

# La información y la medición de la salud mental

*Mtra. Eugenia Vilar Peyri\**

## Resumen

Hoy en día las enfermedades mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad y sufrimiento en México y en el mundo por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Para poder llevar a cabo acciones de prevención y curación es necesario contar con datos que den cuenta de su magnitud y alcances. En México el manejo de la información acerca de la salud mental resulta ser una tarea compleja debido a que no existen formas uniformes de reportarla. Por otra parte, hasta hace poco tiempo los registros de salud estaban basados principalmente en datos de mortalidad y la salud mental provoca bajas tasas de muerte. En este trabajo se trata de resaltar la carga política que implica la generación de la información en salud mental y de qué manera el uso del indicador compuesto AVISA, a pesar de estar al servicio del capital, da cuenta de los problemas de salud mental en tanto incluyen la discapacidad.

## Abstract

*Actually mental illness burden is one of the most important causes of disability in Mexico and all around the world, It has become a public health problem. In order to make decisions on preventive and curative fields, it is necessary to measure its magnitude. In Mexico the information on mental health is a complex task because of lack of uniformity in the way it is referred. Even more, accurate health figures have been based on mortality rates and mental disorders cause few deaths. In this paper we point out the political value of accurate information on disability caused by mental disorders through the introduction of AVISA as an indicator of disability even though this indicator has been used in behalf of capital.*

**Palabras clave:** Salud mental, Discapacidad, Indicadores compuestos.

**Key words:** Mental health, Disability, Compound indicators.

\* Profesora Investigadora Titular C de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Fecha de recepción : octubre 3 de 2006.  
Fecha de aprobación: diciembre 15 de 2006.

Medir y contar, informar y decidir, éstas son acciones complicadas cuando se trata de salud en general pero es casi imposible cuando lo que se trata es de la salud mental. A veces la información no existe, se esconde; otras veces se reporta de diferente manera y la diferencia depende del médico, el hospital, el agente del ministerio público. Otras más, pareciera que las enfermedades están definidas por lo que Savater (1991:275) llama el "código penal del alma"; esto es, el CIE-10 o el DSM-IV: una lista fría y dura del sufrimiento en donde se aglutinan síntomas que pueden llevar a denominar un padecimiento, que a final de cuentas etiquetan al sujeto y éste tendrá que vivir siempre con ese rótulo que le implicará exclusión, discriminación y todas las dificultades imaginables para llevar una vida más o menos común. Franco Bassaglia decía que el loco aprende el comportamiento que va pegado a la etiqueta y engaña hasta al más experimentado psiquiatra. La locura o más bien las locuras son individuales en el sentido de que cada loco procesa su encuentro (o desencuentro desafortunado) con los otros de manera única, pero también son sociales porque tienen que ver con esos otros, con la manera en que organizaron los alrededores del sujeto que enloquece.

Aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos para la satisfacción del deseo. La salud mental se mantiene en términos de la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad. (Doyal, citado por Granados, 2001:44)

Es difícil pensar que todos los que padecen depresión tienen la misma enfermedad; inclusive si hablamos de la gripe seguramente tendremos muchas gripes, tantas como sujetos que la padecen. Es difícil concebir cómo medir la locura, cuánto se sufre si se está deprimido, si se tienen delirios, si se alucina. Pero así es la medicina moderna, homogénea, organiza, empareja, equilibra. Para la medicina moderna existen enfermedades, no enfermos.

Sin embargo, es ésta la realidad concreta y actual y mal haríamos desconociéndola y fingiendo que no es así. Los que toman las decisiones así piensan y con ellos hay que contender y trabajar; éstos, decía Benedetto Sarraceno en una conferencia, solamente entienden los datos duros, no entienden de sufrimiento, de exclusión, de discriminación, consideran que eso es subjetivo. "Hay que darles lo que piden para poder lograr lo que queremos: que los enfermos

mentales puedan disfrutar la banalidad de la vida como lo hacemos nosotros".

Ahora bien, si de datos duros se trata, si hemos de hablar de salud mental, encontramos —como decía más arriba— enormes diferencias y formas de registrarla y dar cuenta de ella. Estas diferencias en la manera de reportar las tasas de prevalencia de los desórdenes mentales se pueden explicar en parte por el estigma asociado a este tipo de padecimientos y a la manera en que en muchos países son concebidos, incluyendo la eugenesia. Este estigma puede dar como resultado un subregistro y un subtratamiento. Los profesionales de la salud en los países de bajos ingresos, además, deben convivir con creencias culturales acerca de la enfermedad mental (por ejemplo que la enfermedad mental es un castigo del demonio o es mal de ojo) lo cual se convierte en una carga extra y en un obstáculo más para el acceso y la generación de la información.

Por otro lado, en México tradicionalmente la generación de información en salud "...ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular..." (Norma Oficial, 2004). Esta cita se refiere tanto a la salud en general como a la salud mental en particular pero habría que agregar que en el caso de la segunda, quizás los problemas se magnifiquen pues a lo señalado podríamos añadir la falta de preparación de los profesionales en el primer nivel de atención, las dificultades que las personas tienen para buscar ayuda, etcétera.

Esta manera de generar información, además de que denota desorden y falta de coordinación, implica una concepción de la salud que la reduce al acto mismo de enfermar sin tomar en cuenta las causas sociales, económicas y políticas del proceso de salud-enfermedad. Como dice Laurell (1977:82), es una concepción de salud que no se pregunta por qué se presenta esta problemática de salud en particular en este momento particular y en este grupo específico. Por lo tanto, informar, generar datos, es un acto político que tiene trascendencia en la manera y forma de pensar la salud, de ofrecer servicios sanitarios, de contabilizar la enfermedad, de aplicar los recursos y los tratamientos. Además no se puede ignorar que México debe responder a las exigencias de las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, ha firmado tratados que se deben cumplir, metas a las cuales hay que llegar en tiempo y forma, entonces hay que informar y medir de manera que las metas se cumplan, los tratados se tomen en cuenta, las agencias internacionales estén satisfechas con el desempeño del país. Lo anterior se hace evidente, por

ejemplo, cuando se comparan los datos que México aportó al Proyecto Atlas<sup>1</sup> con los que están accesibles en las fuentes nacionales del Sistema de Salud, que no son todos los que serían necesarios. La discrepancia es constante y generalmente el país ha inflado los datos que se dieron a la OMS<sup>2</sup>.

La mortalidad ha descendido, es cierto, así informa el Sistema Nacional de Salud; pero no hay información de cómo vive ese sobreviviente, cómo vive con la desnutrición y las enfermedades infecciosas. Se informa de quién está en el sistema, los que están en sus márgenes—los indígenas de Chiapas por ejemplo—no existen en las tablas, en los boletines y si están locos, menos aún. ¿Mueren? ¿Sobreviven? ¿Cómo?

El problema del subregistro no ha sido un problema exclusivo de México sino de la gran mayoría de los países del mundo, especialmente de los denominados de bajos ingresos. Esta situación había impedido—y aún impide pero en menor medida—tener un conocimiento mínimamente objetivo de las condiciones de salud de la población mundial. Al mismo tiempo, con los indicadores que se utilizaban—y aún lo hacen pero también en menor medida—la información generada distaba mucho de la realidad y resultaba complejo y hasta imposible planificar acciones de gran envergadura.

La creciente complejidad del panorama epidemiológico en México (y el resto del mundo) hace necesario contar con mejores indicadores que permitan evaluar integralmente las pérdidas de salud en la sociedad. Hasta ahora, para la mayor parte de las evaluaciones se han hecho utilizando indicadores simples con información proveniente de los registros de mortalidad, de encuestas nacionales de salud y de los registros de utilización de servicios. Sin embargo, los notables avances que se han alcanzado en la calidad de la información abren la posibilidad de aplicar en México (y en el resto del mundo) indicadores compuestos, que midan simultáneamente pérdidas relacionadas con muertes prematuras y con enfermedades. (Lozano, 1997a:35).

<sup>1</sup> El Proyecto Atlas, "...presenta análisis mundiales y regionales de la información sobre recursos de salud mental aportada por 185 países, que representan el 99,3% de la población mundial. Esta información procede fundamentalmente de fuentes gubernamentales dentro de cada país, lo que hace de esta compilación de recursos de salud mental una de las más completas y fiables jamás emprendidas... Los datos del Proyecto Atlas confirman lo que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo, es decir, que en la mayor parte de los países los servicios de salud mental son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental" (Saraceno, 2001:7).

<sup>2</sup> Para ampliar esta cuestión se puede consultar la Tesis de Maestría en Medicina Social "La salud mental en México y en el mundo. Una manera de darle voz a la locura". UAM-Xochimilco, 2006.

Lozano se refiere al indicador compuesto AVISA: años de vida saludable que se pierden por muerte prematura y por discapacidad. Fue diseñado por el Banco Mundial, la OMS y la Universidad de Harvard en 1993 y sus autores fueron Murray y López aunque tiene como antecedentes los indicadores de Dempsey (1947), Chiang (1965), Borg (1973) y Morrow (1984).

Los AVISA perdidos permiten evaluar "...el impacto—expresado en unidades de tiempo—de distintas enfermedades en una sociedad determinada, y tiene la ventaja de que ofrece una métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades. Así, se vuelve comparable, por ejemplo, un AVISA perdido por un episodio de diarrea en un niño, con uno perdido por cirrosis hepática en un adulto mayor o por un padecimiento psiquiátrico en una mujer joven" (Lozano, 1997:36).

Los AVISA perdidos se construyen por la suma de los años perdidos por muerte prematura (APMP) y los años vividos con discapacidad (AVD), por lo que el estudio se divide en dos componentes mayores: a) el análisis de las causas de muerte y b) la estimación de la incidencia, prevalencia, duración y gravedad de las principales secuelas de las 105 enfermedades y lesiones que se incluyen en el estudio.

Este indicador toma en cuenta muerte prematura y discapacidad; dos elementos interesantes para pensar la salud y que aparecen en escena a la par, o como consecuencia de las políticas neoliberales y de mercado. Es decir, por primera vez se hace evidente, aunque es connatural con las leyes del capitalismo, que la salud es productividad, plusvalía, ganancia; la enfermedad es carga, costo, gasto. Un sujeto que muere antes de lo que marcaba su esperanza de vida al nacer deja de producir lo que el sistema esperaba de él; si por causa de una enfermedad queda discapacitado aún será peor: estará vivo, sin producir y consumiendo a costa del gasto público.

*...una economía industrial no puede permitirse el lujo de tener en su población una gran minoría en un rol improductivo... el problema surge en el momento en que se prepara una nueva fase de expansión capitalista y hay que intentar recuperar al máximo todas las fuerzas productivas, disminuyendo de paso el costo asistencial de aquellos que, a pesar de su esfuerzo, no pueden rehabilitarse. (Espinoza, 1986:56)*

Teóricamente el cálculo de las condiciones de salud utilizando los AVISA perdidos permite planificar las necesidades de salud de una población, evaluar la efectividad de las intervenciones y apoyar la determinación de prioridades de investigación y de atención. Además el uso de los AVISA como indicador de necesidades de salud busca: "a) incorporar

al debate sobre la determinación de prioridades y asignación de recursos, el uso de indicadores compuestos que incluyan la medición de efectos no mortales de la enfermedad; *b*) contener a los interesados... en defender la asignación desproporcionada de recursos financieros para determinadas enfermedades en detrimento de otras... *c*) buscar... que la determinación de prioridades, la asignación de recursos y la distribución de los incentivos sean hechos con criterios explícitos basados en necesidades de salud..." (Lozano, 1997:36).

Éste es el panorama de la salud en México si se emplean los AVISA perdidos.<sup>3</sup>

En 1994, el potencial de vida de los mexicanos era de 90 millones, de los cuales se perdieron 13 millones de AVISA; esto es, 145 años perdidos por cada 1000 habitantes (7.5 semanas del potencial de vida sana acumulado para ese año). De ellos, el 57% fueron por muerte prematura (APMP) y 43% por años vividos con discapacidad (AVD). Por otro lado, el riesgo de perder un año de vida saludable es 1.3 veces más alto en el área rural.

La distribución de los AVISA perdidos en 1994 es como sigue (Lozano, 1997):

**Adultos jóvenes (15 a 44 años)**

- 4.4 millones de AVISA perdidos
- 34% del peso de la enfermedad nacional
- 2/3 son varones (2.9 millones)
- 1/3 son mujeres (1.4 millones)

Por enfermedades no transmisibles la pérdida fue de 20% superior en varones que en mujeres; 7 veces mayor por lesiones, 11 veces mayor por homicidio.

**AVISA perdidos por varones (15 a 44 años)**

Más del 50% (1.6 millones) por lesiones (59% no intencionales, 41% intencionales)

**AVISA perdidos por mujeres que equivalían al 10% del peso nacional**

- 40% por muerte prematura
- 60% por discapacidad (780 000).

**De este porcentaje, el 59% (460 200) por enfermedades no transmisibles:**

- 13% enfermedades neuropsiquiátricas (59 826);
- 9% cardiovasculares
- 9% neoplasias malignas
- 5% músculo esqueléticas

La razón hombre/mujer es de 1.4 AVISA perdidos por hombres/1 AVISA perdido por mujeres.

Las principales causas de AVISA perdidos que generan pocas defunciones son:

- Anemia
- Trastornos depresivos
- Enfermedades de transmisión sexual (no VIH)
- Artritis reumatoide

Más del 30% por enfermedades no transmisibles implican un 10% por enfermedades propias del rezago.

Adultos de más de 60 años = 14% del peso nacional (1.8 millones): 60% muerte prematura, 40% discapacidad:

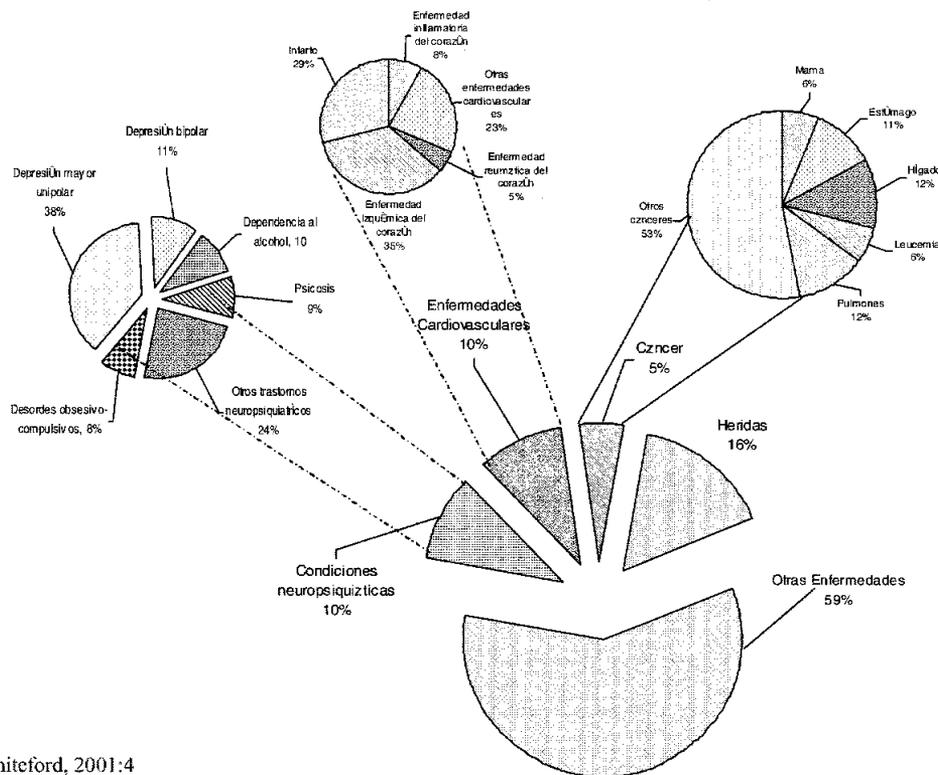
- Artritis
- Demencia
- Osteoartritis
- Caídas

Es verdad que los datos son antiguos, desgraciadamente esta antigüedad no merma la dimensión del problema. Además, para los fines del presente ensayo no interesa tanto la actualidad del dato sino resaltar el hecho de que a partir de los AVISA, es que ha sido posible conocer, como nunca antes aunque de manera aún deficiente, la magnitud de los problemas de salud mental en nuestro país por lo que no se debe desconocer la importancia que el desarrollo de estos indicadores compuestos ha tenido para sacar a la luz el subregistro de los desórdenes mentales y cómo ha hecho evidente su alta prevalencia.

En 1998 el 23.5% de los AVISA perdidos en los países de altos ingresos y el 10.5% en los países de ingresos bajos y medios se debió a las condiciones neuropsiquiátricas (Whiteford, 2001:3). Según este trabajo de la OMS la discapacidad en el mundo por desórdenes psiquiátricos fue de 28.5%, 47% en países de altos ingresos, como Estados Unidos, y de 16% en África. Cinco de las diez principales causas de discapacidad en el mundo se deben a desórdenes mentales.

<sup>3</sup> Los datos que se refieren a los desórdenes mentales están en negritas, aunque habría que considerar que los AVISA perdidos por discapacidad en general pueden contener datos acerca de la salud mental.

**Los nuevos desafíos; DALYs<sup>4</sup> atribuibles a enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios, estimados para 1998. (Reporte Mundial de Salud, 1999)<sup>5</sup>**



Fuente: Whiteford, 2001:4

Para el caso de México esta circunstancia queda muy clara en la Tabla 1 en la cual, cuando se utiliza el indicador de mortalidad ajustada, muchos de los trastornos mentales no aparecen como necesidad de salud; en cambio, si se utilizan los AVISA perdidos, éstos cobran importancia. Veamos los casos: el Homicidio y las Lesiones a terceros<sup>6</sup> ocupa un 6° lugar en la lista de necesidades por mortalidad ajustada; si se consideran los AVISA perdidos, sube al 1°. La dependencia del alcohol pasa del lugar 21° al 12°; las demencias, del 43° al 17°; los trastornos depresivos no aparecen en el listado por mortalidad ajustada y en cambio si se consideran los años perdidos de vida saludable pasa al lugar 26°; lo mismo acontece con el síndrome de estrés post-traumático, la esquizofrenia y la dependencia de drogas que adquieren importancia al impactar los años de vida saludable que se pierden

y pasan al lugar 32° el primer trastorno, al 38° el segundo y al 50° el tercero; el suicidio es el único que ocupa un sitio más alto en la lista por mortalidad ajustada en tanto es el problema de salud mental que más muertes ocasiona.

Efectivamente, no podemos desconocer su importancia pero tampoco podemos eludir que estos nuevos sistemas de medición responden a criterios económicos y a una concepción de la salud como un asunto financiero. Han sacado a flote la problemática de la salud mental que estaba arrinconada en el olvido por no ser causante de suficientes muertes; pero al aparecer la visión de mercado y la necesidad de bajar los costos de la asistencia se descubrió la discapacidad y las medidas para paliarla, reinsertarla y rehabilitarla para hacerla de nuevo productiva.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> DALY: Disability- Adjusted Life Year, término en ingles para AVISA: Años de vida saludable.

<sup>5</sup> Esta gráfica ha sido traducida por la autora.

<sup>6</sup> Los homicidios y las lesiones a terceros se consideran vinculados con la salud mental en tanto son hechos violentos que causan sufrimiento psíquico en las víctimas y a su vez implican trastornos mentales en aquellos que los llevan a cabo. Ver Tesis de Maestría en Medicina Social "La salud mental en México y el mundo. Una manera de darle voz a la locura", UAM-Xochimilco, 2006.

<sup>7</sup> El Banco Mundial hizo un llamado a multiplicar esfuerzos por ofrecer oportunidades a más de 600 millones de personas discapacitadas que hay en el mundo, incluidos los 50 millones que viven en América Latina y el Caribe, como parte del intento por atacar la pobreza desproporcionada que sufre este sector poblacional. De los 50 millones de discapacitados latinoamericanos, 82% vive en la pobreza, menos del 20% cuenta con seguro médico y sólo 20 a 30% de los niños discapacitados asiste a la escuela. Conferencia en Washington: Discapacidad y desarrollo incluyente: cómo aprender a compartir y construir alianzas. *La Jornada*, 3 de diciembre de 2004, p.24.

**TABLA 1. PRINCIPALES NECESIDADES DE SALUD SEGÚN DOS INDICADORES. MÉXICO, 1994**

MORTALIDAD	AJUSTADA AVISA
1. Cardiopatía isquémica	1. Homicidio y lesiones a terceros
2. Diabetes mellitus	2. Accidentes de vehículo motor (ocupantes)
3. Neumonía	3. Neumonía
4. Enfermedad cerebro vascular	4. Diabetes mellitus
5. Cirrosis hepática	5. Accidentes de vehículo motor (atropellados)
6. Homicidio y lesiones a terceros	6. Cardiopatía isquémica
7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	7. Diarrea aguda
8. Diarrea aguda	8. Cirrosis hepática
9. Desnutrición proteínico-calórica	9. Desnutrición proteínico-calórica
10. Nefritis y nefrosis	10. Caídas
11. Accidentes de vehículo motor (ocupantes)	11. Enfermedad cerebro vascular
12. Cardiopatía hipertensiva	12. Dependencia del alcohol
13. Accidentes de vehículo motor (atropellados)	13. Anemia
14. Cáncer de tráquea y bronquios	14. Nefritis y nefrosis
15. Caídas	15. Osteoartritis
16. Estómago	16. Artritis reumatoide
17. Tuberculosis	17. Demencias
18. Otras enfermedades endocrinas	18. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
19. Cáncer cervicouterino	19. Hernia
20. Anemia	20. VIH/SIDA
21. Dependencia del alcohol	21. Cardiopatía hipertensiva
22. Ahogamiento	22. Ahogamiento
23. Cáncer de hígado	23. Asma
24. Cáncer de próstata	24. Insuficiencia respiratoria superior
25. Septicemia	25. Epilepsia
26. VIH/SIDA	26. Trastornos depresivos
27. Úlcera péptica	27. Diarrea persistente
28. Leucemia	28. Tuberculosis

29. Suicidio	29. Ascaris
30. Insuficiencia respiratoria superior	30. Cáncer cervicouterino
31. Cáncer de mama	31. Leucemia
32. Asma	32. Síndrome de estrés postraumático
33. Sofocación	33. Septicemia
34. Diarrea persistente	34. Suicidio
35. Cáncer de páncreas	35. Tricocefalosis
36. Cáncer de colon y recto	36. Sofocación
37. Cáncer de vías biliares	37. Enfermedades de Transmisión Sexual excepto VIH
38. Epilepsia	38. Esquizofrenia
39. Pericarditis, endocarditis	39. Cáncer de tráquea y bronquios
40. Obstrucción intestinal	40. Enfermedad inflamatoria pélvica
41. Cardiopatía reumática	41. Cataratas
42. Envenenamientos	42. Quemaduras
43. Demencias	43. Cáncer de mama
44. Picadura por animal venenoso	44. Cáncer de estómago
45. Meningitis	45. Pericarditis, endocarditis
46. Cáncer de ovario	46. Cisticercosis
47. Quemaduras	47. Enfermedad periodontal
48. Artritis reumatoide	48. Cardiopatía reumática
49. Melanoma	49. Otitis media
50. Hepatitis	50. Dependencia de drogas

Fuente: Frenk, 1997.

Ante la situación hasta aquí mencionada, es necesario aclarar que no se ha pretendido proponer formas para homogeneizar los sistemas de medidas, ni de sacar conclusiones de las diferentes maneras de informar y medir. En última instancia, ha sido un argumento más para demostrar (aunque no estoy pretendiendo demostrar nada en el sentido científico del término) que en el ámbito de la salud en general y de la

salud mental en particular existe un gran desorden y desorganización (consciente o no) que impiden mejorar las condiciones de los enfermos y prevenir la enfermedad de los sanos. La única finalidad del trabajo es mostrar el estado de cosas para incidir de manera modesta en el cambio y transformación posibles.

## Bibliografía

- Espinosa, J. (1986). Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica. En: Espinosa, J. Coord. *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- Frenk, J. Editor (1997). *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas*. Funsalud, México.
- Granados, J.A. (2001). Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales. *Salud Problema*. Nueva época/año 6/número 10-11/ junio-diciembre de 2001. P 37.
- Laurell, C. (1977). Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*.3:6. Pp. 79-87
- Lozano, R. (1997). El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. En: Frenk, J. editor (1997). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas*. Funsalud. México.
- Lozano, R. (1997a). La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México. Funsalud/Banco Interamericano de Desarrollo, México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Saraceno, B.; Saxena, Sh. (2001). *Proyecto Atlas. Recursos de salud mental en el Mundo*. OMS. Ginebra.
- Savater, F. (1991). *Ética como amor propio*. CNA y Mondadori. México
- Whiteford, H.; Teeson, M.; Scheurer, R.; Jamison, D. (2001). *Responding to the burden of mental health*. CMH Working Paper Series. Paper No. WG1:12. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Washington.
- Vilar, E. (2006). *La salud mental en México y en el mundo. Una manera de darle voz a la locura*. Tesis de Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco, México.