



Salud mental para la comunidad *

MARIANO QUEROL**

RESUMEN.— *Se presenta un proyecto de salud mental para la comunidad (PSMC) fundamentado en la integración de las acciones en pro de la salud mental, dentro de un programa de salud para la comunidad (PSC). Con criterio realista no es posible ni conveniente separar las acciones en pro de la salud mental de aquellas en favor de la salud en general. Si se quiere alcanzar al mayor número posible de personas que necesitan servicios de salud mental ha de recurrirse a la prestación de servicios por intermedio de los líderes de la comunidad o de personas interesadas, así no sean médicos ni profesionales de salud. La realidad del país es que las acciones de salud, para la mayoría de la población, son efectuadas por los maestros, los sanitarios, los curiosos o, simplemente, por los interesados en llevarlas a cabo. A ellos debe dirigirse un programa de actividades docentes destinado a enseñar los rudimentos de las acciones de salud mental. Las universidades pueden participar en estos programas aportando,*

1.— Introducción 2.— Antecedentes. 3.— Situación Actual. 4.— Aportes y Participación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 5.— Proyecto. 6.— Programación. 7.— Normas Funcionales. 8.— Metas.

entre otras, acciones de docencia, que significan a la larga, acciones de servicio comunitario y de acción social. Todo esto ha de ser de positivo beneficio para la salud mental del país.

SUMMARY.— *A community mental health program (PSMC) based on the integration of all mental health activities within a community public health program (PSC) is described.*

In reality it is unadvisable-and, in fact, impossible- to separate mental health activities from public health activities in general. If the broadest coverage of people requiring mental health services is to be attained, action by community leaders, and not only by physicians or health professionals, will be necessary. Actually, the majority of health programs in the country are implemented at the community level by teachers, sanitarians, and laymen. Therefore, these programs should include courses in the fundamentals of mental health care and be directly aimed at community leaders. Universities can participate at the community level through these teaching activities which will, in the long run, benefit the whole country's mental health.

* Trabajo presentado para su publicación 15 de enero de 1973.

** Profesor Principal del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

1. INTRODUCCION

El problema de la salud mental en el país es abrumador, cuantitativa y cualitativamente. En el primer aspecto, el número de enfermos mentales no atendidos sobrepasa lo esperado en relación a cualquier país subdesarrollado. Cualitativamente, la condición de los enfermos mentales es más penosa en un país en vías de desarrollo que en un país desarrollado.

No es el propósito señalar aquí, gratuitamente, la penuria de los enfermos mentales entre nosotros. Es, en cambio, necesario estudiar y precisar las razones de la desatención en que se encuentran los enfermos mentales con el objeto de hallar una solución al problema. Esta solución puede ser tanto en el nivel de atención cuanto en la extensión de la cobertura. En todo caso, las acciones de salud deben corresponder a un plan, aunque éste tenga limitaciones.

La realidad nacional impide que se llegue a una solución del problema, incluso parcial, utilizando los métodos usuales. Tampoco puede llegarse a una solución utilizando sistemas innovadores puestos en marcha en países más desarrollados.

El posible enfoque hacia la solución del problema ha de surgir del conocimiento práctico y serio de la realidad nacional. Ello incluye el conocimiento de la infraestructura física y humana así como básicamente, el del aspecto psicológico de la población en la cual se va a actuar.

2. ANTECEDENTES

En el mes de octubre de 1968 el autor y K. Tejada elaboraron, con motivo del cincuentenario del Hospital Víctor Larco Herrera, un trabajo sobre rehabilitación de Psiquiatría¹. Inmediatamente, por Resolución Ministerial, se nombró una Comisión con el objeto de estudiar la factibilidad del proyecto propuesto en el trabajo. Esta Comisión emitió un informe favorable y el lugar donde podría iniciarse el proyecto. En 1971, también por Resolución Ministerial, se designó otra comisión encargada de reactualizar los estudios del Proyecto de Rehabilitación. Sus actividades continúan a la fecha y en ellas participa la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

El propósito de las gestiones realizadas en las diversas etapas es la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos actualmente en internamiento total en los establecimientos especializados del país, y la rehabilitación en el futuro de pacientes con internamiento total y/o parcial. Con ello se facilita la acción operativa de los mencionados establecimientos y de los que pudiesen crearse. Para lo-

grar este propósito se aprobó por Resolución Ministerial la creación de un centro piloto con carácter nacional, ubicado en el Hospital Víctor Larco Herrera, para centralizar los recursos nacionales y los que se obtuviesen en el extranjero y para elaborar pautas y recomendaciones uniformes y adiestrar al personal necesario.

En el Plan de Salud del gobierno se considera la recuperación de la capacidad operativa de los dos hospitales psiquiátricos del país (Hospital Víctor Larco Herrera: 1,250 camas; Hospital Hermilio Valdizán: 400 camas), mediante un programa de rehabilitación de los pacientes de permanencia prolongada. El programa incluye la creación de un complejo agrícola industrial en la ciudad de Barranca y el estudio de otros centros vinculados a unidades psiquiátricas regionales que permitan el desarrollo integral del plan. Recientemente y luego de un reconocimiento y evaluación general se ha considerado que el Hospital Olavegoya, de Jauja, puede integrarse en el programa de rehabilitación, dedicando alrededor del 50% de su capacidad (400 camas) a estos fines.

Estos proyectos tienen relación con las sugerencias para el plan sectorial de Salud Mental de 1972, que en su punto 7 recomienda el financiamiento y funcionamiento de los centros de rehabilitación. Los proyectos cumplen con los fines del Plan Nacional de Desarrollo³, entre otros con aquellos incluidos en los siguientes puntos:

“Cap. I.— Objetivos, metas y estrategias

3.3 Incremento sustancial del nivel de salud del poblador peruano que posibilite el pleno desarrollo de sus capacidades físicas y mentales.

“Cap. XV.— 1.1.5. Reambientar la asistencia social dentro del contexto general de la movilización social para promover a los grupos marginados hacia la toma de conciencia y lograr una participación activa en el proceso de cambio. Asimismo, rehabilitar socialmente al menor de edad en situación irregular para incorporarlo a la sociedad como un sujeto útil, libre y con una personalidad bien formada.

3.1.1. Penetrar al área rural, integrando la acción del sector a los programas de desarrollo de la comunidad”.

Con metas coincidentes desde hace cuatro años funciona en la UPCH un Programa de Medicina Comunitaria (PMC)⁴ que sigue los lineamientos planteados por Vidal⁵. En este programa se ejerce acción de psiquiatría social desde 1970 en la zona de acción inmediata del Hospital Base Cayetano Heredia⁶.

3. SITUACION ACTUAL

En un análisis de la situación de la salud mental en el Perú² se aprecia que existe un total desconocimiento de la realidad en relación a la salud mental. Lo único que se conoce son los recursos humanos en los servicios de psiquiatría y otros aspectos relativos a los recursos materiales.

Tratándose de los recursos humanos es penoso ver que hay 140 psiquiatras para una población de catorce millones de habitantes. No se sabe cuántos psicólogos se dedican a este campo. En los servicios psiquiátricos estatales laboran 18 asistentes sociales, 140 enfermeras y 260 auxiliares de enfermería. No hay personal auxiliar o técnico especializado en pedagogía ocupacional y auxiliar de laborterapia. En estas funciones trabajan 23 prácticos.

En otras palabras, no existen psiquiatras, enfermeras o enfermeros psiquiátricos ni personal auxiliar en número suficiente para la atención de los servicios existentes y menos aún para aquellos que pudieran crearse.

Los recursos materiales en el país son 2,010 camas psiquiátricas (0.17 por 1,000 habitantes). De ellas, el 11% son camas privadas y el 90% se encuentran en Lima Metropolitana.

Los recursos económicos son paupérrimos. Igual puede decirse de los recursos técnicos, administrativos y asistenciales, educativos y legales. Ni los sueldos ni las condiciones de trabajo actuales ofrecen alicientes suficientes como para que los médicos psiquiatras que trabajan en Lima vayan a trabajar a cualquier otra zona del país. Tampoco existen medios de financiación para la realización del programa de salud mental.

No existe una escuela o centro para preparar enfermeras psiquiátricas o para la especialización de enfermeras generales en psiquiatría. Tampoco existen cursos sistemáticos para la preparación de terapeutas ocupacionales. El personal auxiliar que trabaja en los hospitales no ha tenido preparación técnica. Su actual eficiencia es el resultado de la experiencia en el trabajo, mas no de la preparación sistemática.

Existen en el país más de 20,000 enfermos mentales que requieren hospitalización.

4. APORTES Y PARTICIPACION DE LA UPCH

Dada la situación antes enunciada, cualquier aporte universitario para mejorarla ha de ser provechoso. Debe tenerse presente también que por grande que sea el aporte universitario este sigue

siendo insuficiente para la magnitud de la necesidad.

La UPCH por su interés en el bienestar comunitario a través del PSC y por su vinculación con el Ministerio de Salud se encuentra en óptimas condiciones para participar, de modo directo en su zona de influencia, en la solución del problema del enfermo mental. Con ello participa de modo indirecto en la solución del problema a nivel nacional.

La UPCH proyecta organizar un Plan de Salud Mental para la Comunidad (PSMC) y aportar así siquiera una gota de agua en este campo casi desierto de la salud mental. La intención es que esta gota de agua sea utilizada al máximo para satisfacer las necesidades más urgentes.

4.1. Aportes Asistenciales

El PSC de la UPCH moviliza una cantidad de recursos humanos que se podría canalizar para beneficio de la salud mental. En este sentido, muchos de los profesionales que trabajan en la Universidad y, particularmente, en el PSC ocupan posiciones estatales y forman parte de los recursos humanos. Su aporte dentro del PSMC no significará, pues, mayores egresos para el Estado.

El PSMC permite el incremento de los recursos asistenciales puesto que, entre otros aspectos, plantea la apertura de lo que podría llamarse un consultorio externo volante, merced a la inclusión de un psiquiatra dentro de los grupos de refuerzo docente y de salud. Con ello se incrementaría el número de consultas y el de pacientes atendidos.

El presente programa entraña un alivio, aunque sea pequeñísimo, en el aspecto económico, ya que se aportan medios y servicios a menor costo en relación al actual, como puede inferirse de lo planteado.

4.2. Aportes técnicos

La participación de la UPCH significa el aporte de un organismo técnico, descentralizado, ejecutivo, que actúa con criterio de sector, movilizándolo a la respectiva comunidad y coordinando la utilización plena de los recursos afines.

El PSMC alivia en algo la escasez de los recursos técnicos y operativos. Permite establecer un estimado diagnóstico de la situación a nivel local, entendiéndose en este caso, algunas zonas de la región de influencia de la UPCH. Con ello se logrará sentar las bases técnicas para la creación de un programa de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

4.3. *Aportes Administrativos*

Es posible darle una adecuada organización administrativa a los centros operativos del PSMC en la zona de influencia de la UPCH. El programa, preventivo y promocional de salud mental, no puede ser completo por la pobreza de los recursos, pero de existir éstos, el programa puede ser ampliado.

Aumenta el rendimiento de los servicios psiquiátricos en la zona o región de influencia, se trate de consultorios externos o centros de hospitalización.

El PSC entraña y supone la concentración de los recursos y la accesibilidad a los mismos. Esto mismo es válido para el PSMC, lo que permite desarrollar un sistema de seguimiento de casos en la comunidad.

4.4. *Aportes Educativos*

Se pretende mejorar la formación psiquiátrica al nivel del pregrado, particularmente en los aspectos de atención ambulatoria, emergencias psiquiátricas, seguimiento de casos y, en general, aspectos de la psiquiatría comunitaria.

El presente programa constituye un programa regular de educación continuada en medicina y, más específicamente, en la parte que corresponde a psiquiatría.

Este programa pretende establecer un sistema coordinado con los diferentes sectores para desarrollar programas educativos, preventivos y promocionales de salud mental, que incluyan a la comunidad, educándola para actuar tanto como agente cuanto como beneficiario de las acciones en pro de la salud mental.

El PSMC pretende aumentar el conocimiento y la educación del público en las fases más importantes de la salud mental a través de los medios de comunicación de masas y otros.

5. *PROYECTO*

Simultáneamente con el PSC y como parte de él, la UPCH pretende llevar a cabo acciones de salud mental en su zona de influencia. El PSMC conlleva el mismo tipo de actividades y acciones que el PSC. Por consiguiente, entraña aspectos organizativos, de docencia, de servicio, de investigación y de organización de infraestructuras.

El PSC viene logrando la coordinación con los Ministerios de Salud y de Trabajo, el Poder Judicial, las Sociedades de Beneficencia y todas las sociedades que intervienen directa o indirectamente en la prestación de servicios para la salud.

La coordinación mencionada en relación al PSC es enteramente aplicable y utilizable en el PSMC.

Para el desarrollo del programa se pretende la participación activa del individuo en la comunidad.

6. *PROGRAMACION*

Las acciones del PSMC concuerdan con los objetivos de la política sectorial de salud mental del Ministerio de Salud. A continuación se enumeran las acciones más importantes dentro de cada aspecto.

6.1 *Acciones organizativas generales*

— Organizar un sistema coordinado para la dirección del programa.

— Llegar al diagnóstico de la salud mental en la región de influencia.

— Proponer alternativas para la solución de los problemas de salud mental en la región de influencia, con criterios de sectorización que puedan ser aplicados a la solución del problema de la salud mental en el país.

— Organizar adecuadamente las actividades para que los médicos generales, cirujanos, obstetras, pediatras, enfermeros y todos aquellos que integren el equipo de salud participen en el PSMC.

— Se estudiará la factibilidad económica del PSMC en las siguientes fuentes de recursos:

- Fondo Nacional de Salud
- Organismos de la Seguridad Social
- Ayuda internacional
- Otros sectores

6.2 *Acciones de Docencia*

— Las acciones de docencia han de llevarse a cabo a nivel universitario, tanto de pregrado como de postgrado, a nivel del personal técnico y auxiliar y de la comunidad misma.

— La formación y el adiestramiento a que se refiere el párrafo anterior, en general y, en especial, el del personal que integra el equipo de salud mental, ha de hacerse con criterio práctico y realista.

— Se efectuarán las modificaciones apropiadas en los programas de estudios para incrementar los conocimientos de salud mental en todos los niveles, con el fin de favorecer la prestación de servicios eficientes que alcancen al mayor número de personas necesitadas.

— Se promoverá la educación continuada en materias específicas para el personal profesional, técnico y auxiliar.

Bien sea como parte de la Escuela de Técnicos o de una posible Escuela de Educación Profesional (ESEP) la UPCH organizará un programa para la preparación de auxiliares de enfermería y de personal auxiliar. A lo propuesto por Silva⁷ debe agregarse que al término de dichos estudios estos auxiliares estarán en condiciones de manejar a un enfermo psiquiátrico, hospitalario o ambulatorio, lo que ha de incluir:

1. El conocimiento de la relación interpersonal y del trato con el paciente.

2. El conocimiento de los grandes síndromes psiquiátricos.

3. El conocimiento de las medidas fundamentales para la protección de la vida y de la salud de los pacientes agitados, deprimidos y comatosos.

4. El manejo de la técnica para la aplicación de inyecciones subcutáneas, intramusculares y endovenosas.

5. El conocimiento de las indicaciones, modo de acción, dosis y síntomas de intoxicación de los medicamentos más usuales en psiquiatría.

Se impartirá adiestramiento a quienes presten servicios de salud en la comunidad en las técnicas elementales para el manejo de las emergencias psiquiátricas y de los síndromes psiquiátricos más comunes, complementando lo planteado en el "Manual de Salud para Maestros"⁸.

6.3. *Acciones de servicio*

— Prestar atención psiquiátrica en tres niveles:

1. Prevención primaria: dirigida a controlar la aparición de los desórdenes psiquiátricos.

2. Prevención secundaria: dirigida al diagnóstico y tratamiento precoz de los desórdenes psiquiátricos.

3. Prevención terciaria: dirigida a prevenir la incapacidad para el trabajo y para la vida familiar y social, frecuentemente asociada a los desórdenes psiquiátricos.

— Prestar atención integrada al paciente a través de acciones directas o indirectas de salud.

— Efectuar acciones de servicio a través del equipo multidisciplinario, que incluye a un psiquiatra, y a través de la acción de los médicos de los hospitales y centros asistenciales de la zona de influencia de la UPCH. Esto último sólo es posible si los médicos no psiquiatras están debidamente adiestrados. Además el programa de salud mental para la comunidad deberá ejercer sus actividades de servicio a través de:

- Consultorios externos.
- Atención a la comunidad.

- Atención médica domiciliaria.
- Servicio de hospitalización total.
- Servicio de hospitalización parcial.
- Otros servicios de transición.
- Granjas de rehabilitación y talleres protegidos.
- Albergues transitorios.
- Educación familiar.
- Educación comunitaria.
- Consultoría.
- Organizar consultorios psiquiátricos en los hospitales dependientes del Ministerio de Salud.
- Suministrar la instrumentación adecuada a los servicios de salud mental actualmente existentes la zona de influencia de la UPCH.
- Extender la acción psiquiátrica a toda la población de la región de influencia de la UPCH mediante el aporte del Ministerio de Salud para la creación progresiva de servicios psiquiátricos en cada uno de los hospitales regionales. Ello ha de ser orientado con criterio integral, constituyendo, además, unidades hospitalarias y granjas de labor-terapia para la rehabilitación.
- Dedicar parte de los pabellones abandonados del Hospital Olavegoya de Jauja a la asistencia y a la rehabilitación de enfermos mentales.
- Participar directamente en la puesta en marcha del proyecto de rehabilitación de enfermos mentales en el sector de Barranca. Hasta ahora la participación de la UPCH ha sido indirecta en calidad de asesoría.

6.4. *Acciones de investigación*

Las acciones de investigación están en buena parte incluidas entre las organizativas generales, pues el diagnóstico de la salud mental requiere una investigación previa.

Existen otras acciones de investigación puestas en marcha libremente por los participantes en el programa. Es de suponer que algunas inciden en el estudio de la epidemiología psiquiátrica de las diversas regiones de la zona de influencia y que otras se refieren a aspectos autóctonos, privativos o característicos de la patología psiquiátrica en dichas regiones o grupos culturales. Si este fuera el caso se trataría de estudios nunca efectuados en el país hasta el momento.

6.5. *Acciones de organización de infraestructuras*

El PSMC está incluido dentro del PSC y, por consiguiente, es responsabilidad directa del Director Ejecutivo del PSC.

La orientación técnica del PSMC deberá ser coordinada con la Jefatura del Departamento de

Psiquiatría. Compete al Jefe del Departamento la distribución de los recursos humanos y físicos para la mejor marcha del PSMC, que deberá ser acordada con el Director Ejecutivo del PSC.

En el trabajo de campo las personas que participan en el PSMC tienen completa autonomía y únicamente están obligadas a presentar un informe de sus actividades.

Otras acciones de organización de infraestructura del PSMC son:

1. El refuerzo de los Departamentos y de las unidades operativas de la UPCH.

2. La creación de una Oficina de Educación en Ciencias de la Salud.

3. La creación de una Oficina de Promoción Comunitaria.

4. El refuerzo de la Biblioteca.

Ellas corresponden al PMC y, por ende, no sería necesario ponerlas en marcha sino acogerse a lo ya organizado.

7. NORMAS FUNCIONALES

La base fundamental es la coordinación con las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud en las áreas hospitalarias de la región de influencia de la UPCH.

Los participantes en el PSMC se encargarán, como parte de las actividades del programa, de coordinarlas con los organismos locales.

Aquellos que participen en el PSMC deberán brindar atención psiquiátrica a todo tipo de pacientes, tanto hospitalizados como de consultorios externos, incluyendo los casos de emergencia.

En la medida de sus posibilidades, quienes participan en el PSMC proporcionarán atención médica domiciliaria y determinarán lo conveniente para el seguimiento de los casos. Antes de proceder a indicar una hospitalización se buscará alternativas, tales como el tratamiento ambulatorio o la hospitalización parcial. Se indicará el internamiento a aquellos pacientes que se consideren prioritarios y en quienes se dé, al par, la urgencia de ser hospitalizados y la posibilidad de recuperación dentro de un plazo prudencial. De no ser esto último factible el primer criterio será mandatorio para la hospitalización. Esta durará tan sólo hasta que haya pasado la urgencia, aunque la enfermedad causal no haya curado.

La hospitalización parcial sólo podrá efectuarse cuando lo permita la disponibilidad del personal existente en cada área o zona.

La colocación en hogares privados, con supervisión técnica, será posible sólo cuando se constituyan los equipos de salud comunitaria.

El servicio de trabajo a domicilio, que ha de cumplirse bajo el patrocinio y control de los funcionarios de salud en el área, sólo será factible cuando esté en plena marcha el PSC y se haya preparado personal idóneo para el PSMC.

8. METAS

Por la especial índole de esta parte del programa, en un principio se plantean, fundamentalmente, acciones de investigación y en los años siguientes siguen las acciones docentes y de servicio.

8.1. Metas organizativas generales.

Para 1973. Se ha de organizar el PSMC. Para ello ha de incrementarse el número de horas de trabajo (posiblemente hasta 4) a un profesor, principal o asociado. Se planeará el diagnóstico de salud mental de la comunidad. Se realizará acciones de servicio y de docencia en la medida en que sean esenciales para la mejor marcha del PSMC. Efectuado el diagnóstico se llevará a cabo el planeamiento de acciones.

Para 1974, 1975 y 1976. Ha de ponerse en marcha lo planeado. Para ello el profesor mencionado en el párrafo anterior ha de pasar a ser a tiempo completo o a dedicación exclusiva hasta el término del programa.

Para 1977. Ha de evaluarse lo logrado y deberá estructurarse un nuevo programa.

8.2. Metas Docentes

Para 1973. Incluyen el planeamiento de los cambios de los currícula universitarios para el pregrado, la preparación del proyecto de educación continuada tanto de médicos como de odontólogos y enfermeras para el postgrado, la preparación de un grupo de trabajo para la preparación de enfermeras, el planeamiento de los programas y acciones docentes entre los prestatarios de salud (auxiliares de enfermería, sanitarios, maestros, curanderos, etc.) y el planeamiento de los programas y acciones docentes entre los diversos grupos usuarios de los recursos de salud.

De buena parte de ello puede ocuparse un profesor a medio tiempo que debe tener por lo menos la categoría de profesor auxiliar. Este profesor se mantendrá en estrecho contacto con el equipo multidisciplinario.

Para 1974. Ha de llegarse a la puesta en marcha del PSMC en sus aspectos docentes. El énfasis se

hará en la zona de acción inmediata del Hospital Centro de Salud Cayetano Heredia. Se requiere para ello que el profesor mencionado más arriba llegue, como se dijo en metas organizativas generales, a una dedicación a tiempo completo.

Para 1975. Son las mismas que para 1974. Se agregan viáticos para el Profesor a tiempo completo con el fin de que las actividades docentes se centren más en torno a la comunidad. Los viajes deben ser preparados con el fin de que el profesor pueda entrar en contacto con las personas que prestan salud en las diversas comunidades de la zona de influencia de la UPCH.

Para 1976. Las acciones docentes serán las mismas que para 1975, debiéndose agregar la preparación de la valoración de los resultados del Programa. Ello está considerado en la parte pertinente a organización general y en la parte relativa a la investigación.

Para 1977. Valorar las acciones docentes y preparación de nuevas metas.

8.3. *Metas de Servicio*

Para 1973. Organización de los posibles servicios de salud mental para la comunidad contando con los medios existentes. El costo correspondiente queda incluido en las metas organizativas y en las de investigación.

Para 1974. Creación de la granja de rehabilitación de Barranca. Organización de un hospital psiquiátrico en la ciudad de Jauja, utilizando los edificios fuera de uso del Hospital Olavegoya. Organización de un servicio psiquiátrico dependiente del hospital de Iquitos.

Para 1975. Organización de un servicio psiquiátrico en la ciudad de Yurimaguas. Puesta en funcionamiento de un servicio psiquiátrico en el hospital de Huancayo. Creación de una unidad de hospitalización para enfermos agudos anexa al hospital Cayetano Heredia.

Para 1976. Mantención, ampliación y remodelación de lo anterior.

Para 1977. Son las mismas que en 1976. Además se debe llegar a una valoración de los logros asistenciales (esta meta está incluida en las de organización y en las de investigación).

8.4. *Metas de investigación*

Para 1973. Están incluidas en las metas organizativas generales ya que aquí se trata de la organización del planeamiento del diagnóstico de salud mental de la comunidad.

Para 1974. Las metas de investigación dependerán de la orientación que se le dé al programa,

de los fondos disponibles y del interés que tengan los participantes en el programa.

Para 1975. Son las mismas que para 1974.

Para 1976. Planeamiento de la evaluación del programa.

Para 1977. Evaluación de lo logrado conforme se indica en las metas organizativas generales.

8.5. *Metas de organización de infraestructuras*

Para 1973. Deben darse los pasos administrativos necesarios para que la Dirección Ejecutiva del PSC estructure y coordine todo lo pertinente al PSMC. Asimismo, se reforzará el Departamento de Psiquiatría con un aumento del número de horas a uno o más profesores de modo tal que se pueda dar cumplimiento a las metas señaladas más arriba. En las oficinas de Educación en Ciencias de la Salud y de Promoción Comunitaria, a crearse para el PSC, se ha de integrar todo lo pertinente a salud mental comunitaria. El soporte bibliográfico ha de ser reforzado, tanto a nivel de la Biblioteca Central cuanto de las bibliotecas periféricas en los lugares donde actúe el programa. Se ha de preparar material impreso, de complejidad diversa, para ilustrar sobre el programa a los diferentes niveles donde se va a actuar.

Para el período comprendido entre 1974-1977, las metas han de incidir en que se complete todo lo indicado para 1972-1973. De los resultados que se obtengan dependerá si se modificará la infraestructura del programa o si se creará una nueva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Querol, M. y Tejada, K.: Anteproyecto para un programa de rehabilitación. En volumen conmemorativo del cincuentenario de la fundación del Hospital Víctor Larco Herrera, págs. 83-90. Talleres Gráficos P. L. Villanueva, Lima, 1968.
- 2.—MSP: Estudio de la situación de la salud mental en el Perú y sugerencias de la política sectorial a seguir. Foll., mim., 22 págs., 1972.
- 3.—Plan Nacional de Desarrollo, 1971.
- 4.—Programa Académico de Medicina (Director: Dr. Vicente Zapata Ortiz): Actividades del Programa Académico de Medicina en 1971. UPCH, mim., 9 págs., Lima, 1971.
- 5.—Vidal, C.: Programa integrado de docencia, investigación y proyección social en el área de las ciencias de la salud. UPCH. Programa de Medicina Comunitaria. Mec., 28 págs., Lima, 1972.
- 6.—Castro de la Mata, R. y Ríos Reátegui, O.: Un modelo de acción en psiquiatría social. Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina, 18:377-384, 1972.
- 7.—Silva Leguía, J.: Formación de personal auxiliar para el sistema de prestaciones de servicio de medicina comunitaria. Tesis doctoral. UPCH., mim., 86 págs., 1972.
- 8.—Manual de salud para maestros. Servicio Especial de Salud Pública, Área de Salud de Loreto, 145 págs., 1967.

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACION

COMISION ENCARGADA DE FORMULAR Y ACTUALIZAR LA POLITICA DE DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO NACIONAL

DECRETO SUPREMO No. 004-73-PM.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
CONSIDERANDO:

Que el Consejo Nacional de Investigación, que tiene a su cargo la determinación de la política de desarrollo científico y tecnológico que demanda el país, requiere para su dinamización de la elaboración de un Plan que formule y actualice dicha política;

Que dicho Plan debe ser elaborado por una Comisión, formada por personas de reconocida autoridad en los campos de la ciencia y la tecnología y con facultad de pedir informes a todas las instituciones que realicen investigación en el País, especialmente a la Universidad Peruana;

DECRETA:

Art. 1.— Designase miembros de la Comisión encargada de elaborar un Plan que formule y actualice la política científica y tecnológica que debe desarrollar el Consejo Nacional de Investigación, a los siguientes profesionales:

Doctor José Tola Pasquel, doctor Carlos del Río, doctor Ramiro Castro de la Mata, doctor César Reynafarje, Ing Biaggio Arbulú, Ing Azi Wolfenson, Dr. Mario Samamé Boggio, doctor Adolfo Cavero Portocarrero y doctor Arturo Alcalde Mongrut.

Art. 2.— La Comisión a que se refiere el artículo anterior tendrá facultad para solicitar los informes que considere necesarios a todas las instituciones que realicen investigación en el País, en especial a la Universidad Peruana.

Art. 3.— La Comisión presentará el Plan al Gobierno dentro del plazo de noventa días, contados a partir de la promulgación de este Decreto Supremo.

Art. 4.— El Primer Ministro refrendará el presente Decreto Supremo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima a los treinta días del mes de marzo de mil novecientos setenta y tres.

En Cumplimiento del Decreto-Ley No. 19943.

General de División EP. **Edgardo Mercado Jarín**, Primer Ministro.

En Cumplimiento del Decreto-Ley No. 19943.

Teniente General FAP. **Rolando Gilardi Rodríguez**, Ministro de Aeronáutica.