

VIII. APORTES, CONSENSO, COMPROMISOS

Como expresión de la prioridad que el Ministerio de Salud otorga a la salud mental, el reconocimiento de que la participación es un principio, y que una empresa de la magnitud y trascendencia de un Plan Nacional requiere del más amplio apoyo y compromiso nacional, surge, en primer lugar, la iniciativa de invitar a diversas instituciones, organizaciones y personas, a realizar un análisis de los elementos básicos de éste. Como un segundo paso, decide presentar la propuesta a expertos internacionales del mayor nivel.

Eso se concreta en dos eventos: la **Conferencia Nacional “Un Plan De Atención Psiquiátrica Para Chile”**, en mayo de 1999, y en el **“Congreso Mundial de Salud Mental”**, en septiembre del mismo año, ambos en Santiago. La responsabilidad directa de la Conferencia Nacional ha correspondido al equipo técnico de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

1. **CONFERENCIA NACIONAL “UN PLAN DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA CHILE” , 18 y 19 de Mayo 1999.**

En dicha conferencia, organizada por el Ministerio de Salud y patrocinada por 15 instituciones y organizaciones para las cuales el bienestar biopsicosocial es un tema de interés y responsabilidad, se analizó en profundidad la Propuesta de un Modelo de Acción, un Programa de actividades y una Red de Servicios Clínicos:

1.1. La Propuesta de Modelo de Acción, entiende como acciones todas aquellas cuyo objetivo es la promoción, prevención, recuperación, tratamiento y rehabilitación, mediante las cuales se aplican los beneficios de las ciencias en un sentido amplio, no restringido a la salud y enfatizando en las ciencias sociales, a las personas, a la población y al ambiente.

Su elaboración fue realizada a través de un proceso que contó con la activa participación de un conjunto multidisciplinario de profesionales de Unidades de Salud Mental de los Servicios de Salud, de Servicios Clínicos de Psiquiatría de adultos, niños y adolescentes, de Hospitales Psiquiátricos, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Hospitales Diurnos, Centros de Rehabilitación, Hogares Protegidos y de Atención Primaria.

En el modelo se definen tanto los Principios Fundamentales en los que se basa como los Enfoques Técnicos, los Criterios de Calidad, el Soporte Organizativo y el Marco Administrativo que deben regir sus acciones.

1.2. La definición inicial de la **Propuesta de Programa de Salud Mental** como el conjunto de actividades a realizar para responder a las necesidades de promoción de la salud mental y de la prevención, detección precoz, recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedades mentales fue elaborada por el equipo técnico de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Refleja la experiencia del país en este campo y representa el esfuerzo por sistematizar la información disponible para construir un diagnóstico lo más acabado posible de las necesidades de la población y las acciones en desarrollo en los últimos años, de las intervenciones posibles y su efectividad, adecuación cultural y costo, de la factibilidad de implementarlas en función del estado actual y las tendencias de cambio del sistema sanitario chileno, en el marco de las políticas de salud y políticas sociales vigentes y futuras.

Han aportado muy significativamente en este trabajo, los distintos equipos de salud mental de los Servicios de Salud, como también del Departamento de Programas de las Personas, de otros departamentos de la DISAP y otras dependencias técnicas del Ministerio.

1.3. La propuesta del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Salud Mental y Psiquiatría es fruto del trabajo de la Comisión Ministerio de Salud - Colegio Médico de Chile / Consejo Regional Santiago, convocada por el Sr. Ministro de Salud en octubre del año 1998. Los dispositivos, nivel de resolución, formas de coordinación y soporte organizacional de la red de servicios están definidos en la “Norma Técnica: Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación”, vigente por resolución exenta N° 802 del 9 de abril de 1999.

El plan estratégico define, en base a las normas y a partir de las brechas de servicios, la expansión de recursos humanos y la inversión progresiva en infraestructura para los distintos dispositivos o lugares de atención necesarios.

1.4. Las **INSTITUCIONES PATROCINANTES** de la conferencia fueron las siguientes:

- Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica (ANAFADIS)
- Asociación de Isapres de Chile Asociación Gremial.
- Colegio Médico de Chile
- Colegio Médico de Chile / Consejo Regional Santiago
- Colegio de Psicólogos de Chile
- Colegio de Enfermeras de Chile
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales
- Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
- Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia
- Sociedad Chilena de Salud Mental
- Sociedad Chilena de Psicología Clínica
- Pontificia Universidad Católica de Chile
- Universidad de Chile
- Universidad de Santiago de Chile

1.5. Participación y Aportes en la Conferencia Nacional .

La Conferencia cumplió plenamente los objetivos propuestos. Durante los dos meses previos a la conferencia se conformaron grupos de trabajo de Usuarios y

Familiares, Formación de Recursos Humanos, Ejercicio Profesional, Financiamiento y Acciones Intersectoriales, que reflexionaron en torno a esos ámbitos. A ellos se invitó a participar a representantes de las instituciones patrocinadoras y a muchas personas con experiencia en el tema.

La inscripción, mediante una ficha, alcanzó a aproximadamente 500 personas, pero la participación real - limitada por el espacio del Centro de Eventos Diego Portales - fue de 360 personas de las más diversas profesiones y actividades, provenientes de todas las regiones del país y que representaban a familiares de pacientes y una amplia gama de profesionales de la salud, y de otros sectores, según la siguiente distribución:

Médicos	34,0%	Otros profesionales de salud	5,2%
Psicólogos	17,0%	Familiares organizados	12,0%
Enfermeros/as	8,6%	Parlamentarios, artistas	14,6%
Asistentes Sociales	5,7%	Periodistas, estudiantes, etc	
Técnicos y Auxiliares	2,1%		

Las distintas actividades de la conferencia contaron con la participación de importantes autoridades, expertos y personas representativas:

a) **Inauguración y Cierre:**

Dr. Alvaro Erazo, Sub Secretario de Salud.

Dra. Ana Cristina Nogueira, Representante OPS en Chile

b) **Conferencia Dr. Donald Wassilenki**, Psiquiatra y Magister en epidemiología de la Universidad de Toronto, involucrado en las políticas públicas de salud mental en Ontario, Canadá.

c) **Conferencia Dr. Francisco del Río**, Jefe del Area de Salud Mental, Jerez, Director del Programa de Salud Mental de Andalucía en España.

d) **Foro “Oportunidad, Factibilidad y Sustentabilidad de un Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para Chile”**, con las exposiciones y análisis de:

- Dr. Alberto Minoletti, Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud
- Psicóloga María Inés Winkler, Presidenta de la Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos
- Sra. Georgina Sepúlveda, Presidenta de la Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica (ANAFADIS)
- Sr. Miguel Rojas, Presidente de la Agrupación Regional de Beneficiarios del Programa PRAIS (Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por la Violación de sus Derechos Humanos”)
- Dr. Fernando Díaz, Presidente de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría”
- Dr. René Merino, Presidente de la Asociación de Isapres de Chile Asociación Gremial
- Dra. Cecilia Acuña, Representante del Fondo Nacional de Salud FONASA

e) **Foro de Clausura**, en el que expusieron el punto de vista de sus respectivas organizaciones respecto a la propuesta:

- Sra. Gladys Corral, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile
- Sra. Isabel Aravena, Presidenta del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile
- Sr. Carlos Urrutia, Presidente del Colegio de Psicólogos de Chile
- Dr. Reinaldo Bustos, en representación del presidente del Colegio Médico de Chile
- Fue leída una carta del Senador Carlos Bombal, presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República
- Dr. Patricio Cornejo, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados
- Dr. Osvaldo Artaza, Representante de la Comisión de Salud de la Candidatura Presidencial de la Concertación
- Sra. Raquel Molina, Representante de la Candidatura Presidencial de la Sra. Gladys Marín

1.6. Conclusiones de La Conferencia

Durante los dos días de la Conferencia, fueron recogidas en forma sistemática y participativa, en los trabajos de los grupos y en las plenarias, la experiencia y los aportes de muchos de los actores, y se logró el máximo consenso posible respecto a cómo abordar el desafío de cuidar la salud mental (Modelo de Atención), mediante qué acciones (Programa) y quiénes debieran realizarlas y dónde (Red de Servicios). Permitted, además, definir una agenda de compromisos y tareas inmediatas a partir del año 2000.

La difusión de la propia conferencia permitió informar y sensibilizar a la población y a las autoridades acerca del problema de la salud mental de los chilenos, las intervenciones en desarrollo y otras posibles, así como de la oportunidad y factibilidad de orientar coordinadamente esfuerzos y recursos para responder a él en los próximos años.

En relación al **Modelo de Acción, Programa, y Red de Servicios Clínicos**, en el trabajo de los grupos y la participación en el plenario se concluyeron los siguientes puntos, los que han sido plenamente incorporados al Plan:

- La propuesta de modelo, programa y red de servicios, explícitamente focalizada en las personas con enfermedades mentales o en alto riesgo de padecerlas y sus familias, debe ser parte de un plan más amplio de salud mental que incorpore las acciones para la promoción y prevención dirigidas también a grupos, poblaciones y al ambiente y con amplia participación comunitaria e intersectorial.
- La implementación de un plan nacional de atención psiquiátrica, en el contexto de un programa de salud mental integral, debe tener un propósito más general: contribuir a hacer mayor conciencia acerca de los condicionantes negativos que se derivan del actual modelo de desarrollo general del país, y aportar a la construcción del nuevo modelo de salud para el país.

- Existiendo acuerdo en torno a los aspectos generales de la propuesta, se considera necesario asegurar su financiamiento, tanto en el sector público como en el privado. El imperativo ético de aliviar el sufrimiento de niños, adolescentes y adultos, exige avanzar en el logro de una atención universal, accesible, oportuna, de alta calidad técnica y humana y con una participación activa de pacientes y familiares.

1.7. Cada grupo elaboró también una agenda de tareas en su ámbito específico de análisis: Protagonismo de Usuarios y Familiares, Financiamiento, Interacción de Salud con otros Sectores, Formación de Recursos Humanos y Ejercicio Profesional, las que están siendo implementadas con distinto grado de avance. Una síntesis de las principales propuestas es la siguiente:

- Definición de instancias formales y procedimientos que aseguren el protagonismo de los usuarios y familiares, el respeto de los derechos de los pacientes, la adecuada interrelación entre ellos y los equipos técnicos y sus responsabilidades como prestadores de servicios de rehabilitación y reinserción social.
- Estudio de las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para la implementación del Plan: Ley de Salud Mental, Legislación laboral (ley **16.744**), tuición ética de los colegios profesionales, modificación de Reglamento de entrega de beneficios para personas con discapacidad.
- Desarrollo de estrategias para el financiamiento del Plan, tanto para los beneficiarios del sector público como del privado.
- Resguardo de las condiciones laborales y de salud mental para las personas que se desempeñan en la atención de salud mental.
- Respaldo del rol de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y del programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Violación de sus Derechos Humanos PRAIS.
- Formación de nuevos recursos humanos y capacitación continua de los existentes en competencias acordes con el modelo de acción, reforzando la interdisciplinariedad en el trabajo de los equipos de salud mental y psiquiatría, y asegurando un enfoque biopsicosocial integral en todas las acciones de salud mental y psiquiatría.
- Estudiar un marco regulador y de financiamiento de políticas intersectoriales que permitan la promoción de factores protectores de la salud mental en las acciones públicas, principalmente de Educación, Justicia y Trabajo.

1.8. Comentarios al Plenario de Conclusiones:

Dr. Francisco del Río:

“Me parece fundamental resaltar la necesidad de contar con un marco legislativo que permita desarrollar el proceso de reforma que implica un Plan Nacional. Puede existir la voluntad pero lo que no está regulado no existe.

En nuestro país fue inmensa la producción de leyes, decretos, reglamentos etc.. algunas referidas al marco general y otras específicamente a salud mental. En España la Ley General de Sanidad recogió una serie de artículos en defensa de los derechos de los pacientes psiquiátricos y en su inclusión como ciudadanos con derecho a las distintas prestaciones del sistema sanitario general. Algunas de las disposiciones generales del Estatuto de Autonomía, de la Ley de Competencias en materia de Salud de la Comunidad Autónoma y, específicamente la Ley que crea el Instituto Andaluz de Salud Mental, el que concentraba todas las competencias y al cual se le asignaba la función específica de desarrollar la red. También existen Disposiciones para la Organización de los Servicios, que hacen referencia a la transferencia del personal, condiciones laborales y modelo retributivo de los profesionales.

Todo eso hay que legislarlo. Si no, el plan es frágil. Y hay que hacerlo con el consenso de todas las organizaciones y cada uno de los estamentos, profesionales, técnicos, auxiliares”.

Dr. Donald Wassilenki

El plan representa una afirmación política importante, con una visión para un nuevo sistema en salud mental y esta conferencia ha sido una oportunidad para que los interesados den forma a esta política. Los pasos siguientes van a requerir un programa de implementación, que defina qué servicios van a ser desarrollados en un año, en 3 años y en 5 años.

Es importante definir métodos de financiamiento, como por ejemplo, contratos que se basan en el desempeño y los per cápita. Va a ser necesario un gran compromiso para la capacitación y formación para contar con los recursos humanos que requiere el Plan. El Ministerio de Salud va a necesitar establecer una unidad de evaluación para asegurarse de que el plan sea efectivo.

Su énfasis en la atención primaria es una fortaleza, al igual que el tener equipos multidisciplinarios. Será necesario definir los roles de Seguimiento de Casos, funciones profesionales específicas y si los usuarios y sus familias van a ser miembros de estos equipos. Finalmente el foco en las adicciones pudiera ser otra más de las fortalezas del plan, porque un 40% de los individuos que tienen enfermedades mentales graves presentan también problemas con las adicciones. Mis sugerencias específicas son:

- El plan debería establecer prioridades para los individuos con enfermedades severas y persistentes que afectan a un 1 o 2% de la población. Si desarrollan servicios para atender a esta población, estos serán efectivos también para tratar a otras personas de la misma población. Una vez identificada esta población con enfermedades severas, entonces deberán desarrollarse los servicios necesarios,

del área de la salud y de otros ministerios: una forma efectiva de organizar los recursos de varios ministerios es la creación de una Comisión para la Salud Mental que los asigne a los programas adecuados para estas personas.

- Recomiendo que los roles de cada componente de este sistema sean muy bien definidos y explícitos.
- Mi observación final se relaciona con la poca adecuación de los recursos actuales para la salud mental en este país. Van a requerir de un fuerte movimiento defensor que tenga una base amplia, con el objeto de poder convencer al gobierno de que se requieren más recursos”.

2. “CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL”, 6 al 10 de septiembre 1999.

La realización en Chile de el XVI Congreso Mundial de Salud Mental, organizado por la Federación Mundial de Salud Mental, permitió dar a conocer y recibir los aportes de los más prestigiados expertos del tema en el mundo.

Como parte del congreso, en el foro “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” se expusieron los principales aspectos del Plan, y este fue comentado por expertos del Centro de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos, de la Organización Mundial de la Salud, del Estudio Salud Mental 2000 de la O.M.S. y del Banco Mundial

2.1. Thomas Bornemann, Vicedirector del Centro de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos. Washington DC.

“Al leer el plan, reconocí inmediatamente sus principales puntos fuertes. Uno es que están considerando de partida un sistema de tipo integrado. La integración debe ser tanto a nivel horizontal como vertical y la salud mental debe ser una parte esencial del sistema de atención de salud. Debe además ser parte del sistema de servicios sociales, del sistema de bienestar y protección de la infancia, del sistema educativo y de todos los otros sistemas que afectan y con los que se relacionan las personas que queremos atender en salud mental. En Estados Unidos, nos ha tomado mucho tiempo llegar a este punto y no se hace de manera uniforme en los distintos Estados, así que aplaudo el esfuerzo de este plan de abordar esta cuestión desde el principio.

Lo segundo es algo muy importante, y que es empezar la exposición del plan con una declaración de valores. En nuestro país, cuando empezamos hace 30 años a discutir sobre nuestros sistemas comunitarios tuvimos un largo debate acerca de los valores que debían inspirar nuestra toma de decisiones, aunque en ese momento la gente que salía de las instituciones mentales no tenía servicios disponibles para ellos. Pero mirando retrospectivamente fue una de las cosas más sabias que pudimos hacer porque tenemos un marco común de entendimiento, cual es que los servicios van a estar centrados en el paciente y su familia.

Es importante definir que la gente debe ser atendida en el ambiente menos restrictivo posible, las personas con enfermedades mentales deben ser protegidos del

abuso y el abandono, porque los servicios descritos en el plan pueden irse adaptando y modificando según las circunstancias, pero lo que no cambiará son los valores en los que se basan.

Tercero, ustedes han abordado también el tema de las actividades interdisciplinarias. Considero que eso es un gran acierto expresarlo claramente y hacerlo parte de la declaración de principios, precisamente porque no es algo fácil de conseguir, por los conflictos que surgen en relación al control y las competencias.

Cuarto, el plan describe una variedad bastante rica de servicios, especialmente de naturaleza psicosocial. La mayoría de las personas con enfermedades mentales más severas requieren muchos tipos de servicios y apoyos.

Quinto, están tomando desde el principio en cuenta lo que los consumidores quieren. Nosotros empezamos pensando en distintos tipos de terapias y medicamentos y nos tomó años llegar a sentarnos con los consumidores y sus familias para preguntarles a ellos qué querían. Y lo que nos dijeron era distinto a lo que nosotros pensábamos, tuvimos que reconocer que no sabíamos cómo tratarlos. Cuando al final consiguieron nuestra atención supimos que lo que querían eran viviendas, empleo, protección frente a la violencia y los abusos.

Por último quiero sugerir que la evaluación de los servicios es absolutamente esencial. No cometan los errores que nosotros cometimos, como fue hacer un trabajo maravilloso durante 20 años con un programa llamado Grupo de Apoyo Comunitario y el Congreso, con razón, más tarde señaló que no teníamos pruebas o evidencias de lo bien que lo hacíamos. Eso significó un gran problema en el financiamiento de nuestros servicios. No cometan ese error, evalúen sus programas, en forma sistemática y extensa, es una inversión que será recuperada en diferentes formas”.

2.2. Doctor Benedetto Saraceno, Director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

“Los principios del Plan son un avance importante para Chile y pueden constituirse en un modelo para todo el Continente. Es muy difícil no estar de acuerdo y tengo dos observaciones que hacer:

Primero, el plan necesita optar, en forma explícita, entre fragmentación versus concentración, en la estrategia de cómo y quién se hace cargo de la demanda.

Creo que después de 20 años de debate sobre la reforma italiana, lo más positivo de ella ha sido la gran variedad de recursos que existen, distribuidos en el territorio, incluyendo al Hospital General y al Hospital Psiquiátrico, con un Centro de Mando Central que es el Equipo de Salud Mental Comunitario. Ahí está el jefe de todo, con la lógica de territorios entre 150 mil y 250 mil habitantes que tienen un punto de referencia, que es el Centro de Salud Mental Comunitario. Este Centro es el que utiliza los distintos niveles de recursos: la hospitalización breve, la hospitalización en el hospital general, el hogar protegido, etc.

Porque si el mando no está concentrado ahí, todo recurso se fragmenta, se

crean territorios aislados que muy difícilmente se comunican y que se pelean por la plata, se mandan unos a otros los pacientes y así los pacientes más difíciles se van directo al hospital psiquiátrico, porque son los pacientes que nadie quiere, son los más complicados de manejar. Hay una opción central cuando se hace un plan de Salud Mental: si tener la capacidad resolutoria, la capacidad administrativa y la capacidad de mando difusa, lo que, aparentemente, suena más democrático; o concentrada, lo que suena más efectivo. Esto es, en realidad, una reflexión.

Segundo, creo que está poco claro el tema del financiamiento. No se especifica si el dinero sigue al paciente o se queda en la estructura. No se entiende bien la relación que tiene la falta de hogares, psicólogos y psiquiatras con que hay demasiadas camas en el hospital Psiquiátrico. Bueno, la disminución de las hospitalizaciones psiquiátricas debiera liberar recursos que ahora están ligados a la cama.

En Italia había un debate muy importante cada vez que se cerraba un hospital psiquiátrico. ¿Dónde iban los recursos? Entonces hicimos un estudio para identificar cuáles eran las masas críticas de camas que había que eliminar de un hospital psiquiátrico para que esta masa crítica generara recursos económicos hacia afuera. Supimos que la disminución de un 25% de las camas genera un recurso adicional, en términos de recursos humanos y financieros. Después hay que disminuir hasta el 45% de las camas para que se generen nuevos recursos adicionales. Los últimos pasos del cierre del hospital generan menos recursos porque hay una masa crítica mínima de recursos que hay que mantener.

No queda claro cómo se va a comportar en Chile la estrategia, que ha sido fundamental en el proceso de reforma italiana, de aumentar el recurso comunitario bajando el recurso hospitalario”.

2.3. Dr. Sergio Aguilar Gaxiola, Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Estatal de Fresno, California y Coordinador para América Latina del Estudio Salud Mental 2000 de la O.M.S

“En el plan que he conocido, encontré que en al menos 9 ocasiones se hace referencia a temas de planificación y evaluación de resultados que son del dominio de la epidemiología. Son los estudios epidemiológicos los que han demostrado que los trastornos mentales se cuentan hoy en día entre los que más carga producen entre todas las enfermedades del mundo, y estiman que la Depresión Mayor por ejemplo ocupará el primer lugar en términos de la carga global de enfermedades en las próximas dos décadas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Pero el plan no define explícitamente un componente de evaluación de resultados esperados. Este es un componente estratégico que sugiero sea específicamente reconocido y resaltado. Su propósito sería promover el mejor uso de los recursos de salud pública a través del desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica sencillo, oportuno, flexible, aceptable, representativo y que permita determinar la efectividad y eficiencia de las intervenciones.

La vigilancia epidemiológica se refiere a la recolección, análisis e interpretación de datos para monitorear problemas de salud específicos: la magnitud y tendencias de

cada trastorno, y la identificación de grupos de alto riesgo, de los factores de riesgo modificables y de los factores protectores. Así se aumenta la probabilidad de identificar correctamente los problemas en la atención y así hacer recomendaciones oportunas y adecuadas para mejorar el acceso, disponibilidad, utilización, integración, coordinación, calidad, eficiencia y eficacia de los servicios.

Los avances en Psiquiatría Epidemiológica permiten monitorear otros indicadores tales como la severidad, pérdida de productividad laboral, calidad de vida, años de vida saludable perdidos, costos médicos como el número de días cama por discapacidad y uso de servicios de salud mental ambulatorios, emergencias hospitalarias, etc. Toda esta información puede ser capturada y analizada en forma oportuna y continua”.

2.4. Dr. Harvey Whiteford, especialista en Salud Mental del Banco Mundial, involucrado en Australia en la reforma del Servicio de Salud Mental por más de 10 años y asesor de los gobiernos de diversos países en sus planes de Salud Mental.

“Para implementar un plan como el que se propone en Chile es muy importante diseñar una estructura de trabajo a largo plazo. En Australia tuvimos un periodo de implementación del plan de salud mental de 5 años. Probablemente no logramos ni la mitad de lo requerido y el Gobierno nos otorgó otros 5 años. Esto es más tiempo del que la mayoría de las personas permanece en puestos de confianza y autoridad en un gobierno o servicio de salud.

La red de aporte a la elaboración del plan es muy importante, porque es muy probable que la implementación sea entregada a muchas y diferentes personas. Un plan nacional de salud es más que lo que el gobierno puede realizar. Todos tienen que asumir responsabilidades, y trabajar con mucha dedicación porque el plan pertenece a todos. Si no se hace así, no será el gobierno el que sufrirá el dolor sino las personas con enfermedades mentales, sus familias y aquellos que los cuidan y ayudan.

En el aspecto financiero yo diría que, además del gobierno, es crucial que las compañías privadas de salud cubran todo tipo de desórdenes mentales. Sin discriminación. A pesar de los inconvenientes, es claro que tener Seguros Privados de Salud ayuda. Así ocurre en Australia y otros países que tienen una gran cantidad de su población con cobertura en seguros privados de salud a un costo conveniente.

La participación y preocupación del plan en la salud primaria aseguraría y garantizaría que estas personas que requieren ayuda puedan ser tratadas por proveedores que entregan ese servicio de salud, en forma que es a menudo más barata, con menos incomodidad y muy buenos resultados. Sin lugar a dudas no pueden tener el mismo resultado que un especialista en la atención de personas con enfermedades psicóticas, grupo de enfermos reconocido como el que necesita más servicios psiquiátricos. Los proveedores de salud primaria pueden ser muy efectivos si reciben un buen entrenamiento en diagnóstico y tratamiento y el apoyo de especialistas de servicios de salud mental. Pero es frecuente que los proveedores de Institutos u Hospitales especializados en salud mental sientan un cierto grado de propiedad sobre los pacientes, lo que dificulta el traslado de responsabilidades a proveedores de salud mental de salud primaria y comunitarios.

Es importante monitorear el plan para poder ver cómo está marchando el sistema, saber los costos de la operación mediante un Centro de Contabilidad o un mecanismo similar, para registrar los gastos efectuados para financiar hospitales y servicios en la comunidad. El mejor servicio que podría existir en el mundo sería aquel en que la población inserta en el sector público recibiera un 60% de las inversiones en la comunidad y un 40% en el cuidado especializado de los pacientes.

Existen organizaciones que no pertenecen al gobierno, no necesariamente de caridad, que a mi juicio deben ser consideradas con respeto y muy legítimas. De hecho, proveen servicios que reducen el sufrimiento, la discapacidad y pueden ayudar al enfermo a una reinserción en la comunidad. Todo esto con un costo muy conveniente. Algunos de estos servicios pueden ser financiados por el gobierno.

Para contar con un informe nacional que muestre cómo progresa la implementación del plan, tanto en su costo como en su efectividad, es importante recoger la información no sólo de los hospitales, sino también de comunidades, servicios no gubernamentales y del sector privado. Para ello se requiere de un lenguaje común y que todos tengan claro la forma de entrega y el uso de la información.

El inicio de un plan se produce cuando hay suficiente nivel de compromiso político, pero esto no necesariamente va a ser siempre así. Esto debe tomarse muy en serio pues el desarrollo del plan podría tomar muchos años y tendrá que ser muchas veces redefinido, perfeccionado y constantemente implementado. Para mantener el apoyo necesitamos poder argumentar lo que estamos haciendo, necesitamos medir los resultados y costos para demostrar que el plan está al alcance financiero del país y al servicio de sus prioridades de salud”.