

EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI», EN SU XI ANIVERSARIO

Alberto Perales (*)

Conviene iniciar esta presentación, en torno a nuestro undécimo aniversario institucional, con una pregunta que muchos nos hemos formulado en forma individual o colectiva ¿ Ha sido conveniente para el Perú crear un Instituto de Salud Mental ?

Nadie mejor que el primer Director General de nuestra institución, Javier Mariátegui, para plantear el tema.

Al respecto, extraemos el siguiente párrafo de su Informe Quinquenal 1982-1987 que sobre el Instituto presentara en ocasión similar a la presente.

Luego de hacer un breve análisis sobre la asistencia psiquiátrica en el país dice Mariátegui:

«En este escenario desalentador, creador de frustraciones para un cabal desarrollo de sus actividades profesionales, de por lo menos tres generaciones de psiquiatras, es que surge el Instituto Nacional de Salud Mental merced a la atinada canalización de un interés centrado en un proyecto de Salud Mental, por parte del Gobierno de Japón, con miras a desarrollar un Centro Comunitario. Esta fue la concepción que inspiró el Convenio: la creación

del Centro de Salud Mental Comunitario «San Juan Bosco», en el Cono Norte de Lima, amplia extensión densamente poblada carente entonces de atención especializada. Cuando surge la idea audaz de transformar el Centro en un Instituto Nacional de Salud Mental, un crítico informado podría señalar que no se daban en el país condiciones objetivas para una institución de esta naturaleza, desde que los Institutos como tales, es decir con funciones ceñidas al ámbito conceptual estricto de centros de investigación, son patrimonio de países ricos y que más práctico hubiera sido sólo darle al Centro el carácter de un hospital psiquiátrico pequeño, para la atención de un segmento limitado de la población, de conformidad con los principios en que se sustenta la Salud Mental Comunitaria. Superando el pesimismo y aún la ironía desalentadora de muchos, apoyamos -continúa Mariátegui- al Ministro de entonces, Uriel García Cáceres, en su iniciativa que, pese a todos los inconvenientes podría dar a la Psiquiatría Nacional un excelente instrumento para beneficio de la comunidad nacional y para recuperar entre los países latinoamericanos, los niveles decorosos que le corresponde por la labor, discreta pero original y mantenida de excelentes psiquiatras y no menos encomiables trabajado-

(*) Director Ejecutivo

res en el campo de la salud mental».

Mariátegui, aparte de traslucir su preocupación y responsabilidad en el paso dado, señala dos claros objetivos: la creación del Instituto y, en su momento, aspirar a un marco no sólo nacional sino latinoamericano.

Trece años han pasado desde la oficialización de la decisión, la firma del Convenio con Japón el 20 de Mayo de 1980; y once, desde que el Instituto entró en actividad. Recordemos también, que el Convenio terminó en Mayo de 1987, luego de una extensión de dos años -debía haber terminado en 1985- en atención a una recomendación específica de la Comisión Evaluadora Final Japonesa, en virtud de su excelente desarrollo institucional que dicha Comisión encomió: «el singular esfuerzo creativo del personal del Instituto que cumple, paralelamente, funciones de investigación, docencia y asistencia de alta calidad».

Desde entonces, salvo esporádica y pequeña ayuda japonesa, el Instituto ha debido valerse del exiguo presupuesto que el Sector le ha asignado y, cada vez más, de sus propios recursos, también escasos en lo económico pero enormes en el sacrificio, creatividad y pujanza de su recurso humano.

La situación de crisis general que ha vivido el país en las últimas décadas, por todos conocida, se agudizó gravemente en 1989. En ese año, aparte del incremento de los problemas sociales y económicos, el sector salud sufrió siete meses de huelga laborales de los diversos gremios, además de un grave desabastecimiento de insumos básicos. Ante tan apremiante situación

el personal del Instituto tuvo la feliz iniciativa, en claro reflejo de su identificación institucional, de generar como respuesta alternativa ante la crisis su Proyecto de Desarrollo Integral 1989-1993. En la presentación del volumen en que se resumió la experiencia, escribíamos lo siguiente: «Para las instituciones de salud el presente se caracteriza por un alto nivel de inestabilidad e incertidumbre en que deben tomarse las decisiones organizacionales. Los graves problemas de la realidad externa afectan seriamente la salud institucional anulando energías, reduciendo la productividad y desmoralizando su recurso humano. El deterioro organizacional, progresivo y crónico, suele ser el habitual resultado. El desarrollo de la instituciones como alternativa de solución, urgentemente requerida, no puede ser impulsado exclusivamente por el poder central sino provenir de ellas mismas en base a su acicateada creatividad. Las crisis se superan con ideas y trabajo esforzado»

Desde entonces, el Instituto ha dirigido sus acciones, es cierto con algunas imperfecciones, en torno a lo especificado en el citado proyecto. Como consecuencia, la gestión de los diferentes directores ha mantenido una línea de continuidad que, como experiencia organizacional ha resultado una ventaja decisiva para evitar que las difíciles circunstancias socioeconómicas nacionales, ya mencionadas, afecten negativamente la marcha y el desarrollo institucional.

En tal sentido, el doctor Jorge Castro Morales, Director de la Institución hasta Octubre de 1992, coordinó con el suscrito el mantenimiento de las acciones y proyectos, que han seguido desarrollándose sin solución de continuidad, aunque

sería absurdo negar que el Instituto ha sufrido y aún sufre el impacto de las fuerzas entrópicas, y que el peligro de ser anulado como proyecto, como dice el Informe Berrios: «que pase a la historia sin dejar huella», aún subsiste.

Sin embargo, en el largo y esforzado trajinar que han significado estos once años de vida institucional, tres factores han sido identificados, cuyo control, de ser posible, aseguraría el desarrollo del Instituto. El resto dependerá de nuestra propia creatividad para resolver problemas y superar obstáculos. Los factores a los que me refiero son los siguientes:

1º Flexibilizar la organización institucional de modo tal de permitir a sus subsistemas integrantes, la rápida y necesaria adaptación a los cambios incesantes de la realidad externa.

2º Priorizar los objetivos institucionales sobre los individuales.

3º Vigilar la salud mental institucional, siempre amenazada por nuestra propia inmadurez e imperfección humanas. El enemigo externo, estimula y cohesionan; el enemigo interno, disgrega y anula.

CUALES HAN SIDO LOS LOGROS

1. Conceptuales.

Durante este periodo se han consolidado, a nivel nacional e internacional, dos de nuestros conceptos fundamentales:

1.1. Diferencia entre Psiquiatría y Salud Mental:

La psiquiatría es una rama es-

pecializada de la medicina que por definición se ocupa del estudio y tratamiento de los trastornos mentales. Sus metodologías son conocidas y su liderazgo pertenece al médico especialista en esta área. Aunque no disponemos de datos nacionales, los estudios epidemiológicos psiquiátricos realizados por el Instituto en el Distrito de Independencia de Lima Metropolitana, permiten distinguir que en tal población el problema psiquiátrico más prevalente es el Abuso y Dependencia del Alcohol, con una prevalencia de vida de 18.6%. El segundo problema corresponde al Episodio Depresivo Mayor, con una prevalencia de vida de 9.7%. El primer trastorno es más frecuente en varones, el segundo en mujeres. Conviene notar, además, que el Trastorno de Personalidad Antisocial registra un 7.1% de prevalencia de vida en dicha población. Como se sabe, este trastorno, suele asociarse a problemas delictivos y de otro orden que atentan contra la sociedad.

La Salud Mental, por otro lado, corresponde al aspecto sano del individuo, en sus dimensiones psicológica y social, que lo orienta al establecimiento de una relación armoniosa con su medio y hacia las conductas necesarias para su autorrealización. En tal sentido, la Salud Mental, constituye concepto íntimamente vinculado al de desarrollo humano, sea éste a nivel individual o como miembro de un grupo social. La consecuencia más inmediata y visible de su vigencia, es el estado de bienestar mental y espiritual de la persona así como su productividad amplia, incluyendo la económica. En esta óptica, y casi por definición, un individuo que goza de salud mental contribuirá, decididamente, no sólo a su propio progreso y al de su familia, sino, al de su país.

Por ello, en último análisis, el desarrollo social y económico de una nación suele depender del desarrollo de cada uno de sus habitantes, vale decir, de su nivel de salud mental.

Como disciplina multiprofesional y multisectorial, el campo de la Salud Mental integra muchas ciencias del hombre (antropología, sociología, psiquiatría, psicología, economía, ecología, etc.), y variados Sectores (salud, educación, economía, etc.). Sus metodologías de estudio aún están en plena evolución. Su liderazgo, aún sin especialidad específica, es adjudicado con más frecuencia al psiquiatra, por ser éste, el profesional con mayor capacitación y experiencia en los campos biológico, psicológico y social de la conducta humana. En la práctica, la acción de equipos multiprofesionales es indispensable.

Bajo esta perspectiva, el Instituto ha podido distinguir como problemas prioritarios de Salud Mental del país los siguientes:

A. El subdesarrollo

Que como complejo fenómeno, no depende, exclusivamente, de una variable económica que, creemos, resulta más bien su consecuencia y manifestación más evidente. El subdesarrollo depende básicamente de una actitud mental del hombre frente a la vida. En lo concerniente al peruano, una actitud mental pesimista y poco apegada a objetivos de logro que lo conducen a la derrota y a la falta de asertividad ante los desafíos de su existencia.

Es de hacer notar que el problema del subdesarrollo ha producido en el país dos corrientes de acción que postulan, de diferente manera, su superación. La primera,

vinculada a la acción terrorista, propone el empleo de métodos cruentos e inaceptables para lograr el cambio social. La segunda, vinculada a un sector de la población que gradualmente va incrementándose, ha generado una conducta de trabajo intenso, generalmente en el campo de la economía informal, que viene produciendo el fenómeno que tan acertadamente Hernando de Soto califica como «El otro sendero».

B. La corrupción generalizada

Que es conveniente precisarlo, no es un problema exclusivamente peruano, sino de la humanidad; y que suele acrecentar sus malévolas consecuencias en situaciones de deterioro del orden social. Como conducta humana, no necesariamente asentada en patología psiquiátrica subyacente (por ello no es en estricto problema psiquiátrico) se observa en individuos e instituciones.

C. La violencia

Tanto la estructural vinculada a los grupos terroristas, como la generalizada, observada en nuestra población en diversos niveles y en la vida cotidiana. Síndrome importante de la violencia es el que ocurre en los hogares, ya sea por maltrato al cónyuge, prioritariamente a la mujer, o por abuso físico de padres a hijos o de adultos a niños.

1.2. Relación entre Salud Mental y Educación:

Desde que la Salud Mental corresponde a una actitud mental que en términos científicos puede denominarse conducta mental, in-

gresamos al gran capítulo de la conducta humana. Como tal, si bien ésta apoya sus bases en el substrato biológico del hombre, especialmente en el funcionamiento de su sistema nervioso y en particular de su cerebro, el gran porcentaje restante de la organización de la conducta depende del proceso de aprendizaje al que es sometido el individuo desde su nacimiento e ingreso al mundo familiar y tránsito por su ambiente social.

Se infiere de ello, que los peruanos se comportan tal y conforme han sido enseñados a comportarse. Si actúan, en su gran mayoría subdesarrolladamente, es porque sus esquemas mentales, adquiridos por aprendizaje han sido, también, subdesarrollados. De aquí la gran importancia que revisite para el Perú, apoyar la investigación en salud mental para obtener conocimiento válido que permita precisar exactamente cuáles son los factores que facilitan el «aprendizaje del subdesarrollo», y qué metodologías y estrategias conviene poner en práctica para superarlo. En síntesis, postulamos que la Salud Mental viene siendo «enseñada», es decir, transmitida de un peruano a otro por el proceso de transferencia cultural; siendo así, susceptible de traslado más sistemático y específico por medio de metodologías apropiadas. En esta corriente de indagación surge como absoluta prioridad la vinculación estrecha entre el Sector Salud y el de Educación.

Por ello nos atrevemos a afirmar que, cuando los niveles de decisión política comprendan el enorme valor de la investigación en salud mental para el desarrollo del país, habrán recapturado, al mis-

mo tiempo, el verdadero significado del concepto de salud como inversión y potencial económico de un pueblo para su futuro.

2. Objetivos Institucionales

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», a diferencia de un hospital psiquiátrico especializado, prioriza sus objetivos institucionales en el siguiente orden: investigación, docencia de alto nivel, y asistencia, intramuros y de proyección comunitaria con la estrategia de la atención primaria en salud mental. Como es conocido, un hospital plantea los mismos objetivos pero a la inversa, primero, asistencia; segundo, docencia y tercero, investigación. A ello debe agregarse que un Instituto, en base a los datos duros logrados por la investigación científica, tiene la necesaria función de proponer la normatividad en el campo de su competencia a las autoridades del sector.

Resumiremos, brevemente, las actividades de los Departamentos, Servicios y Unidades hasta 1992.

2.1. Investigación.

En investigación se habían oficializado, a Diciembre del año 1992, 76 proyectos, que se encontraban en diversos estadios de evolución. Varios de ellos obtuvieron financiación de organismos internacionales, tales como : «Linderos sociales y culturales en salud mental comunitaria» (Canadá); «Epidemiología del rendimiento cognoscitivo en escolares de un distrito urbanomarginal» (OMS/OPS). El Departamento respectivo, actualmente bajo la eficiente jefatura de la Dra. Cecilia Sogi, ha desarrollado dos cursos de metodología de investigación en co-

laboración con el Departamento de Estadística y Biometría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se han establecido relaciones de investigación con la Universidad Federal de Bahía, Brasil; la Universidad de Mc. Gill, Canadá; la Universidad de Montreal, Canadá; el Instituto para el Desarrollo de la Investigación, Canadá; y la Oficina, OPS/OMS de Washington de Estados Unidos.

Se ha seleccionado una comunidad urbano-marginal, «Los Angeles», ubicada en el distrito del Rimac, como área de concentración de investigación poblacional. Se ha realizado el censo de esta comunidad, tanto de población cuanto de vivienda. La población total es de 3,492 habitantes, con 50.1% de varones y 49.9% de mujeres. En ella se observa una tendencia a la disminución de la población infantil y un aumento de la población mayor de 60 años. Además, para asegurar la continuidad de las tareas de investigación en dicha localidad, se ha establecido un Convenio entre el Instituto, el Centro de Salud de «Los Angeles», el Centro Escolar 3019 y los líderes de dicha Comunidad.

Debemos señalar, también, que la Dra. Sogi, estuvo becada en el Japón en el último cuatrimestre del 92, perfeccionándose en la especialidad de epidemiología psiquiátrica.

Se publicó, también, el Volumen VII de nuestra Revista Anales de Salud Mental que tiene circulación internacional.

2.2. Docencia.

El Departamento de Docencia, actualmente bajo la creativa dirección del Dr. José Valverde ante la solicitud de cese voluntario de su anterior responsable, el Dr. Hugo

Chávez, ha desarrollado actividades educativas en dos niveles: profesional y administrativo.

En el nivel profesional, continuó con las actividades académicas, presentaciones clínicas, revisión de temas y conferencias, de las cuales se realizaron 43. Asimismo, organizó dos Seminarios-talleres. También realizó un conversatorio sobre experiencias psiquiátricas recientes en Estados Unidos. Diez profesionales del Instituto participaron en Cursos de alto nivel de adiestramiento, tanto en el país como en el extranjero. Se continuó con la participación del Instituto en la enseñanza de pregrado de las Facultades de Medicina de las Universidades, Nacional Mayor de San Marcos y Peruana Cayetano Heredia, así como en las actividades docentes de Psicología de la Pontificia Universidad Católica. Se aceptaron, también, pasantías de siete profesionales. Se ofreció campo clínico y supervisión de enseñanza a grupos de estudiantes de enfermería de tres Instituto Superiores, así como a un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional «Hermilio Valdizán de Huánuco». Se asesoraron 5 tesis. En 1992, se realizaron las Jornadas Psiquiátricas del 8 al 11 Junio y las Jornadas Administrativas Institucionales del 15 al 19 de Julio. Se continuó colaborando con el Programa de Residencia en Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y por primera vez, se aceptaron dos Residentes del Programa de Segunda Especialización en Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2.3. Asistencia.

En 1992, el total de atenciones de consulta médica fue de 13,331 (100%) de las cuales correspondieron en Consulta Externa al Dpto. de

Adultos y Geriatría, 6,192 (46.4%) ; al Dpto. de Niños y Adolescentes, 3,033 (22.8%); al Dpto de Farmacodependencia, 2,400 (18.0%); al Dpto. de Salud Mental Comunitaria, 1436 (10.8%) y al Servicio de Neurología 270 (2.0%). El número total de atendidos en consulta médica fue de 2,573 (100%), correspondiendo al Dpto. de Adultos y Geriatría 1,605 (62.4%); al de Niños y Adolescentes, 449 (17.5%); al de Salud Mental Comunitaria, 355 (13.8%); y al Dpto. de Farmacodependencia, 60 (2.3%). En el mismo periodo, en el Servicio de Emergencia, contando con la esforzada labor de su responsable, Dr. Noé Yactayo, se atendieron 4,264 pacientes, habiéndose realizado un total de 10,496 atenciones.

Se hospitalizó un total de 318 pacientes, de los cuales, 180 fueron de sexo masculino y 138 del femenino. Egresaron 320 pacientes, 179 del sexo masculino y 141 del femenino. Es de hacer notar que en 1992, hubieron paros laborales en el Sector.

Los diagnósticos más prevalentes en hospitalización fueron, en primer lugar, las psicosis esquizofrénicas, con el 66.4% y en segundo, las psicosis afectivas, con el 11.6%. El análisis de los grupos etarios de la población hospitalizada nos muestra que el promedio de edad del paciente atendido en nuestro Instituto está alrededor de los 29 años; es decir, que la población mayormente afectada es aquella que se encuentra en el rango de expectativas de mayor productividad.

Mención aparte merece el desarrollo de la Unidad de Terapia Cognitivo-conductual que, bajo la responsabilidad de su fundador, el Dr. César Sotillo, viene ofreciendo

interesante alternativa de atención a la población asistida. En la misma línea se ubica su estudio piloto sobre «Entrenamiento de esquizofrénicos crónicos en habilidades sociales».

El Departamento de Niños y Adolescentes, jefaturado por el Dr. Enrique Macher, atendió 449 pacientes, 219 nuevos y 230 reingresos. Sus atenciones llegaron a 2,584 con 1,498 ejecutadas con pacientes continuadores y 1,086 triajes, con un total de 3,033 actividades médicas.

El personal de enfermería, en el mismo lapso, realizó 2,525 actividades.

Mención especial merece el Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal, tan acertadamente conducido por su fundador, Dr. Héctor Tovar. Este Programa ha cumplido ya los 10 años de existencia y, aparte de haber consolidado su organización y dinámica internas, ha generado un creativo programa de voluntariado que ha tenido gran acogida, especialmente entre alumnos universitarios. Con ello, ha permitido no sólo expandir el programa sino aumentar sus ingresos con claros beneficios para la institución.

El Dpto. de Farmacodependencia ha continuado su esforzada labor, aunque limitada en su acción por la falta de disponibilidad de camas de hospitalización. Como se sabe, el paciente farmacodependiente requiere de ambientes especiales de atención. El Dpto. ha continuado ejecutando sus dos modelos de atención especializada: el Ecológico, liderado por el Dr. Martín Nizama, y el Biopsico-social, por el Dr. Alfredo Saavedra C. Ambos modelos cuentan actualmente con Asociaciones de Familiares que, como redes de so-

porte social colaboran decididamente en el manejo del caso.

En 1992, el Dpto. atendió 60 pacientes nuevos y realizó 2.400 atenciones, correspondiendo 885 a continuadores y 1455 a triajes. Es de hacer notar, también, la participación en actividades docentes y de investigación del personal del Dpto.

Aparte de las atenciones médicas, el Dpto. de Salud Mental Comunitaria ha desarrollado una intensa actividad en la estrategia de Atención Primaria de Salud Mental, llevando a eficiente ejecución 5 programas: Desarrollo Comunal, Comunidad Educativa, Atención Comunitaria, Rehabilitación y Seguimiento. Dicho departamento ha desarrollado 316 actividades de grupo de trabajo, de las cuales, 101 se realizaron con la comunidad general, 89 con organizaciones de base, 41 con el Gobierno local, 43 con el Comité multisectorial y 42 con organizaciones particulares.

En su programa de comunidad educativa desarrolló 422 sesiones, de las cuales 171 se realizaron con clubs escolares, 89 con escuelas de padres, 99 con APAFA y 63 con el personal docente de los colegios de la zona. Asimismo, ha desarrollado 254 actividades con los Comités de Familiares de Salud Mental. En el rubro de Atención y Rehabilitación en la Comunidad ha realizado las siguientes actividades: 1007 Consultas con 4,236 atenciones; 623 visitas domiciliarias, con 1,183 atenciones; 35 trabajos de grupo con 189 atenciones. También atendió 149 casos en rehabilitación psicosocial que generaron 3,445 atenciones, además de 59 atendidos en rehabilitación

sociolaboral con 1,543 atenciones.

Cabe también destacar el Programa de Seguimiento de pacientes Esquizofrénicos en la Comunidad, iniciado en 1984. Este programa, de gran beneficio social y económico, y favorecedor de una mejor evolución clínica del paciente, ha logrado alto porcentaje de adherencia terapéutica. El 91% de los casos registrados en el Programa no han requerido posterior hospitalización.

El Servicio de Rehabilitación ha seguido ejecutando sus diferentes programas de Rehabilitación Funcional, Psicosocial y Profesional. Habiendo atendido un total de 258 pacientes con 3,203 atenciones

El Servicio de Neurología tomó 1093 registros electroencefalográficos y 145 Potenciales Evocados; habiendo atendido un total de 104 pacientes con 270 atenciones.

El Servicio de Radiología atendió 443 pacientes, habiendo realizado 462 exámenes con el consumo de 1075 placas radiográficas.

El Servicio de Laboratorio, jefaturado eficientemente por el Dr. Alejandro Miyahira, realizó 5,181 exámenes.

El Servicio de Psicología realizó 1962 actividades, distribuidas entre 1,153 en adultos y 481 en Niños y Adolescentes, y otras varias.

Enfermería viene activando su participación en proyectos de investigación, estando comprometidos varios de sus miembros en la ejecución de 07 de ellos. Participan, también, activamente en tareas docentes de su especialidad. Realizó, en el mes de Noviembre, el Seminario-Taller, «Análisis de la situación de

Enfermería y Perspectivas en el INSM «HD-HN» que arrojó valiosas recomendaciones y que se vienen coordinando con la Dirección para su ejecución.

Servicio Social realizó 3,327 actividades directas con pacientes; 722 con familias y actividades indirectas; y 157 visitas domiciliarias.

Farmacia atendió 12,608 recetas. Elemento que refleja el malestar económico de la población asistida es el monto creciente de exoneración de gastos a pacientes indigentes, que llegó, al final del año, a 2,371 recetas, con un aumento gradual desde Enero 1992, con el 5.5% hasta Diciembre 92, 13.7%.

Por otro lado, el Instituto ha desarrollado, programas de capacitación para el personal administrativo en todo sus niveles.

PLAN DE CORTO PLAZO

Para el presente año 1993, se ha formulado un Plan de Acción de Corto Plazo (PACP) que, basándose en el Proyecto de Desarrollo Integral 1989-1993, está orientado a acelerar su avance en el último año de su ejecución y posibilitar, así, el relanzamiento del Instituto al ámbito internacional en el periodo 1994-1998. Esbozaremos, en muy breves líneas sus avances.

En Investigación se han continuado con los planes trazados.

En Docencia, se han intensificado diversas actividades docentes. Se ha iniciado un Curso de alto nivel sobre Avances en Psiquiatría y Salud Mental. La capacitación de las jefaturas profesionales y administrativos han tomado prioridad. El conjunto de jefaturas recibió un curso de administración Gerencial en Sa-

lud, dictado en cuatro módulos por personal docente de PROASA de la UPCH.

En Asistencia, como consecuencia de ello, y en virtud de un análisis detenido de la situación del Dpto. de Adultos y Geriatria, se nombró una Comisión multiprofesional de reestructuración de éste, bajo la presidencia de los Drs. M. Guerra y N. Yactayo. Finalmente, por renuncia del último de los nombrados, la jefatura del Dpto. ha sido encargada a la Dra. Guerra. Luego de múltiples coordinaciones, el Dpto. elaboró un Proyecto de Reestructuración que fue aprobado por la Dirección. Por éste, el Dpto. se reorganiza en Unidades, para dar respuesta a las demandas de la población; se creará, además, la unidad de hospitalización breve.

Se ha continuado, asimismo, con el proyecto de informatización general de la institución, tanto a nivel clínico como a nivel administrativo en las áreas de Contabilidad, Personal, Abastecimiento, Mantenimiento y Farmacia, entre otros. Este proyecto se viene estableciendo, gradualmente, por razones económicas, habiéndose establecido las respectivas coordinaciones con las Unidades. Con el mismo propósito se viene computarizando nuestro Inventario de Bienes Patrimoniales.

Nuestra meta, una vez terminado el PACP, es plantear un nuevo Proyecto de Desarrollo que permita al Instituto hacerse visible a nivel de Sudamerica.

Retomamos, ahora, el inicio de nuestra reflexión.

Es cierto, como el Dr. J. Mariátegui asegura, que el sueño-proyecto de crear un Instituto de Psiquiatría había sido ya propuesto

por psiquiatras peruanos que nos antecedieron, entre los cuales el más conspicuo fue Honorio Delgado.

Pero es cierto también que, anterior al inicio de nuestro Instituto, el Profesor Carlos Alberto Seguin, actual Presidente del Comité Consultivo, fundó un Instituto de Psiquiatría Social en la década del 60. El grupo del entonces Hospital Obrero de Lima, más algunos profesionales de las ciencias sociales, demostraron en el corto periodo de su existencia institucional, alrededor de dos años, la creatividad y seriedad de su labor investigativa. El Instituto en mención, desapareció, como decía Berríos, «sin dejar huella», salvo, como hemos ya señalado, algunas publicaciones científicas por esfuerzo personal de sus miembros. Recordemos, además, que en el referido Instituto trabajó nuestro recordado Renato Castro de la Mata, entonces interesado por el estudio de la familia peruana.

Aparte de los tres factores que mencionamos al comienzo y que debían controlarse para asegurar el desarrollo del INSM, ¿qué otras cosas debemos hacer para ayudar a consolidarlo?

Revisemos dos conceptos-clave para el apoyo de tal tarea:

a. SALUD MENTAL INSTITUCIONAL

Dice Jacques: «que el diseño de las instituciones debe tomar en cuenta y satisfacer la naturaleza del hombre, y no limitarse a la satisfacción del criterio no humano de eficiencia técnica». Sabemos, por otro lado, que el hombre trabaja no sólo por motivos económicos sino para lograr su autorrealización, extrayendo de todo ello satisfacción de vida y autoestima.

El hospital como sistema microsocia, constituido por todo el personal profesional y no profesional que en él labora, constituye un sistema abierto en continuo intercambio con su entorno social.

Su medio interno puede ser clasificado, gruesamente, en dos categorías: saludable y malsano; es decir, «la atmósfera laboral» que respiran los trabajadores puede alimentar o interferir sus sentimientos de bienestar y promover o inhibir su desarrollo personal y profesional.

En el primer caso, cuando una institución goza de una atmósfera saludable y, por ende, terapéutica, la relación normal entre sus miembros se facilita a través de la confianza y el trabajo conjunto. Un indicador importante de tal situación se traduce en el deseo del trabajador de asistir a su centro laboral.

En el segundo, «la atmósfera laboral se enrarece», se convierte en «antiterapéutica», para usar el término de Maxwell Jones, las relaciones humanas de sus miembros se tornan conflictivas y la emergencia de la sospecha, envidia, hostilidad, rivalidad y ansiedad no se hacen esperar. Aparecen grietas sociales a despecho de cuanta buena voluntad exista. En atmósferas laborales de esta naturaleza germinan con facilidad los grupos antagónicos, a tal punto que la supervivencia de uno de ellos parece amenazar la de otro. En estas condiciones el trabajo se interfiere seriamente, la rutina y la mediocridad tienen excelente caldo de cultivo, y los objetivos institucionales desaparecen como elementos rectores de la acción grupal. Un problema agregado a este panorama y que indica mayor patología social es cuando a él se

suman actos delictivos del propio personal hospitalario en perjuicio de la institución.

Obviamente, el INSM debe optar por la creación de una atmósfera laboral saludable.

b. LA NECESIDAD DE UNA NUEVA DIRIGENCIA

Si bien es cierto que todo el personal de salud tiene como objetivo explícito la atención de salud de la población, no es menos cierto que el mismo personal divide su rol en uno laboral y otro gremial o sindical.

No infrecuentemente, los objetivos institucionales colisionan con los gremiales; y no rara vez, el trabajador, bajo la presión de los últimos, puede orientar su conducta, a veces sin estar de acuerdo, en contra de los fines institucionales

Hemos presenciado en diversas instituciones de salud, felizmente no en el Instituto, que las dirigencias gremiales perciben a la autoridad de la institución como una persona que estuviera en contra o fuera un enemigo de los trabajadores. En tales circunstancias, se aprecia una clara orientación de la conducta grupal hacia la oposición a las órdenes de la Dirección. De ser posible, hacerlo fracasar; hacia tal objetivo se dirigen los esfuerzos del grupo. Me pregunto ¿para qué?; ¿para qué hacer fracasar una y otra vez a los diferentes Directores? ¿Cuál es la ganancia? si, así, todos perdemos.

Por ello, para el cabal desarrollo de los establecimientos de salud deviene necesario un nuevo pensamiento sindical y gremial. Una nueva filosofía y estilo orientados a la colaboración más que a la oposición, basados más en la confianza que en

la suspicacia; uno que en síntesis diga: «En qué podemos ayudar y cuáles son los problemas para plantear nuestra sugerencias de solución» una que luche por el ganar en conjunto más que por el perder divididos.

Tal estado de cosas se viene dando en este Instituto; por supuesto, en grado diverso en los diferentes grupos gremiales. Evidente es, sin embargo, el nuevo espíritu del Cuerpo Médico que, eficazmente liderado por el Dr. Luis Matos, ha defendido decididamente la institución y servido de Cuerpo Asesor de la Dirección en múltiples ocasiones. Mención aparte merece la Asociación de Enfermeras que en su Programa de Apertura plantearon explícitamente: «que no constituían una dirigencia para reclamar sino para colaborar al logro de los objetivos institucionales». Y así lo vienen demostrando. Las enfermeras, es justo decirlo, a lo largo de estos 11 años de existencia, han dado y siguen dando el más vívido ejemplo de amor al servicio, de entrega profesional y de identificación institucional.

Por ello, recapitulando, y oteando retrospectivamente el camino andado, no podemos dejar de reconocer que, pese a todos los obstáculos, hemos avanzado; y recordar con realismo la sentencia de Germán Berríos: «que aún en países desarrollados la organización cabal de un Instituto toma un periodo de 10 años».

Consecuentemente, y en consideración a lo expuesto, creemos que los psiquiatras de generaciones anteriores, especialmente Delgado y Seguin, tuvieron razón en reclamar un Instituto de Psiquiatría para el país. Pero más razón tuvieron Rotondo, el Ex-Ministro Uriel García

y Javier Mariátegui en contribuir al establecimiento del Convenio de Cooperación Técnica entre los gobiernos de Perú y Japón y finalmente decidir por la formación de un Instituto Nacional de Salud Mental. A nuestro juicio, doble acierto, de Salud Mental y no de Psiquiatría. Esta última, siendo tan humanamente necesaria para responder aquel aserto que Kenny Tejada solía repetir : «A una sociedad se le conoce por la forma como trata a sus niños, sus ancianos y sus pacientes mentales», no es prioritaria en un país como el Perú que debe atender problemas de salud aún más trágicos. La Salud Mental, sin embargo, englobando a la psiquiatría, no sólo es prioritaria sino urgente por los problemas tan graves que hemos citado y que frenan al país en su desarrollo. Apoyarla presupuestalmente es, pues, para el sector salud, hacer una buena inversión económica por el futuro del Perú.

En el cumplimiento de tal tarea, no podemos dejar de reconocer y agradecer el apoyo y concurso de tantas instituciones y personas representativas de otras fuerzas del país y del extranjero.

En primer Lugar, al Gobierno del Japón, en la persona de su Sr. Embajador en el Perú, Sr. Nobuo Nishizaki, por su generosa ayuda en la construcción de esta bella infraestructura; y a JICA, en la persona de su actual representante, Sr. Kato, por su excelente colaboración a través de múltiples coordinaciones que permitió a esa selecta pléyade de colegas japoneses que vino a trabajar por periodos en el INSM, transferir a nuestro país, con tanto desprendimientos sus mejores conocimientos y experiencias.

A la Universidad Peruana

Cayetano Heredia en la persona de su ejemplar Rector, Dr. Roger Guerra García, que con tanto acierto la conduce, por su participación y apoyo directos en todos nuestros peruanos afanes; a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en la persona de su dinámico Decano, Dr. Manuel Paredes Manrique, por su colaboración en nuestro planes docentes; y a tantas otras instituciones, nacionales e internacionales, particularmente a la Organización Panamericana de la Salud, en la persona de su Representante en el Perú, Dr. Luis Antonio Loyola, y a su asesor en salud mental Dr. Ezequiel Paz. Y a muchos otros profesionales que sería largo enumerar. Al Sr. Vice-Ministro, y por su intermedio, a los diferentes Directores del MINSA que en tantas y variadas oportunidades nos han brindado su apoyo y asesoría. Y, solicitarle que se decida políticamente la responsabilidad de la salud mental en el país a fin de ejecutar el Plan Nacional de Salud Mental, pues el Perú lleva años de atraso en esta área en Latinoamérica.

Y, asimismo, agradecer el sacrificio y excelente trabajo de todo el personal del Instituto, sin cuyo diario esfuerzo cualquier proyecto sería inviable. Agrego aquí, mi reconocimiento más caluroso a la Comisión Organizadora de las presentes Jornadas en la persona de su Presidente, Dr. José Valverde.

Por lo expuesto y volviendo a la pregunta inicial que justifica esta larga reflexión y recuento, debo concluir que el balance es positivo. Que el Perú, como señalaba Mariátegui, tiene hoy el instrumento de un Instituto, pero, debe aprender a usarlo; y ya sabemos que tal aprendizaje, aún en países desarrollados, toma

10 años.

Cómo dejar de reconocer entonces, como profesional y como peruano, el mérito que le corresponde a Javier Mariátegui en este acontecer. Y recordar que a él se le entregó una excelente infraestructura pero en el punto cero de partida; y que con el auxilio de un grupo de profesionales, al que se le denominó Núcleo Crítico se abocaron afanosamente a enfrentar el estrés que representa tan inmensa tarea, aún a riesgo de su propia salud. Renato Castro de la Mata y Kenny Tejada fueron dos oficiales que cayeron en el campo de batalla. A Mariátegui, como primer Director General del Instituto, hay que agradecerle su entrega y recordarle que los detalles de su alejamiento sólo grafican el aserto de «Qué difícil es ser peruano en el Perú». Nos felicitamos por que pasado el incidente, haya aceptado ser el Vice-Presidente de nuestro Comité Consultivo.

No puedo dejar de mencionar aquí, a otra persona importante en la marcha de la institución, aunque en general, no haya sido bien comprendida. A Mayta García, nuestra segunda Directora, a quien tuve oportunidad de acompañar en su gestión, a propuesta del Cuerpo Médico, como Director Ejecutivo. En los críticos momentos que pasó el Perú, particularmente en el año 1989, en que el caos en el sector era tal que parecía que todas las instituciones naufragaban, incluyendo la nuestra, fui testigo presencial de como la Dra. García, ante el conflicto de seguir la equivocada orientación partidaria o cumplir con los objetivos de nuestra institución, siempre prefirió lo último, y a pesar de las presiones políticas se opuso tenaz-

mente a abrir juicio penal al personal médico que había participado en el largo paro gremial de ese año, como si lo hicieron tantos otros Directores. Hasta que llegó el momento de perder la confianza del Ministro de turno.

Finalmente, en celebración de lo logrado y a nombre de la institución, transmito el más cálido agradecimiento y felicitación a Victor Delfín, amigo generoso, por la donación de su trabajo artístico, el logotipo institucional. Delfín, luego de recoger las diversas opiniones de las jefaturas del Instituto, ha plasmado a través del Sol como símbolo, no sólo la amistad y ligazón cultural entre los pueblos de Perú y Japón, sino la potencialidad que como energía de desarrollo, significa la salud mental. El logotipo transmitirá tal mensaje a la población entera, desde el frontis principal de la institución, donde, desde hoy, estará ubicado,

PALABRAS FINALES.

Y quiero pensar que muchos años más adelante, cuando el Instituto sea ya una realidad plena, cada uno de nosotros pueda volver de visita con un hijo o un nieto. Y mostrándole el Instituto con orgullo logre explicarle lo que pueden hacer los peruanos cuando trabajan unidos por un objetivo común. Y señalándole el logotipo pueda decirle: «Allí, en ese símbolo, en un pequeño pedacito, está mi corazón». Y en íntimo pensamiento podamos repetirnos: «Ganó el Perú, valió la pena tanto esfuerzo y sacrificio»

Lima, 23 de Julio de 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

CUERPO MEDICO Y RESIDENTES

1993



Primera fila, empezando por la derecha Drs.: (1) Manuel Escalante, (2) Enrique Macher, (3) José Valverde, (4) Luis Matos, (5) Alberto Perales, (6) Cecilia Sogi, (7) Martella Guerra, (8) Martín Nizama, (9) César Arellano. Segunda fila, Drs.: (10) Ricardo Chirinos, (11) Guido Mazzotti, (12) Carlos Aguilar, (13) Julio Huamán, (14) Héctor Tovar, (15) Rosalinda Ramos, (16) Alejandro Miyahira, (17) Eduardo Bernal, (18) Javier Saavedra, (19) Raúl Díaz, (20) Daniel Villar. Tercera fila, Drs.: (21) Edmundo Delgado, (22) José López, (23) Vilma Paz, (24) Alfredo Saavedra, (25) Victoria Angeles, (26) César Sotillo, (27) Carlos Cachay, (28) Víctor Hajar. Última fila, Médicos Residentes, Drs.: (29) Rosalinda Martínez, (30) Hever Krüger, (31) Héctor Vidal, (32) Abel Sagástegui, (33) Roxana Viver, (34) Alberto Pérez, (35) Elena Tarazona, (36) Cecilia Adrianzen y (37) Isabel Nieto.