue asignado como consultor de la OPS. Su primera visita a Chile fue ese mismo año y se mantuvo de manera continua toda la década del 90 y parte de la década siguiente. El responsable de la Salud Mental en el MINSAL era entonces Alfredo Pemjeam. Algunos años después Alberto Minoletti lo reemplazó y su colaboración con el consultor continuó hasta 2015 y quizá más.

Paco Torres recuerda la templanza y sosiego del Dr. Minoletti, que incluso la cual no perdía cuando tenía que afrontar obstáculos no previstos en su trabajo. También su cortesía y su buena educación le hacían ser amable y generoso. Otro rasgo de su personalidad, dice el representante de la OPS, era su capacidad de trabajo, tanto en la planificación de sus actividades como en su ejecución, mostrando con ello la influencia anglosajona de su formación profesional.

El médico español que fue un importante consultor de la OPS para América Latina, describe algo en lo que coinciden varios de quienes conocieron a Minoletti. Era un gran soñador, al estilo de don Quijote de la Mancha, en tanto que era tenaz y testarudo en la ejecución de sus sueños: “Podría decirse de Alberto que era tenaz en sus planes de trabajo, en los que era tan desinteresado o más que Don Quijote”, pero nunca deliró.

¿Cómo vivió usted su experiencia profesional como Consultor la OPS en Chile?

Mi experiencia como consultor, ya lejana en mi vida profesional, fue muy enriquecedora. Muchas veces aprendí más del consultado que él de mí; pero eso lo viví también en otros países latinoamericanos y, por supuesto, fue mucho lo que aprendí de Alberto. Minoletti fue un gran defensor de los derechos humanos. y trabajamos juntos en alguno de sus programas encaminados a la defensa de las personas con discapacidad psíquica. Lo conocí muy bien en ese aspecto y alguna vez participé en la Comisión de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales. Había cosas en las que las administraciones, central y regional ponían obstáculos por negligencia o falta de presupuestos.

El respaldo de la OPS

Durante varias de sus visitas a Santiago de Chile, Francisco Torres, pudo observar situaciones que quebrantaban de manera manifiesta los Derechos Humanos de los pacientes. “Creo que Minoletti encontró en mí el respaldo de la OPS, un apoyo para abrir puertas que él no podía solo”. Se refiere a dos muy relevantes. Una al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, donde le mostraron con orgullo que disponían de quirófano y equipo para realizar lobotomías cerebrales para lo que no disponían de fundamento científico. Le impactó tanto que pronto hizo llegar al Dr. Minoletti copia del informe entregado como consultor a la OPS. De inmediato aquél quirófano se cerró con el apoyo de Minoletti como autoridad del MINSAL. La otra experiencia fue en el Sanatorio de El Peral donde las personas con discapacidad neurológica reptaban y se arrastraban por los suelos. Fue horrible, subraya. También el informe de la OPS facilitó que tanto Minoletti como el Director Mauricio Gómez, trabajando juntos, pudieran acabar con lo descrito. En la visita siguiente le mostraron a esas mismas personas en una casa hogar en sus sillas de ruedas limpias y bien alimentados.

¿Se encontraron con muchos obstáculos las propuestas de Minoletti? ¿Recibió el apoyo de la OPS?

Hasta donde pude saber, Alberto Minoletti y el Minsal tenían un obstáculo primordial que era la estructura del Servicio Nacional de Salud y la manera en que se aportaban los recursos financieros a los municipios o comunas. El respaldo de la oficina de OPS a través de mi consultoría fue a veces un valioso apoyo, como ocurrió en los ejemplos señalados a favor de los DD.HH. de los internos en los psiquiátricos.

Colaboramos también en el caso de los pacientes que además de su enfermedad mental habían cometido un delito punible por la Justicia.

Varios tribunales de Justicia del país advirtieron a los hospitales psiquiátricos de Norte a Sur de Chile que un gran número de sus internos no estaban conforme a las normas jurídicas. Era sí un complejo y gran problema jurídico, lo que llevó al Gobierno de la Nación a constituir una Comisión Interministerial entre Justicia y Salud. Alberto Minoletti vio oportuno que participase en esa comisión y fui invitado como asesor externo. La comisión fue fructífera y se encontró la manera

de individualizar la situación jurídica de los internos con todas sus consecuencias que eso tuvo. El problema quedó abierto con la necesidad de responder a la situación de aquellas personas que además de su enfermedad mental hubiesen cometido un delito por el que deberían mantenerse bajo medidas de seguridad. En consonancia con las corrientes internacionales, decidieron crear unidades sanitarias, no judiciales, donde pudieran recibir programas terapéuticos y bajo medidas de seguridad. El Gobierno de la Nación aportó recursos para crear cuatro de esas unidades, que se suponían iban a estar dispersas en el territorio nacional. Sin embargo, en contra de la opinión que compartíamos Alberto y yo, se decidió sacarlas a una especie de subasta entre las regiones, de tal modo que dos de ellas fueron instaladas en la localidad de Putaendo. Un error que Alberto Minoletti lamentaba pero que no pudo evitar.

Psicólogos Paracaidistas

Otro de los aspectos que ambos profesionales compartieron fue la necesidad de que Chile contara con equipos profesionales de salud mental a lo largo del país; pero no pudo ser por la negativa de la mayoría de los gobiernos de las regiones, ya que las comunas carecían de presupuesto para remunerar psicólogos. Más aún, los presupuestos municipales con frecuencia no podían mantener el costo de los medicamentos prescritos para acabar el mes. Fue entonces cuando Minoletti consiguió presupuesto en el MINSAL para enviar un psicólogo a cada unidad de los servicios de Atención Primaria de Salud. Le llamamos la operación “Psicólogos paracaidistas”. Aún sabiendo de antemano que un psicólogo por sí sólo podría ser un profesional de referencia para derivar pacientes con problemas mentales a servicios especializados. Alberto peleó, pero no consiguió un resultado más favorable dentro de un problema estructural del servicio de salud de Chile.

Torres concluye que el Dr. Minoletti debería ser recordado como el de una buena persona que al mismo tiempo mostraba una gran capacidad de programación. Su debilidad radicaba en su principal virtud: evitaba el politiqueo, la lucha por el cargo de más mando. Su método era la conversación, convencer a través de la palabra.



**Un ejemplo moral para las
nuevas generaciones**

José Caldas de Almeida

José Miguel Caldas de Almeida, profesor jubilado de Psiquiatría y Salud Mental de la Nova Medical School de Lisboa, actualmente, presidente del Lisbon Institute of Global Mental Health y miembro del Comprehensive Health Research Centre, Universidade Nova de Lisboa. Fue Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS (2000-2005) y de la Joint Action on Mental Health and Wellbeing de la Unión Europea (2012-2016).

“La figura de Minoletti fue determinante en torno a lo que Chile avanzó desde el año 2000 en la reforma Psiquiátrica”, afirma con convicción José Miguel Caldas de Almeida, profesor de Psiquiatría y Salud Mental de la Nova Medical School de Lisboa.

Trabajó estrechamente con Alberto desde los inicios de los años 2000 cuando su interés por lo que ocurría en América Latina se incrementó al ser nombrado Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS.

Cuando comenzó a trabajar para la OPS, como responsable del programa de salud mental para América Latina, realizó varias visitas a la región, incluido Chile, lo que permitió a Caldas de Almeida un mayor acercamiento a Minoletti, encontrándose con una de las personas con más conocimientos en la reforma de salud mental que conoció en dichas visitas. En esas oportunidades buscó su apoyo para varios programas que estaban en marcha en la OPS, pues Alberto siempre estuvo disponible para entregar su colaboración técnica, afirma el profesional.

Más tarde, se encontraron en numerosas actividades, tanto en Lisboa, Ginebra, India y otros lugares del mundo, donde Minoletti concurría como invitado para integrar diversas iniciativas en investigación y docencia en programas de la OMS a nivel global.

¿Qué destacaría de la personalidad del Dr. Minoletti?

Alberto era un hombre que no pretendía ser el centro de atención. Era discreto, pero al poco tiempo de conocerlo, uno sabía que estaba con una persona excepcional porque él reunía de manera bastante armoniosa varias características que raramente se encuentran en una sola persona.

Al argumentar su postura, el Dr. Caldas de Almeida subraya que en primer lugar Minoletti contaba con una formación robusta en salud pública, conocimiento

que enriqueció durante su exilio en Canadá y que complementó con su permanente formación profesional en diversos países del mundo: “Tenía un conocimiento muy estructurado de lo que es la salud mental, sabía de su importancia y lo fundamental que es para las familias y para el desarrollo de la sociedad. Con esta misma capacidad Minoletti tuvo además una percepción muy clara de la importancia de reformar los sistemas de salud mental y de cuáles son los cambios que son indispensables para asegurar el éxito pleno de esta reforma”.

Otro aspecto en lo que hace hincapié el ex consultor de la OPS, es la capacidad que tuvo para alcanzar los cambios que se registraron en el modelo de atención en Chile, tarea que realizó, puntualiza, junto a muchas otras personas a nivel nacional y donde quedó claramente de manifiesto su capacidad de liderazgo, que contenía sabiduría y a la vez pragmatismo. Afirma que el modelo implementado en Chile tiene una identidad propia, que lo hace muy diferente a otras reformas y que gran parte de esta particularidad fue por la capacidad de Alberto de formar equipos, lo cual permitió a su vez, bajo su dirección, la formación de profesionales muy bien preparados para seguir su trabajo.

¿Qué factores cree que influyeron a favor de las reformas en salud mental chilena liderada por Minoletti?

Entre otros, su sólido conocimiento sobre los descubrimientos de la ciencia, pero a ello, se suma la gran importancia que le otorgaba a los valores, a los componentes éticos, a los derechos humanos, a la prioridad que dio a los grupos vulnerables y la participación de usuarios y familiares. Poder articular todos estos conocimientos con sentido pragmático y transformar todo en acciones en el territorio es algo muy difícil de lograr.

Lo que provocó también resistencias desde algunos sectores.

Vi esa resistencia en Chile por ejemplo a los cambios de la legislación en salud mental y Alberto luchó mucho para superar esa resistencia, con otra característica que era muy personal y que tiene que ver con su forma amable y elegancia de trato. Era una persona que al inicio parecía reservada pero transcurrido un tiempo era quien más facilitaba el camino para establecer compromisos y puentes con

otros. Lo otro es que era una persona que tenía una generosidad básica, porque no era una persona muy centrada en sí misma, era una persona que sentía una preocupación muy grande por la comunidad y estaba interesado en ofrecer algo a los demás. Aprendí muchas cosas de él, en varios momentos que tuve dificultades recurrí a él. Como director de Salud Mental en mi país y cuando me sentía angustiado frente a la resistencia, intentaba resolver los problemas y me preguntaba ¿cómo Alberto haría en este caso? Él sabía encontrar formas inteligentes de manejar este tipo de problemas.

¿Qué aspectos destacaría de la Reforma Psiquiátrica en Chile?

Diría que Chile es un ejemplo a nivel mundial en el área de salud mental. En políticas, planes y programas, Chile ha sido capaz de desarrollar tres excelentes Planes Nacionales a lo largo de 30 años. Destacaría esa capacidad de entender que, si se quiere hacer una reforma en salud mental, hay que contar con una política y tener un plan estructurado que se va a evaluar más tarde, para luego avanzar en él. Gracias a estos planes Chile ha sido capaz de crear un modelo integrado de servicios con base en la comunidad, en que las intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación son aseguradas de forma coordinada por una red de base territorial, que incluye el hospital general, los centros de salud mental, los dispositivos residenciales y los equipos de atención primaria. Pocos países han logrado implementar, a nivel nacional, un modelo tan integrado como este, y gran parte de este éxito se debe al liderazgo de la reforma por parte de Alberto.

¿Alguna experiencia que usted haya visto en terreno?

Me correspondió visitar el Hospital Barros Luco y otros servicios en la comunidad, que luego se extendieron en todo el país, como hospitales de día, hogares protegidos y otros componentes que se formaron a nivel de los servicios secundarios con la colaboración de los sectores sociales y la participación de usuarios y familias, una perspectiva en la cual el paciente está involucrado en su tratamiento a nivel territorial.

Ha dicho que la formación de equipos fue otro importante legado del Dr. Minoletti

Efectivamente, contó con personas altamente calificadas en los equipos que fueron formadas en el transcurso del desarrollo del modelo. Viene a mi mente los Dres. Rafael Sepúlveda, Mauricio Gómez y Rubén Alvarado, entre otros. Él ha dejado un conjunto de personas muy preparadas que luego se desarrolló en varios cursos en la universidad. Todo ese esfuerzo tuvo un impacto muy grande en Chile y en otros países. Gracias al prestigio de Alberto y de sus colegas, Chile ha establecido acuerdos con varios centros internacionales y ha empezado a ser un ejemplo de muchas iniciativas internacionales – de investigación, capacitación y desarrollo de políticas de salud mental.

¿Hubo países en América Latina que recibieron su colaboración?

Ciertamente. Chile ayudó a muchos países menos avanzados de la región. Un ejemplo claro fue Perú donde la presencia y compromiso de Minoletti estuvo presente y esta experiencia chilena se irradió además entre muchas personas que recibieron el beneficio de programas de cooperación. Chile ha sido un centro de formación y de capacitación para varios países de la región.

A nivel mundial, ¿cómo evalúa el aporte del Dr. Minoletti?

Su papel a partir del 2000 fue significativo a nivel mundial, pues fue de las personas más activas como autor de documentos técnicos, guías y cientos de textos de políticas de Derechos Humanos, de promoción de Salud Mental, prevención y tratamiento de enfermedades mentales. La visión integradora que hacía parte de su formación profesional permitió además que desarrollara una labor docente muy eficiente. La OMS ha utilizado mucho sus textos para capacitación y de hecho nosotros en Lisboa fuimos beneficiados por su colaboración. Incluso en la actualidad usamos el material que generosamente nos ha legado en la Universidad de Lisboa y en el Instituto Global de Salud Mental, donde impartió clases, por lo que las nuevas generaciones están formándose con los preceptos de Alberto, lo que significa que está vivo entre nosotros. Sus saberes en promoción, atención primaria y en Derechos Humanos, entre otros, constituyen hoy valiosos materiales de enseñanza con los que los académicos actuales trabajan y que llevan su crédito.

A propósito de esa labor docente del Dr. Minoletti, ¿cómo definiría su labor de profesor?

A Alberto le gustaba transmitir su conocimiento y lo hacía muy bien. Daba conferencias, hacía clases, era un expositor muy exitoso y se veía que le gustaba, que lo apasionaba compartir su conocimiento personal. Me encontré con él en la India, en Portugal y varios otros países donde daba conferencias sobre derechos humanos y más tarde he coincidido con discípulos de él en Italia, en Ginebra, Suiza y su influencia ha dejado huella muy grande en muchos lugares. Cuando falleció mucha gente sintió no poder contar más con su aporte como académico e investigador, y también de disfrutar de su persona. Me siento afortunado de haber tenido una relación de amistad con él y es un orgullo el ejemplo moral que deja a las nuevas generaciones.

Para José Caldas de Almeida uno de los legados más contundentes que tendrán las nuevas generaciones que se formen en el área de la salud mental es la visión amplia y no reduccionista de la salud mental que tenía el profesor Minoletti y esa complejidad, con sus diversos componentes es la visión que deberán encarnar los nuevos profesionales. Otro aspecto de su legado dice, es la pasión por ayudar a implementar un sistema de salud mental basado en valores. Ser profesional de salud mental no es solo ser un técnico de salud mental de buena calidad, lo cual es muy importante, al mismo tiempo también deben ser personas que aprecien la suerte de trabajar con uno de los grupos más vulnerables del mundo y el poder participar en la liberación de quienes históricamente han sido excluidos y no han recibido la atención que en justicia merecían. El ejemplo de Minoletti, de la pasión que puso por colaborar para cambiar el sistema, es un legado muy importante para los más jóvenes en tiempos que parece ser que está de moda ser un técnico muy bueno, pero solo en un campo pequeño, muy focalizado, enfatiza.

¿Cómo cree que Minoletti será recordado por sus alumnos?

Creo que definitivamente Minoletti es un referente internacional en la academia, hay muchos estudiantes que lo tienen en su memoria y se sienten afortunados de haber sido sus discípulos, a quienes guió en sus tesis doctorales y que hoy son directores de salud mental en sus países. Son la siembra que dejó Minoletti. Él sigue vivo en muchos lugares del mundo, más de los que quizás imaginamos.

¿Qué desafíos enfrentan las nuevas generaciones y que no logró ver cumplir el profesor Minoletti?

Quizás sea el cierre total de los manicomios. Cuando estuve en Chile me di cuenta de que el núcleo de resistencia al cierre de los hospitales psiquiátricos sigue siendo muy fuerte. Pero después de todo, su trabajo en este aspecto significó reducir bastante los recursos asignados a los hospitales para pasarlos a los servicios de atención en la comunidad. Otro aspecto que preocupaba a Minoletti era reducir el estigma y la discriminación que pesa sobre la población con patologías psiquiátricas. Puso mucho interés en buscar formas eficientes de luchar contra el estigma y de ayudar a las personas con enfermedades mentales severas a tener el derecho a recibir atención en espacios no estigmatizantes. Esa es una misión que hay que continuar de manera permanente poniendo el foco en los derechos de los pacientes y en la necesidad que sus vidas sean sujeto de derecho como todo ciudadano.

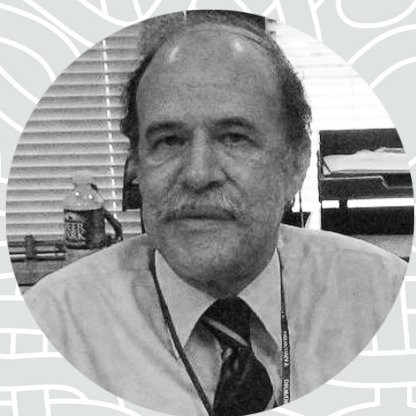
Contar con una ley de salud mental para Chile fue otro de sus propósitos, pero ¿Por qué no se alcanzó a concretar?

Efectivamente no vio ese fruto, porque son procesos de largo aliento, pero que durante el debate representa una oportunidad para avanzar. Chile está en ese proceso y creo que demorar más tiempo no es siempre negativo, porque se trata de un trabajo serio, que debe contar con el apoyo genuino de todos los sectores. Hace 20 años, cuando participé en la redacción de una ley de Salud Mental para mi país tuve que aceptar muchas cosas con las que personalmente no estuve de acuerdo, pero siempre es así. La ley para tener la mayoría debe tener el compromiso de varios sectores, pero lo más importante es el proceso de aprobar. Soy de la generación de Alberto y cuando hago un balance de lo que quisimos alcanzar hace 30 o 40 años atrás, descubro en medio de tantas angustias y tristezas, que hubo cosas que tomaron más tiempo de lo deseado. Sin embargo, al mismo tiempo cuando comparo la situación actual con la situación en los años 80, veo claramente que en varios aspectos logramos avanzar de manera muy importante, eso hace una diferencia enorme, por lo que me siento contento. No podemos ser pesimistas pensando que no hemos logrado mucho, eso no es verdad, hemos logrado avanzar bastante. Lo que realmente me preocupa de la nueva generación de jóvenes psiquiatras es comprobar que están más atraídos

por los aspectos tecnológicos y no vean, como Alberto, la importancia de los determinantes sociales, de la necesidad de adoptar una visión convergente de la ciencia y de tomar en serio los desafíos asociados a las violaciones de los derechos humanos de que son víctimas las personas con enfermedad mental.

La salud mental siempre estuvo más excluida de las políticas de salud, pero hoy con la pandemia por el coronavirus, se ha visibilizado más el sector, siendo un aspecto que siempre remarcó el Dr. Minoletti en torno a aumentar recursos para éste. ¿Cree que esta coyuntura sanitaria debería motivar a los gobiernos para aumentar las inversiones en salud mental?

Efectivamente, en algunos países entre los cuales Portugal la experiencia de confinamiento ha ayudado a entender mejor la importancia de los problemas de salud mental. Ahora se habla mucho más del tema, creo que esta crisis va a ayudar a que mucha gente entienda cosas que antes no valorizaba. En mi país, vamos a recibir una ayuda financiera significativa de la Unión Europea y por primera vez se ha entregado de manera específica un monto considerable para salud mental. Es cierto que la crisis sanitaria producto de la pandemia por el SARS-CoV-2 ha dado más visibilidad a este sector de la salud, pero hay un grupo de personas, que son las que sufren enfermedades mentales más severas, que no han recibido la atención que merecen. A pesar de ello, hay señales de que las cosas van cambiando y esto se debe a los Albertos Minoletti que en las últimas décadas y en forma persistente han llamado la atención para este sector.



**Su liderazgo y capacidad
profesional fue clave para
el continente**

Jorge Rodríguez

La Declaración de Caracas, aprobada en el marco de la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica celebrada en Caracas, a finales de 1990, significó un punto de inflexión en el camino para avanzar hacia una atención de salud mental de calidad y basada en la comunidad, en Latinoamérica. El Dr. Jorge Rodríguez, médico psiquiatra y exjefe de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS, remarca este hito histórico, pues el movimiento por la reforma tomó fuerza en América Latina y se recibió un importante apoyo institucional por parte de algunos gobiernos y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Rodríguez destaca que es importante tener estos elementos en mente para poder comprender mejor el papel del doctor Alberto Minoletti en este trascendental proceso de cambio de la atención de salud mental en nuestro continente.

Al chileno Alberto Minoletti lo conocí por la década de los 90's, al calor del proceso para hacer realidad la Declaración de Caracas —expresó Rodríguez—. Nos encontrábamos con frecuencia en conferencias y reuniones regionales donde coincidíamos los que andábamos, en aquellos años, por los difíciles caminos de la reforma psiquiátrica. Muchas veces eran conversaciones informales, pero siempre me llamó la atención poderosamente su temperamento equilibrado, su capacidad tranquila de análisis, su razonamiento incisivo, pero pausado y convincente, a lo que añadía un carisma que transmitía calor humano y respeto.

El Dr. Rodríguez relata que a partir de 1996 sale de su país natal, Cuba, para ponerse al frente de un proyecto de atención psicosocial a la población afectada por el conflicto armado interno en Guatemala. Posteriormente trabajó como consultor de salud mental de la OPS para Centroamérica hasta que en 2006 es nombrado jefe del Programa de Salud Mental de la OPS, con sede en Washington, DC. En esa época reforzó su vínculo amistoso y profesional con Minoletti.

¿Cuándo se hizo más cercana la relación profesional entre ambos?

En el año 2006, cuando estaba al frente del Programa de Salud Mental de la OPS, no dudé en pedirle su colaboración, pues conocía su trayectoria en Chile, país que llevaba la vanguardia en la región en materia de desarrollo de Programas en Salud Mental. Estos avances eran liderados por Alberto Minoletti

y un equipo de destacados jóvenes profesionales, entre ellos Mauricio Gómez, Rafael Sepúlveda y otros colegas.

¿En qué consistió esa colaboración que usted desarrolló con el médico chileno?

Fue en varios aspectos, de hecho, él se incorporó a un grupo de consultores externos que nos apoyaban en los procesos de cooperación técnica con numerosos países latinoamericanos y caribeños. Pero hubo un hecho que fue muy significativo en nuestra relación, cuando le pedí que trabajáramos juntos como editores de una renovada versión del Manual de Salud Mental para trabajadores de atención primaria, pues la edición existente estaba desactualizada. Me mostró de inmediato un espíritu de colaboración extraordinario.

¿Qué importancia tiene ese manual para quienes trabajan en el nivel primario?

Este es un manual muy significativo pues se focaliza en la atención primaria, como la puerta de entrada a los servicios de salud. Es el lugar más apropiado para el reconocimiento de los trastornos mentales, su evaluación y tratamiento. El libro está diseñado con el propósito de capacitar a quienes trabajan en esta primera línea de contacto con la población para que puedan identificar los problemas mentales más frecuentes y ayudar al usuario en su entorno comunitario. Sin embargo, frecuentemente, este tipo de desórdenes no son reconocidos y no siempre son manejados de manera apropiada. Cuando los trastornos mentales no son atendidos a tiempo y adecuadamente, pueden conducir a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades severas, muertes por suicidio o sufrimiento prolongado del paciente y su familia.

¿Cuál fue la participación del Dr. Minoletti en este manual?

En primer lugar, fue coeditor junto conmigo. Nos tocó planificar, diseñar el libro y después buscar a otros colaboradores, la mayoría chilenos, que se encargarían de escribir los diversos capítulos. Además, él mismo fue autor de algunos capítulos. Tuvimos la oportunidad de trabajar largas horas y sostener pláticas sobre los más diversos temas. Para mí, el trabajo realizado en conjunto

con Minoletti y otros médicos chilenos de su equipo en este Manual, me significó confirmar y valorar aún más su liderazgo y sus características personales, así como apreciar su capacidad profesional para generar cambios en la atención de salud mental en nuestro continente.

Sin embargo, hay metas en el área de la salud mental que no se lograron durante todos estos años, después de Caracas en 1990, y eso provoca frustración, en especial a quienes tanto esfuerzo desplegaron.

Efectivamente queda un gran trabajo aun por delante, pero también hay que mirar hacia atrás y colocar en perspectiva lo mucho que se ha hecho. Por ejemplo, se ha ganado terreno en el campo conceptual. Hace treinta años había grandes defensores, teóricos y prácticos, de los hospitales psiquiátricos. En la actualidad, por el contrario, quienes lo defienden lo hacen a escondidas, detrás de parapetos y ya casi nadie puede oponerse, al menos formalmente, a los procesos de cambio en la red de servicios psiquiátricos en América Latina. Hoy tenemos una solidez teórica y práctica respaldada por la evidencia científica que nos permite decir que ya hemos ganado esa parte de la batalla. Hay países que han avanzado sustancialmente como Brasil, Chile, Perú, Panamá, Costa Rica, Cuba, Uruguay y Belice, entre otros. Pero, indudablemente, el proceso en el continente americano no ha sido homogéneo, y hay otros países que se han quedado rezagados. Esto significa que quedan pendientes aún grandes tareas, así como derribar otras barreras y obstáculos, como algunos de tipo burocráticos y resistencias dentro de las viejas instituciones psiquiátricas.

Pero haciendo un balance objetivo, es indudable que el cuadro actual de la salud mental latinoamericana es muy diferente del que había hace 30 años; hemos avanzado mucho y esto se debe, en gran medida a líderes como Alberto Minoletti. Y hay que continuar adelante y para esto confío en la nueva generación que está tomando la bandera y donde habrá, sin lugar a duda, otras figuras como él.

¿Qué espera de quienes hoy son las generaciones nuevas que están preparándose en este campo de la medicina?

Minoletti fue uno de los grandes de la salud mental latinoamericana del siglo XX, es un ejemplo extraordinario para las nuevas generaciones. Hoy los avances

científicos y el desarrollo social hacen que las condiciones sean menos hostiles a la reforma. Pero hace algunas décadas no era así; grandes y difíciles retos debieron enfrentar las figuras de esa época, como Minoletti, que lucharon contra un sistema manicomial que se negaba a desaparecer; y a pesar de todo se logró progresar. Estamos, actualmente, en otro contexto donde las barreras son de otro tipo y hay factores facilitadores que permiten avanzar, consolidar los cambios y superar los nuevos desafíos.

¿El financiamiento es uno de los grandes desafíos?

El financiamiento es una de las grandes barreras. Las enfermedades mentales y por uso de sustancias representan alrededor del 14% de la carga global de enfermedad y más de un 30% de la carga por discapacidad. Debería existir una correspondencia entre la carga de enfermedad y discapacidad y la distribución porcentual de los presupuestos públicos de salud, pero desafortunadamente no es así. Solo por mencionar un ejemplo, en varios países centroamericanos se dedica menos del 1% del presupuesto general de salud a la salud mental y de esta exigua asignación, el 90% se destina a los hospitales psiquiátricos. Estamos en la necesidad de revertir ese esquema y dedicar la mayoría de los recursos financieros a los servicios de salud mental ambulatorios y descentralizados, así como al nivel primario. Si los gobiernos no hacen una inversión semilla harán más grande la brecha existente, porque los procesos de reforma no se hacen gratis. Hoy enfrentamos una gran carga sanitaria y social por problemas como la depresión y el consumo dañino de alcohol y drogas, desafíos que deberán enfrentar las nuevas generaciones.

¿Y ahora con la pandemia del Covid 19, se han hecho más visibles esos problemas en salud mental?

La pandemia trajo a la escena un componente muy importante del bienestar y la salud integral, como es la salud mental de la población, y así lo han reconocido las autoridades políticas a diferentes niveles. Un ejemplo muy conocido, son las consecuencias del confinamiento, que ha traído mayor consumo de alcohol, crisis de ansiedad, violencia doméstica y depresión. Pero siempre las crisis son también una ventana de oportunidad y la gran tarea hoy es gestionar con los gobiernos para que inviertan en salud mental y que no sólo quede como

discurso la importancia del mejorar los servicios, sino que implique asumir un compromiso real y un gasto. Resulta una verdad indiscutible que la población está sintiendo los complejos efectos psicológicos de esta emergencia sanitaria mundial, algunos incluso se verán en el mediano y largo plazo.

¿Cuál es a su juicio el mayor legado de Minoletti a nivel global y latinoamericano?

Su legado profesional es uno de los más significativos, en el amplio sentido de la palabra. No solo trabajó para reformar los servicios de salud mental en su país, sino que fue un destacado académico, cuya magnífica formación teórica y práctica era incalculable. Por otra parte, puedo destacar su faceta de líder, que empujó con un gran carisma la reforma psiquiátrica en Chile y, sin duda, la experiencia y experticia que entregó desinteresadamente a muchos países de América Latina, lo cual lo eleva como una figura que trasciende al nivel internacional. Hay que destacar, también su colaboración con la Organización Mundial de la Salud OMS, en Ginebra y que lo llevó a ser una personalidad muy respetada a nivel global, en los últimos 30 años.



**Alberto Minoletti tuvo una
influencia estratégica en la
reforma de la atención de
salud mental en Perú**

Yuri Cutipé Cárdenas

El médico peruano Yuri Cutipé relata que, durante su formación como psiquiatra, el nombre que permanentemente resaltaba en el contexto de esta parte del mundo era el del psiquiatra chileno Alberto Minoletti. En informes y documentos que leía siempre surgía su nombre como impulsor de la reforma psiquiátrica en Latinoamérica. Por eso, fue significativo que por el año 2005 tuviese la oportunidad de conocerlo personalmente, cuando Minoletti fue invitado a su país. En ese entonces el Dr. Cutipé ejercía el cargo de Coordinador de Docencia y Capacitación del Instituto Nacional de Salud Mental del Perú, el cual dice, es un equivalente al Instituto José Horwitz de Santiago de Chile.

“En el Instituto de Salud Mental del Perú realizábamos anualmente jornadas científicas y solíamos invitar a profesionales de la salud mental importantes en el mundo académico de fuera del país para participar en los diversos espacios de exposición y debate. En aquel entonces en Perú nos planteábamos la tarea de reorientar los servicios de salud mental de los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad”.

Fue la ocasión que él y los profesionales del Instituto tuvieron la oportunidad de conocer directamente al psiquiatra chileno, quien no solo, comenta, era un activista a título personal en torno a la psiquiatría comunitaria, sino desde el Estado, pues Minoletti era el jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud en el gobierno chileno.

El país vecino estaba iniciando un completo cambio a sus leyes sanitarias, con un fuerte componente de reconocer la importancia de la salud mental, lo que permitió poner en marcha el Plan Nacional de Salud Mental de Perú.

La llegada de Minoletti al Instituto de Salud Mental de Perú, gracias a las gestiones que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) provocó gran revuelo y quienes oyeron sus exposiciones buscaron tener un contacto más cercano con el especialista chileno, mostrándole sus trabajos, generando así interesantes encuentros para esclarecimiento en diversas materias.

El Dr. Yuri Cutipé ejerce desde el año 2014 como director de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y desde entonces ha sostenido numerosos encuentros tanto con el Dr. Minoletti como con su equipo de profesionales que han visitado su país. Entre ellos Rafael Sepúlveda, Rubén Alvarado, Mauricio Gómez, Olga Toro y otros colegas chilenos.

¿Cómo recuerda las intervenciones de Minoletti en esa jornada?

En especial el potente discurso político que tenía, pero no sólo eso, también sus conocimientos técnicos con un fuerte sustento académico y como investigador y gestor de iniciativas para la marcha de los servicios en red. De allí que para nosotros fuera muy difícil rebatir sus argumentos. Todos estábamos muy impresionados, especialmente los psicólogos y psiquiatras más jóvenes. Así mismo, nos llamó mucho la atención que tuviera la preferencia de visitar los servicios comunitarios ubicados fuera del Instituto y recuerdo además el día de la clausura del evento. Hubo allí un momento muy particular, en el instante cuando estaba por abordar un vehículo que le llevara de regreso al hotel y luego a su país.

¿Qué ocurrió en esa despedida?

En ese momento de la despedida, alguien con mucha ansiedad de aprobación frente a un hombre tan reconocido, le preguntó qué opinaba del Instituto y él con una tranquilidad y una agudeza que nos dejó pasmados y pensando muchos días nos respondió: “El Instituto está muy bien, está encantador y por sobre todo está muy bien para sus trabajadores”. Y todos pensamos ¿qué nos quiso decir? Nos quedamos todos mirándonos y tratando de comprender sus palabras. Eso nos llevó a muchas reflexiones posteriores y al fin pudimos darnos cuenta que el Instituto como muchos servicios en el mundo viven mirándose a sí mismos y no mirando a la población. Ese fue finalmente el mensaje que nos dejó. Fue muy inteligente porque eso nos generó mucho desconcierto y luego dio paso a la claridad de su mensaje. En su discurso estaba el tener por delante siempre los derechos de los ciudadanos y de los usuarios y por sobre todo de aquellos que tienen un hándicap en sus posibilidades en su desempeño psicosocial.

¿De qué manera la impronta del Dr. Minoletti está presente en las políticas de salud mental comunitaria hoy en Perú?

Están muy presente. Desde que lo conocí, a la fecha, en Perú han existido varios cambios en las políticas sanitarias en salud mental y el Dr. Minoletti, junto a otros colegas chilenos, encabezados por él, han tenido una presencia permanente

en este proceso, no sólo a la distancia sino en forma personal, ya que ha sido un visitante regular para ir avanzando en el proceso para la consecución de la reforma en los servicios de salud mental comunitaria.

¿Cómo ha sido el proceso de avance de la psiquiatría comunitaria en el Perú?

Ha tenido un desarrollo inicial importante. En 2012 se modificó la ley general de salud, para el reconocimiento de los derechos de las personas con problema de salud mental y obligando al estado peruano a implementar la reforma de la atención de la salud mental del país bajo un modelo comunitario. Desde ese momento comienza a ser acelerada esta historia para el ritmo del país. En 2015 se aprueba el reglamento de la Ley y el primer programa presupuestario y se empiezan a implementar los primeros centros de salud mental comunitaria y los primeros hogares protegidos. Actualmente tenemos 203 centros de salud mental comunitaria y 48 hogares protegidos, y además 30 hospitales generales con unidades de hospitalización psiquiátrica. Contamos con un trabajo en red en cada territorio, con intervenciones entre los centros de salud mental comunitaria y los demás servicios de salud del primer y segundo nivel de atención. También se viene impulsando la vinculación con organizaciones de la comunidad con cada centro de salud mental especialmente en los últimos tres años, inclusive en plena pandemia hemos puesto en funcionamiento 36 hogares protegidos y 48 Centros de Salud Mental Comunitaria más.

¿Cómo calificaría la contribución de Minoletti y su equipo para su país?

Hay tres ámbitos en este proceso de reforma de la atención de salud mental en el Perú en el cual Minoletti tuvo una influencia estratégica. Fue una permanente voz de incidencia política en el sistema sanitario de nuestro país. Siempre fue un difusor y una voz activa abogando por el cumplimiento del Acuerdo de Caracas y tener en cuenta sus postulados en la reforma. En segundo lugar, como formador, al tener la experiencia no solo como académico y gestor, sino como un conocedor de la doctrina de la salud mental comunitaria y las dificultades que presentan los vericuetos de la administración pública. Fue un maestro en este ámbito, pues sabía sortearlos. Recuerdo una visita que hice a Santiago, cuando ya estaba finalizando su etapa como jefe de Salud Mental en el Ministerio de

Salud de Chile. Fue muy amable al recibirme en su oficina privada a eso de las diez de la noche, pues yo debía regresar a mi país al día siguiente. Entonces junto a otro colega lo visitamos y nos dio la madrugada relatándonos toda la historia de lo que fue su gestión y micro gestión en ese cargo. Él nos explicó cómo sistematizaba sus estrategias para el logro de los avances.

¿Qué fue lo que le marcó en esa entrevista con el Dr. Minoletti?

Una de las cosas que más me marcó en esa reunión fue un comentario que nos hizo de una primera evaluación que realizó de su trabajo en el MINSAL. Nos explicó que entre las conclusiones más importantes a las que estaba llegando era que los gestores en salud mental, dada la marginalidad de este ámbito de la salud, debíamos tener mucha agudeza para identificar los ritmos y las oportunidades en consonancia con el desarrollo económico del país y nos mostró un análisis de cómo coincidían los mayores momentos de desarrollo económico en Chile con los peak de desarrollo de salud mental en el país. Entonces nos dijo que era un deber ético del gestor estar atentos a esos peak económicos y agudizar nuestras estrategias gestoras.

Esa enseñanza tan oportuna, ¿la tuvo en consideración en su cargo actual?

Creo que ha sido fundamental esa enseñanza y cuando nos vinimos a Perú, la idea que más comentamos fue tener presente ese deber ético que nos presentó y que ha influido en aumentar de 0,5% del presupuesto al actual de un 2,3 % en salud mental. Tenemos por delante el desafío de llegar al 10% del presupuesto, pero aprendimos también que es una trampa intentar rebajar los costos de la atención de salud mental, sino que, a la inversa, es decir, que la salud mental es cara pero necesaria e ineludible si queremos el desarrollo de nuestra población, como cualquier otro ámbito de la salud.

Nos faltó el tercer ámbito donde el Dr. Minoletti influyó en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria en su país, ¿cuál fue ese?

Efectivamente, el tercer ámbito de su influencia fue el ser un facilitador de redes con Chile y con otros países de nuestra región. Él era una influencia muy importante. Nosotros hemos podido llevar a muchos profesionales a Chile y hacer intercambios con equipos con la universidades y centros de estudios.

El Dr. Yuri Cutipé, afirma que la salud mental en Perú es hoy un área bastante desarrollada, aunque quedan muchos aspectos aun por avanzar. Cuentan con una Ley de Salud Mental del 2019, reglamentada el 2020 y un Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitario 2018-2021

“En las últimas décadas hay mayor conciencia sobre la necesidad del cuidado de la salud mental y la atención a los problemas que presenta en este ámbito de la salud nuestra población”, recalca el profesional, precisando que en este desarrollo la figura del Dr. Minoletti fue definitivamente decisiva.

Testimonios de gratitud

El fuerte apoyo del Dr. Alberto Minoletti para impulsar la psiquiatría comunitaria en el país vecino, fue también enormemente valorado por los profesionales de salud mental que forman parte del equipo del Dr. Cutipé, quienes sumaron su testimonio de gratitud hacia el médico chileno, por su legado que consideran trascendental para ese país.

Rita Uribe enfermera recuerda cuando le dijo que para que haya una reforma en salud mental tiene que haber una voluntad política, asociada a los cambios administrativos del país. Por cierto, fue un gran inspirador, junto a los Dres. Mauricio Gómez y Rafael Sepúlveda, quienes nos ayudaron a hacer posible el sueño de reorientar nuestro sistema de salud acercándolo a la comunidad. Además, cuando hablaron de la Recuperación Total y cómo las personas tenían el derecho a llegar a su mayor nivel de recuperación y de la necesidad de establecer sistemas de atención comunitaria, lo que fue sin duda su principal aporte en mi desarrollo profesional, sostuvo. Por su parte, **Carlos Bromley**, médico psiquiatra destacó el apoyo que les dio para tener un espíritu emprendedor: “Siempre nos iba dando ideas y llevándolas a la práctica, pensando en nunca quedarnos conforme con lo que tenemos. Propuso romper las barreras que separan a las personas con problemas de salud mental de la población. Nos hablaba del bienestar psicosocial y de la mejora de los servicios de salud mental. Esto que estamos aplicando hoy en el Perú ya tiene una resonancia internacional”. Por otro lado la Dra. **Vanessa Herrera**, psiquiatra, subrayó su capacidad docente y su solidaridad: “el legado del Dr. Minoletti es invaluable. Lo conocí cuando era residente de psiquiatría en el Instituto Nacional de Salud Mental en el Perú y él vino a un encuentro sobre la rehabilitación psicosocial. Me impactó lo sencillo y horizontal de su estilo de liderazgo. Posteriormente, tuvimos su colaboración, nos mandaba papers y publicaciones que íbamos leyendo, porque se convirtió en nuestro referente académico. Su impronta fue muy grande en mi vida y lo será en mi quehacer futuro. Pero no solo en mí. Su figura impactó a todos nosotros y en muchas partes más”.

Para **Illary Ramírez**, psicóloga, lo que definitivamente le marcó, fue el modo en que explicó la horizontalidad que debe existir en el trabajo de los equipos: “Dibujó en una pizarra una raya y eso me marcó definitivamente, me abrió los ojos. Para mí, esa raya horizontal fue un destape, porque lo graficó así”. También

recordó el cariño con el cual felicitó a los profesionales peruanos durante un acto académico que se realizó en Chile, donde ella se encontraba presente, porque ya tenían una ley de Salud Mental y un Reglamento en marcha, en su país. “¡Fue emocionante como nos aplaudieron todos!”

En tanto, **Yuly Caballero**, psiquiatra y académica, dice que siempre lo percibió como un hombre sabio: “Me he desempeñado como médica infanto juvenil, además de mi actividad académica, como docente en pregrado y posgrado. Recuerdo que en esa actividad nos acercamos para pedirle una foto. Por cierto, varios queríamos fotografiarnos con él, y nos alentó con mucha energía a seguir adelante con nuestro trabajo en favor de niños, niñas y adolescentes”.

Luz Aragonés, psicóloga, aseguró que los grandes avances del Perú se los deben a Dr. Minoletti: “Tuve la oportunidad de contar con su apoyo en varios temas, especialmente para hacer un programa presupuestal y eso permitió que hoy contemos con 205 centros comunitarios en todo el país y se lo debemos a él y a su experiencia innegable. En cada uno de nosotros perdura su huella y continuará en el futuro”.

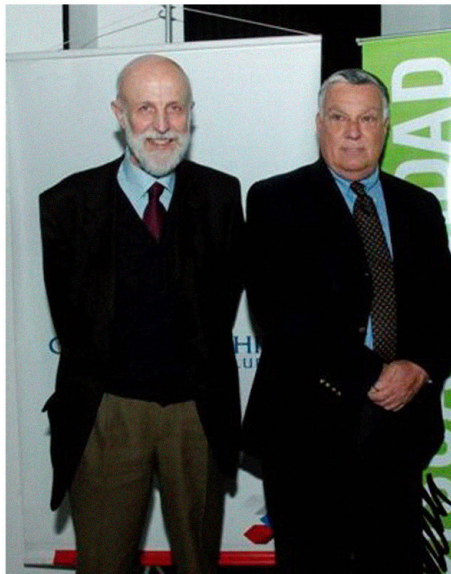
Coinciden los entrevistados en la solvencia de Alberto Minoletti. Solvencia intelectual, profesional, académica y ética. Coherencia, firme y serena convicción. Hablan aquí figuras estelares de la salud mental comunitaria en el mundo en los últimos 30 años, quienes coincidentemente reconocen en él una figura señera y una influencia trascendente y perdurable. Sus palabras permiten al lector no conocedor dimensionar la profundidad y trascendencia del trabajo realizado por Alberto Minoletti en pro de la salud mental comunitaria en Chile, en Latinoamérica y en el mundo.



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Epílogo

Al cerrar este libro de homenaje al Dr. Alberto Minoletti Scaramelli -Alberto, para quienes fuimos sus compañeros y Tito para su familia y amigos- lo hacemos con una convicción más profunda aún sobre su calidad humana y sobre el valor sustantivo de su aporte a la salud mental chilena, latinoamericana y mundial.

Alberto fue portador de nuevas y buenas ideas, las cuales se afanó por convertir en realidad. En este proceso se constituyó en un maestro para quienes fuimos sus compañeros y para sus estudiantes y se erigió en un destacado luchador por los derechos de las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual. Sin duda fue un hombre que pasó por la vida dejando una profunda huella a su paso, tal como él describiera a su maestro el Dr. Juan Marconi cuando le correspondió escribir su In memoriam.

Recordaremos por siempre al Alberto que trabajó con ahínco hasta un par de meses antes de que la enfermedad pusiera fin a su vida, el mismo que amaba viajar, admirar y fotografiar pájaros en sus hábitats naturales y que nunca dejó de leer con avidez sobre todo aquello que le interesaba.

Su vuelo siempre fue persistente y de largo aliento. Sus ideas, su trabajo, sus desafíos aún pendientes. Nos recuerdan día a día su presencia.

Vuela alto Alberto. Gracias por tus ideas innovadoras, gracias por tu enseñanza comprometida y gracias por tu lucha por un mundo mejor.

Acerca de los/as Autores/as de entrevistas

INTERNACIONALES

Dr. Benedetto Saraceno

Italiano, Exdirector del Programa de Salud Mental en la OMS. Neurólogo y psiquiatra formado en la escuela de Franco Basaglia. Entre los años 1996 y 2010 trabajó para la Organización Mundial de la Salud. Ha sido director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (1999-2010), y director del Departamento de Enfermedades No Transmisibles (2007-2009), además de ser el responsable del proyecto Nation for Mental Health. Profesor de Salud global y políticas de salud mental en la Universidad de Lisboa, y dirige el Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS.

Dr. Francisco Torres-González

Español, especialista en psiquiatría, con amplia experiencia clínica en diversos lugares de España. Catedrático de Psiquiatría, Exprofesor Adjunto en Medicina Legal, Consultor de la Organización Mundial y de la Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Expresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Miembro de la Sección Psiquiatría Forense de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), Miembro de Honor de la WPA desde 1999.

Dr. José Caldas de Almeida

Portugués, profesor jubilado de Psiquiatría y Salud Mental de la Nova Medical School de Lisboa, actualmente, presidente del Lisbon Institute of Global Mental Health y miembro del Comprehensive Health Research Centre, Universidad Nova de Lisboa. Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS (2000-2005) y de la Joint Action on Mental Health and Wellbeing de la Unión Europea (2012-2016).

Dr. Jorge Rodríguez

Cubano, MD, PhD Médico psiquiatra y sanitarista. Exjefe de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS. Autor, editor de numerosas publicaciones.

Dr. Hugo Cohen

Argentino, especialista en psiquiatría. Master en Salud Pública, Escuela Andaluza, Granada, España. Jefe del Departamento de Salud Mental de Río Negro, 1985 al 2000. Redactor del proyecto de Ley 2440 de Río Negro y asesor para la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Consultor de la OPS/OMS desde 1996. Vivió en El Salvador, Washington DC y México. Asesor Subregional en Salud Mental desde la oficina de representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2006/2015. Actualmente Profesor en varios Programas de formación de Postgrado en Salud Mental, Desmanicomialización y Derechos Humanos.

Dr. Itzhak Levav

Argentino-israelí, médico psiquiatra, por varios años a cargo del programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Es uno de los referentes históricos más importante de la psiquiatría en Argentina y promotor de la salud mental comunitaria. Se especializó en la Universidad de McGill, Canadá, y obtuvo una maestría en psiquiatría social de la Universidad de Columbia, Estados Unidos.

Dr. Edgardo Pérez

Puertorriqueño, psiquiatra y salubrista, profesor clínico de psiquiatría en las Universidades de Ottawa y McMaster en Ontario, Canadá.

Dr. Yuri Cutipé

Peruano, médico especialista en psiquiatría, director ejecutivo de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú, salubrista, impulsor de la reforma de la atención de salud mental y de la implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental en Perú. Desde el 2014 hasta la actualidad lidera el equipo de la Dirección de Salud Mental, logrando el desarrollo de la red de diversos servicios de salud mental comunitaria en todas las regiones del país.

Sara Schilling

Estadounidense, graduada en Neurociencias y Estudios Hispánicos en la Universidad de Columbia. Investigadora del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, editora asociada de la Revista Chilena de Salud Pública y actualmente estudiante de Medicina de la Universidad de Chile.

NACIONALES

Leonor Cifuentes Fernández

Abogada, titulada en la Universidad de Chile y actualmente Coordinadora de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional de Protección de Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM).

Miguel Rojas Varela

Destacado dirigente social, ocupó la presidencia de la Agrupación de Familiares, Usuarios y Amigos de Salud Mental CORFAUSAM. Actualmente es su secretario general. Fue fundador de la Corporación Nacional de Beneficiarios PRAIS

Ximena Rayo Urrutia

Trabajadora Social, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, integrante Equipo de Salud Mental Ministerio de Salud Chile desde 1991 a 2019.

Zvi Tacussis Oblitas

Psicólogo, Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria primera versión generación 2019, Diplomados en Gestión y Políticas de Drogas, Estrategias para la Dirección en Salud, y DBT. Desempeñándose en el Subdepartamento de Salud Mental del Servicio de Salud Arica, además de ser músico de amplia trayectoria y cofundador de Headlight Productions.

Dr. Alfredo Pemjean Gallardo

Médico psiquiatra de la Universidad de Chile. Fue jefe de la Unidad de Salud Mental, MINSAL, desde su creación en 1990 hasta 1996 y luego entre 2010 y 2014. Ex profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, actualmente académico de la UDP y jefe del Programa de Especialización en Psiquiatría. Experto y Consultor de Políticas de Alcohol y Drogas de la OPS/ OMS.

Dr. Mauricio Gómez Chamorro

Psiquiatra Prof. Adjunto, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur Facultad de Medicina. Exdirector del Hospital El Peral, impulsor del Proceso de Reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en la Red de Servicios de Salud Mental, ex jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, MINSAL. Actualmente es el jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Luis de Buin.

Dra. Verónica Iglesias Álamos

Profesora Asociada de la Escuela Pública de la Universidad de Chile, Doctora en Salud Pública, Magíster en Ciencias Biológicas, mención Ciencias Ambientales; Médico Veterinaria, de la Universidad de Concepción, Directora de Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Dr. Carlos Madariaga Araya

Profesor Adjunto Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Médico psiquiatra, terapeuta familiar sistémico. Doctorante en Procesos Sociales y Políticos Latinoamericanos, Universidad ARCIS; Magíster en Ciencias Sociales, Universidad ARCIS; Profesor. Adj. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile; miembro del Equipo de Trabajo e Investigación en Salud Colectiva (ETISC). Docente de posgrado en magister, diplomas y cursos de salud mental comunitaria, antropología médica, suicidio, interculturalidad y salud, trauma social. Exvicepresidente para América Latina del International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT); consultor y asesor del Ministerio de Salud en temas de Salud Mental y Derechos Humanos, Salud Mental Comunitaria, Interculturalidad en Salud. Línea de investigaciones y publicaciones nacionales e internacionales en estos tres campos.

Paulo Egenau Pérez

Psicólogo, de la Universidad Católica de Chile. Director Académico y Docente Programa Drogas Universidad Central de Chile. Director Social Nacional Fundaciones Hogar de Cristo.

Carlos Vásquez Miranda

Artista visual de vasta trayectoria en el campo comunitario. Múltiples exposiciones de su arte, en Chile y algunos países vecinos, invitado por el Ministerio de Salud. Desde un rol como monitor comunitario ha llevado sus pinturas al ámbito de la red de salud mental y a la comunidad en general, tanto a nivel metropolitano como en regiones. Se ha destacado en el trabajo de rehabilitación para personas con problemas de salud mental en Hospital de Día San Borja Arriarán, Servicio de Psiquiatría del Hospital de Iquique, COSAM de Maipú, de El Bosque y de Alto Hospicio, Casa de Integración en Salud Mental de Rancagua, entre otros.



**Alberto
Minoletti**
el vuelo de un grande

<https://revistasaludpublica.uchile.cl>