

**SALUD MENTAL EN CHILE, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DESIGUALDAD: ¿CUÁLES SON LOS ALCANCES DE LA LEY DE PROTECCIÓN A LA SALUD MENTAL?
ENTREVISTA AL DIPUTADO GABRIEL BORIC FONT**

**MENTAL HEALTH IN CHILE, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND INEQUALITY: WHAT IS THE SCOPE OF THE MENTAL HEALTH PROTECTION LAW?
INTERVIEW WITH REPRESENTATIVE GABRIEL BORIC FONT**

VALENTINA VUKUSIC WILLIAMS
Instituto Humaniza Santiago
ps.valentinavukusic@gmail.com

PATRICIA BRAVO MILLAS
Instituto Humaniza Santiago
patriciabravomillas@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo relaciona la elevada prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile, con los determinantes sociales de la salud, y en particular con la desigualdad social. Se consideran los aportes de la Ley de Protección a la salud mental, actualmente en trámite legislativo, como muy significativos en la defensa de los Derechos Humanos de los pacientes, sin embargo, se enfatiza en el acotado alcance de esta, al no considerar asuntos relativos a la red asistencial y el presupuesto. En la parte final, se presenta el diálogo sostenido por las autoras con el Diputado de la República Gabriel Boric Font, quien ha liderado conversaciones en materia de salud mental en los últimos años.

Palabras claves: Salud Mental, Ley, Desigualdad.

ABSTRACT

This paper relates to the high prevalence of mental health diseases in Chile with the social determinants of health, and social inequality. The contributions of the Mental Health Protection Law, currently in the legislative process, are considered as very significant in the defense of patient's Human Rights, however, its limited scope is emphasized, by not considering matters related to the healthcare network or budget. Finally, the dialogue held by the authors with Representative Gabriel Boric Font, who has led conversations on mental health in recent years, is presented.

Keywords: Mental Health, Law bill, Inequality.

No era depresión

EN LOS DÍAS INMEDIATAMENTE POSTERIORES A LA REVUELTA SOCIAL del 18 de octubre de 2019, la connotada escritora nacional Nona Fernández, escribía en prensa sobre los mensajes de la protesta:

“El tiempo se ha detenido. Desde hace más de una semana habitamos un paréntesis de esa vida que tuvimos y no queremos recuperar. En ella nos levantábamos muy temprano para desplazar nuestros cansados cuerpos al trabajo y al pago. Deprimidos nos dormíamos gracias a una pastilla, para después deprimidos despertarnos gracias a otra, y así, deprimidos y grises, seguir funcionando a causa de una más (...) No era depresión, era capitalismo.” Nona Fernandez (2019)

Las explicaciones acerca de lo ocurrido en Chile en el último año son sin dudas múltiples y socio-históricamente complejas, y no es pretensión de esta breve crónica simplificar ni reducir la lectura del estallido social. No obstante, como profesionales del área, reconocemos hace tiempo, con amplia y consensuada nitidez, el profundo sufrimiento individual y colectivo que acompaña a muchos y muchas: la salud mental en nuestro país está en crisis. Además, sabemos que hay grupos particularmente vulnerables a un malestar que puede y muchas veces llega a ser inhabilitante. Esto se relaciona estrecha y causalmente con la calidad de vida, los vínculos y el lugar que se ocupa en la sociedad.

La salud mental chilena en cifras

De acuerdo con el Ministerio de Salud, en su Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, la población chilena mantiene altas prevalencias de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias, y depresión. Las tasas de suicidio (que habían aumentado drásticamente el año 2008) se mantienen en un número elevado, ocupando Chile el segundo lugar de muertes por esta causa en los países OCDE después de Corea del Sur. Las licencias médicas por salud mental ocupan el primer lugar nacional como causa de reposo médico. (González, Larrondo & Alvarado, 2019)

El mayor estudio de Prevalencia a nivel nacional, realizado por Vicente, Saldivia & Pihan (2016), ha señalado que el 36% de las personas mayores de 15 años ha tenido alguna enfermedad de salud mental durante su vida y sólo un 38% de ellas ha recibido tratamiento. Más de 840.000 personas reportan haber sufrido trastornos depresivos, y más de un millón, trastornos de ansiedad. La prevalencia en niños y adolescentes de algún trastorno psiquiátrico alcanza el 22,5%.

De acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (MINSAL 2008) las condiciones neuro-psiquiátricas constituyen en Chile un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura, lo que en el caso de niños y niñas de entre 10 y 19 años aumenta de manera aún más alarmante a un 38,3%.

El 30% de las mujeres embarazadas en nuestro país, sufre síntomas de depresión o ansiedad, llegando a una prevalencia de depresión del 10% durante la gestación. Lo anterior es de suma preocupación, siendo ya evidencia ampliamente aceptada, que la depresión y la angustia durante el embarazo, son los factores de riesgo más importantes para la depresión post parto, que a su vez se relaciona con dificultades en el vínculo de apego y la consecuente repercusión en el desarrollo psico-neuroendocrino de niños y niñas. (MINSAL, 2017)

Otros grupos específicos, como los jóvenes pertenecientes a pueblos originarios y los adultos mayores en nuestro país tienen tasas de suicidio alarmantes. El 25,5% de los suicidios en población perteneciente a pueblos originarios ocurre en jóvenes menores de 20 años, siendo la primera causa de defunción de este grupo. Los suicidios de personas mayores de 75 años son 10 veces más altos que en el resto de la población. (Irrarázaval, 2019)

Las mujeres víctimas de violencia tienen dos veces más posibilidades de desarrollar una depresión y presentar consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias, que las mujeres que no viven violencia de pareja. No existe información específica sobre prevalencia de dificultades de salud mental en población lgbtiq+. (Irarrázaval, 2019)

Determinantes Sociales de la Salud y Desigualdad

La OMS ha afirmado en distintas publicaciones, que la salud mental y la emergencia de patologías está determinada directamente por las llamadas determinantes sociales de la salud, en otras palabras, la calidad de vida de las personas, existiendo amplia evidencia al respecto. En este sentido, se ha afirmado que la salud mental es especialmente sensible a factores socioeconómicos y medioambientales: está determinada por la interacción social, siendo la evidencia más clara de esto, el hecho de que en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo, el riesgo de padecer una enfermedad mental es mucho más alto en asociación a indicadores de pobreza, bajo niveles educacionales y malas condiciones habitacionales. La mayor vulnerabilidad que tienen las personas en desventaja en cada comunidad, a las enfermedades mentales, se puede explicar en gran medida al considerar las implicancias que tiene vivir en inseguridad crónica y con desesperanza. (OMS, 2004)

El Plan Nacional de Salud Mental, refiere que los aspectos más complejos del problema de la Salud Mental en Chile se relacionan las Determinantes Sociales de la Salud, reconociendo la desigualdad como asunto central: en la medida que los países avanzan hacia el desarrollo, en el actual sistema se profundiza la distancia entre pobres y ricos, siendo los habitantes de estratos socioeconómicos bajos quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y mayor severidad de estos. (MINSAL 2017)

En los rankings internacionales, Chile está categorizado con un alto índice de desarrollo humano, con el lugar 38 en el mundo. Estos auspiciosos datos que parecieran hablar de un país que camina hacia el desarrollo, contrastan con otras estadísticas sociales, pues Chile es uno de los países más desiguales de la OCDE. De acuerdo con el PNUD (2017), el 33% del total de los recursos de la economía chilena son captados por el 1% más rico de la población, lo que contrasta con los bajos sueldos y la precariedad laboral que afecta a la gran mayoría. Siguiendo a Errázuriz (2019), esta desigualdad tiene un efecto en nuestra vida cotidiana, impacta la calidad de la educación, la salud, la vivienda y determina en buena medida las interacciones sociales y el trato que reciben las personas en base a su origen y condición socioeconómica. No es de extrañar que la revuelta social, como ha ocurrido en otros lugares del mundo, pusiera la palabra dignidad en el centro.

El bienestar de la población depende necesariamente de la distribución equitativa de los ingresos, pues la desigualdad deteriora las relaciones sociales, la confianza, la esperanza, cimienta la sensación de injusticia, el stress y la frustración. Las sociedades inequitativas no sólo dañan la salud mental de las personas por su bajo nivel de ingresos y limitado acceso a bienes y servicios, sino que también lo hacen al generar emociones de angustia, vergüenza y ansiedad. Los países con mayor desigualdad tienen hasta 5 veces más enfermedades mentales que los países con menores brechas de ingresos. (Wilkinson en Errázuriz, 2019)

La desigualdad impacta principalmente la salud mental de los niños y niñas, pues son quienes viven en mayor proporción en pobreza en nuestro país y tienen menor acceso a atención especializada: El 13,9% de los niños y niñas viven en situación de pobreza por ingresos, y un 22,9% lo hace en situación de pobreza multidimensional. (UNICEF, 2020; González, Larrondo & Alvarado, 2019)

Sistema asistencial y financiamiento de la Salud Mental

Es posible señalar que este aspecto, paradójicamente, se vuelve un determinante social de la salud mental en sí mismo: el acceso a servicios de salud mental de calidad y oportunos en Chile, está en buena medida determinado por la capacidad de pago y el lugar de residencia. Existe en nuestro país un sistema estatal de cobertura de Garantías Explícitas en Salud (GES), que sólo contempla prestaciones para cuatro patologías específicas y en algunos rangos de edad predeterminados: esquizofrenia, depresión en personas mayores de 15 años, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, trastorno bipolar en personas mayores de 15 años y Alzheimer. Las demás necesidades tienen una escasa cobertura y no cuentan con prestaciones garantizadas por el Estado.

A lo anterior, se suma el hecho de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental están concentrados en las grandes ciudades, siendo aún más difícil el acceso a intervenciones oportunas para quienes no viven en las urbes. Además, los incentivos del sistema han hecho que un 50% de los y las profesionales médicas psiquiatras trabajen en el sector privado de salud, que atiende un 20% de la población. En este contexto, ha existido además históricamente, un alto copago a “costo bolsillo” para los usuarios, pues las aseguradoras privadas de salud, ISAPRES tienden, además, a dar escasa cobertura en patologías de salud mental. (González, Larrondo & Alvarado, 2019)

Factores como el costo de fármacos para enfermedades crónicas, el muy superior rechazo de las licencias médicas por salud mental por parte de las ISAPRES frente a enfermedades “físicas”, la centralización de los servicios en grandes urbes, la exigencia de rendimiento asistencial a los profesionales y técnicos, entre otros asuntos, implican grandes brechas entre la realidad y el modelo comunitario de OMS al que Chile adscribe desde 1992. (Larraín & Abusleme, 2017)

Respecto del financiamiento, es importante considerar que el gasto público en salud mental en Chile ha ido aumentando, de un 1% en 1990, llegando hoy a un 2,3% del gasto total en salud, pero está aún muy por debajo del mínimo recomendado por la OMS. A pesar de que el Ministerio de Salud ha planteado desde su plan de acción del año 2000 la necesidad de aumentarlo al 5%, esto no se ha concretado. En este contexto, los equipos de salud mental tienen que abocarse casi exclusivamente a tareas curativas, con población que debe esperar para recibir atención, lo que aumenta entre otros problemas, la automedicación y la cronificación de las patologías. En este contexto, las tareas promocionales y preventivas quedan forzosamente en segundo plano, siendo evidente la discordancia entre el ideal de gestión basado en un modelo de salud mental comunitaria y las exigencias de una gestión basada en gran medida en el cumplimiento de metas cuantitativas. (MINSAL, 2017)

Presupuesto y Ley de Protección a la Salud Mental: ¿Qué se está tramitando?

A partir de los antecedentes planteados en este documento, es posible señalar que la salud y las enfermedades mentales son, un problema con gran prevalencia en nuestro país, lo que nos invita a reflexionar acerca de las condiciones de vida de nuestra población desde la óptica de los determinantes sociales de la salud y la desigualdad. En este sentido, la experiencia clínica y la información estadística disponible no se alejan de lo planteado por la OMS: la desventaja genera peores condiciones de vida, que son determinantes sociales de la salud mental; y la desigualdad fuertemente conectada a esta desventaja, genera stress, ansiedad, vergüenza, inseguridad, miedo, sensación de injusticia, rabia, que sostenidas de manera crónica dañan la salud mental y deterioran los lazos sociales.

Si bien la existencia de un Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y la inclusión de cuatro patologías de salud mental es un avance, las políticas públicas existentes son claramente insuficientes, poco abarcadoras y, ante todo, deficientes en cuanto a presupuesto. El sistema asistencial actual, con los recursos disponibles, no permite garantizar el acceso de la población a las prestaciones necesarias para intentar recuperar la salud mental que la situación de desventaja ha generado. Así mismo, los riesgos de crecer y vivir en la desventaja se corresponden con la desigualdad e inequidad social, asunto que evidentemente trasciende al campo específico de la salud mental y se relaciona con la forma en que nos hemos organizado como sociedad en el actual entramado neoliberal.

A pesar de lo contundente que puedan ser los datos sobre necesidades de aumentar el presupuesto, la Ley de Protección a la Salud Mental, que se está tramitando en la actualidad en el Senado, no se hace cargo de estos aspectos, sino que se centra casi exclusivamente en mejorar el trato que reciben las personas con enfermedades mentales, altamente estigmatizadas, discriminadas e históricamente marginadas.

Siguiendo los lineamientos de la OMS, que pide a los países fortalecer las legislaciones en la materia, a fin de evitar que las personas con enfermedades mentales sean objeto de tratos inhumanos y degradantes, violencia, abandono, y otras vulneraciones, el proyecto de Ley busca *“reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental, en especial, su derecho a la libertad personal y su derecho a cuidado sanitario”*, avanzando en la regularización jurídica del cuidado y la dignidad en tratamientos y hospitalizaciones. (Larraín & Abusleme, 2017).

Con esta Ley, el Estado de Chile reconoce la necesidad de una legislación específica sobre salud mental y la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad, haciéndose cargo de aspectos tan sensibles como el regular la declaración de interdicción o el consentimiento para procedimientos irreversibles como la esterilización. (MINSAL 2017)

Sin lugar a duda, toda legislación que desde un Enfoque de Derechos Humanos amplíe el ejercicio de estos es un gran avance y es sumamente relevante. Sin embargo, los aspectos de los que esta ley regula no implican una reforma al sistema asistencial, no amplía coberturas GES ni aumenta el presupuesto que el país destina a la recuperación de la salud mental de su población, tampoco destina más recursos al trabajo promocional, preventivo y comunitario. En este contexto, y para comprender el contexto y posibilidades legislativas, invitamos a conversar con VincularTE al Diputado Gabriel Boric Font, quien, en los últimos años, ha liderado conversaciones en el parlamento y en medios de comunicación con la intención de visibilizar este tema.

VincularTE: Partimos por agradecer la posibilidad de esta entrevista, creemos muy importante poder dialogar en torno a estos temas... ¿Qué nos puedes decir sobre esta ley? Tenemos la impresión de que habla de temas de derechos, pero no toca asuntos de presupuesto o acceso a salud mental...

Gabriel Boric: La Ley que se está discutiendo ahora, que está en la comisión de salud del Senado, es una ley que lleva en tramitación mucho tiempo y que está detenida hace mucho tiempo. Es más bien una ley de declaración de intenciones para regular deberes y derechos de los pacientes y está pensada principalmente en casos de internación, nace por la preocupación por la vulneración de derechos de pacientes en casos de institucionalización... Es una ley que se queda corta en varios sentidos.

El tema de salud mental se viene trabajando hace tiempo, pero es un tema de debate público en Chile hace no tanto, se dieron varias circunstancias. Una de las que empiezan

a llamar la atención fue la movilización estudiantil por temas de salud mental. Esto partió en la Facultad de Arquitectura de la U. de Chile, y empezó a formar parte de los petitorios estudiantiles de manera muy recurrente.

Después a propósito de la pandemia se ha vuelto un tema del que se habla más y de manera más desprejuiciada, pero la salud mental ha sido muy discriminada en Chile. Esa discriminación tiene varias formas: una expresión social, del tipo de trato que se le da a quienes tienen algún padecimiento vinculado a la salud mental (por ejemplo, en el uso del lenguaje), hasta una discriminación institucional que se expresa concretamente en el presupuesto. El presupuesto de Chile en salud mental es bajo, aumenta el de salud, pero no aumenta proporcionalmente en salud mental, estamos por debajo de la recomendación OCDE del 5% o 6%.

Vincularte: ¿En ese sentido has planteado la idea de la paridad? De que un peso puesto en salud “física” sea un peso puesto en salud mental...

GB: Si, antes de octubre de 2019 levantamos una mesa de salud mental para conocer la problemática, en la que participaron distintas instituciones, profesionales, actores sociales con el objetivo de conversar acerca de salud mental, pero en ese momento nos pilló el estallido social y cambiaron las prioridades. En Chile hay hartos antecedentes y diagnósticos, pero no es un tema que haya tenido fuerza políticamente. Está la visión “médica”, pero no es un tema visible fuera del ámbito de la salud mental. Un ejemplo para entender esto, es pensar que hay problemáticas de salud en Chile que a raíz de la organización de distintos actores sociales que han incidido políticamente en su visibilización, han logrado ampliar sus presupuestos. Ese el caso de la atención al VIH, por ejemplo, hay un aumento de presupuesto puesto que, por mucho tiempo, hubo grupos constituidos y organizados para exigir garantías, es un grupo que se organizó en función del presupuesto. En salud mental no pasa eso, no hay personas que hayan logrado hacer incidencia hay gente que da la pelea dentro del Ministerio, pero el tema no ha logrado aún hacerse tan visible.

Vincularte: La psiquiatría ha tenido por muchos años la idea de los determinantes sociales de la salud mental, la idea de lo promocional, comunitario y preventivo, desarrollo de la calidad de vida...

GB: A mí, la impresión que me ha dado hasta ahora es que la salud mental en Chile está muy patologizada, y no se ve desde la perspectiva del bienestar subjetivo y comunitario. Se ve el bienestar subjetivo como algo individual y ahí parece que la salud mental sólo existe en la medida que existe un diagnóstico, una depresión, un TOC, una esquizofrenia o el padecimiento que sea. Esto también pasa en APS, seguimos en esto de combatir la enfermedad, está muy ausente este enfoque en la política pública.

Vincularte: ¿Qué aspectos te parecen favorables que se están considerando en el trámite actual? ¿Qué asuntos quedan de lado?

GB: Mi postura es que la ley que se está tramitando no sirve, ojalá que dejaran de tramitarla porque se va a generar la sensación de que Chile tiene una ley de salud mental, pero en realidad no va a haber cambiado nada...

Vincularte: Corrige algunos asuntos que vienen del “modelo asilar”, pero en materia de presupuesto desde lo asistencial o lo comunitario, no hay presupuesto asociado...

GB: No tiene presupuesto y además tiene una visión muy reducida de la salud mental, como de tratar una enfermedad ya en curso... Hoy hay varias cosas en discusión. Desde mi punto de vista como una persona de izquierda, en términos de políticas públicas, creo

que hay ciertos derechos sociales que deben estar fuera del mercado y la salud sin lugar a duda es uno de ellos. El estado debiese poder garantizar sin discriminar, sin ninguna discriminación el acceso de salud mental. Pero cuando pensamos así, seguimos pensando en la idea de acceso a tratamiento, como que seguimos pensando en lo patológico y la salud mental va más allá de la provisión de derechos que otorga el Estado: tiene que ver con el tipo de sociedad que construimos.

Vincularte: Parece que en general hablamos poco de salud mental... ¿Se conversa de esto en los espacios de discusión legislativa?

GB: Se ha empezado a conversar, o quizás se conversaba antes y yo no lo veía. Para mí empezó a aparecer después de que decidí hacer pública mi hospitalización por TOC. Decidimos con mi equipo hacerlo público por que iba a ser un par de semanas... En esas semanas estuve desconectado del mundo y cuando salí me di cuenta de que se había generado algún nivel como de revuelvo o al menos de conversación, hasta hoy me escriben padres de niños y niñas angustiados por que sus hijos tienen TOC. Ahí se empezó a hablar, salió hasta en los matinales... a partir de eso me decían “¡que valiente!”, y yo pensaba: si me quiebro una pierna... nadie diría que so valiente por tratarme. A mí me empezaron a hablar mucho de esto, de salud mental, sentí que tenía que hacerme cargo de esto y decidimos crear esta mesa. Y bueno, luego vino el estallido, la pandemia. Es difícil, es cierto que no se conversa, que es de segundo orden y que tiene un estigma super fuerte, hay estigma y violencia. Creo que las generaciones más jóvenes y las mujeres en política están hablando más de esto. A partir de la pandemia se ha instalado la idea del cuidado de quienes cuidan, por ejemplo, se está empezando a pensar en la salud mental de las personas que trabajan en salud, en el rol del cuidado...

Vincularte: Da la impresión de que recién se está instalando la conversación sobre salud mental en el ámbito político...

GB: Creo que, en el momento de debate actual, en que se están cuestionando los cánones, es posible construir una visión de sociedad en la que esto es importante. Creo que eso se ha ido instalando, soy optimista en la evolución del debate, pero falta.

Vincularte: A los psicólogos nos gusta hacer un ejercicio que se llama “la pregunta por el milagro”, para invitar a las personas a pensar en otros escenarios posibles... si pudiésemos pensar en los cambios que necesitamos... ¿cómo vez tú un buen camino legislativo? ¿Constitucional? ¿Qué tendría que pasar política o legislativamente hablando?

GB: Yo creo que en la nueva constitución tiene que estar la noción de salud mental, en el texto de la nueva constitución tiene que estar, pero no es evidente que eso se traduzca en otras cosas, en una bajada. Yo creo que el neoliberalismo nos enferma, el modelo de sociedad actual, la competencia, el individualismo, el materialismo están plenamente asociadas a la crisis de salud mental, pero, para llegar a un consenso legislativo es necesario ir “*piano piano*” con esa lógica, esa es la disputa política y social de fondo. Sin embargo, se puede avanzar en que la salud mental pueda ser vista como un tema transversal. Hace poco levantamos una bancada en salud mental con distintos sectores, es posible conversar de este tema. Se requiere harto tiempo e iniciativa, pero es posible.

Vincularte: Desde tu visión ¿cuál es el rol de la sociedad civil, las organizaciones, los gremios? ¿Cómo nos articulamos desde “acá”?

GB: Creo que hay mucho recelo en las organizaciones y en la medida que cada organización construye su visión de mundo le cuesta más hablar con las otras, eso pasa en todo plano, no sólo en salud mental. Creo que una posibilidad de colaborar es generar

conciencia de cuan atrás estamos institucionalmente y lo necesario que es conversar con todos los actores posibles. Si logramos armar un movimiento fuerte desde la sociedad civil, como fue el bloque por la infancia, por ejemplo, si lográramos armar un movimiento fuerte vinculado con la política podríamos visibilizar, incidir y avanzar institucionalmente. Es necesario dialogar con la política, aunque hoy hay desconfianza a los lugares y puestos institucionales, por buenas razones hay desconfianza, pero es necesario dialogar. Ahora, sobre esta Ley es necesario que se haga un nuevo proyecto, es mejor que esta ley no se promulgue y hagamos una ley más abarcadora, por que esta se va a presentar como “La ley de salud mental de Chile” y no lo es. Es una ley que ve temas de pacientes institucionalizadas, de resguardo de derechos de los pacientes, pero eso no es una ley de salud mental. Además, hay que hacer incidencia, en la medida en que vayamos sensibilizando a más tomadores de decisión.

Vincularte: Si hubiese una mejor ley que permitiera tener un mejor presupuesto... ¿Cómo crees que impactaría? ¿La calidad de vida de qué población?

GB: Si el presupuesto cambia... no es automático que vamos a tener salud mental. El cómo y dónde se gasta es muy importante. Si tenemos un nuevo presupuesto para salud mental que se usa en formato AUGE, por ejemplo, no va a cambiar sustantivamente la calidad de vida de las personas. Es decir, va a cambiar muy sustantivamente para quienes tienen un diagnóstico y podrían recibir tratamiento... Sin embargo, yo creo que el mayor presupuesto debe estar vinculado a pensar en que esta es una temática interdisciplinaria, que tiene estar en Desarrollo Social, en Educación. Hay que pensar en cambiar el currículum escolar, por ejemplo, esto está muy vinculado con salud mental, tener un currículum que permita a los estudiantes sentirse competentes. Es necesario ver esto de una manera multidisciplinaria, transversal, desde un punto de vista más comprensivo e intersectorial.

Esto es un poco como el feminismo, no es algo que se pueda ver sectorialmente, no le corresponde al Ministerio de la Mujer, es una óptica de mundo. Vivienda, educación, transporte, la integración de las ciudades... una parte es invertir más en salud, mejorar el presupuesto, pero es sólo una parte. Tenemos que hacer un trabajo multisectorial para que sea realmente impactante en la población y no sólo en la población que tiene un diagnóstico, una patología. Yo creo que desde la política estamos empezando a avanzar... y en este sentido, el proceso constituyente es un proceso largo, va mucho más allá del texto constitucional. El texto lo vamos a tener en un año y medio, pero el momento constituyente en que vamos a discutir nuestras prioridades como sociedad es un proceso mucho más largo... nuestras bases y prioridades como sociedad, ahí la salud mental y la comunidad, no sólo el individuo. Todo esto puede ser parte de un debate súper enriquecedor.

Vincularte: Muchas gracias, Gabriel, por tu tiempo, y que importante lo que nos planteas, desde distintas arenas, a seguir trabajando en esto.

GB: Gracias a ustedes, y sí, ¡a seguir trabajando...!

Referencias

1. Errázuriz P. (2019) Inequidad en Chile: Un problema de Salud Mental. Recuperado de <https://www.psicologia.uc.cl/columna-de-opinion-inequidad-en-chile-un-problema-de-salud-mental/>
2. Fernandez, N. (2019) No era depresión era capitalismo. Diario digital El Periodista. Recuperado el 1 de diciembre de 2020, <https://www.elperiodista.cl/nona-fernandez-no-era-depresion-era-capitalismo/>.
3. González C., Larrondo P. & Alvarado R. (2019) Improving the Public Mental Healthcare in Chile: Towards a Mental Health Law - World Federation for Mental Health, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, recuperado de <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/156460/publicacion-articulo-dr-ruben-alvarado-en-la-wfmh>
4. Irarrazabal, M. - Facultad de Medicina Universidad Católica (2019) Salud Mental en Chile: desafíos y prioridades. Archivo de video recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=Pikfz_JFPDY&ab_channel=FacultaddeMedicinaUC
5. Larraín A. & Abusleme T. (2017) Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile. Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
6. MINSAL (2008) Informe Final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Disponible <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/602/3895.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. MINSAL (2017) Plan Nacional de Salud Mental 2017 -2024, Disponible <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
8. OMS (2004) Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente y Práctica. Disponible https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
9. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) (2017) DESIGUALES Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Disponible en file:///C:/Users/psval/Downloads/undp_cl_pobreza-Libro-DESIGUALES-final.pdf
10. UNICEF (2020) Niños, niñas y adolescentes en Chile 2020. Recuperado en <https://www.unicef.org/chile/media/3371/file/Infancia%20en%20cifras.pdf>
11. Vicente, Saldivia & Pihan (2016) Prevalencias y brechas hoy, salud mental mañana. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X201600010000