

X CONGRESO MUNDIAL DE SOCIOLOGIA

SOCIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL

TEMA I : SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL EN AMERICA LATINA

PONENCIA: "INDICADORES DE ENFERMEDAD MENTAL EN AMERICA LATINA"

POR JOSE CARLOS ESCUDERO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO
APARTADO POSTAL 23-181,
MEXICO 23, MEXICO

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

I - INTRODUCCION .

Medir la enfermedad mental es difícil, debido a una serie de motivos generales, a los cuales se suman particularidades propias a América Latina.

En primer lugar está el carácter esencialmente normativo y no observacional del concepto "salud mental", cuya contrapartida sería la enfermedad mental, fenómeno a medir. En Salud somática, el problema es más sencillo: disponemos de un fenómeno de "no salud" que se acerca a lo absoluto, la muerte, que puede medirse con relativa facilidad (las reservas a esto en América Latina se comentarán a continuación); y de otro fenómeno de "no salud", la enfermedad somática que suele ser poco ambigua, en cuanto suele traducirse en ostensibles desviaciones a criterios consensuales de "normalidad", o que perturba claramente la vida cotidiana o la capacidad de producir, o que tiene manifestaciones físicas ostensibles. Medir la morbilidad somática es más difícil que medir la mortalidad, pero disponemos de una razonable cantidad de información acerca de ella, en gran parte generada por los sistemas de atención médica que han establecido los diferentes estados nacionales.

En salud mental todo es más complicado, comenzando por su definición. Toda descripción de la psique humana es, explícita e implícitamente, normativa; de ella se desprende una caracterización

de "normalidad" y consecuentemente una consideración de la enfermedad como un apartamiento de esta normalidad. Sean estas descripciones-caracterizaciones afines al pensamiento médico dominante o cuestionadores de éste, su resultado -de nuevo- es la individualización de ciertos seres humanos como enfermos. Ahora bien, lo que tienen en común visiones "científicas" tan dispares del proceso salud-enfermedad mental como las de un jefe de clínica de un hospital manicomial promedio en América Latina con las de un Cooper o un Laing, es la dificultad de su operacionalización, ya sea en términos individuales o colectivos. Las visiones heterodoxas parecen ser tan flexibles, con tanta interacción con el entorno, tan "posicionales", que la enfermedad mental no parece ser otra cosa que una situación puntual. En cuanto a las definiciones dominantes sobre salud-enfermedad mental, que se traducen operativamente en el tratamiento o la reclusión de quienes según ellas se consideran enfermos (ya que ellas tienen detrás suyo un aparato institucional poderoso); se ha hecho notar (1) la manera en que están condicionadas por la estructura económica vigente: como bajo el modo de producción feudal se valuaba positivamente a las personalidades ordenadas, avaras, acumulativas y frugales, a quienes hoy tildaríamos de neuróticos obsesivos; mientras que hoy una personalidad que puede apodarse "maníaco genital" (2) es valorada en estos momentos de dominancia de un capitalismo con alto desarrollo de fuerzas productivas, que da valor al consumo de mercancías. En salud-enfermedad mental, como en ciertos otros terrenos de salud somática (3), las dos acepciones de la pala-

bra "normal" se usan simultáneamente, por contradictorio que sea el resultado: lo normal como normatizado (deseable) y lo normal como la observación mas usual. En suma, debemos recalcar que no existe un consenso sobre lo que debe ser la salud-enfermedad mental, y que todas las mediciones que hagamos adolecerán de esta limitación inicial.

A estas dificultades que entran en el terreno teórico se suman otras metodológicas y operativas, con el resultado sustancial que los fenómenos de salud-enfermedad mental no son fácilmente observables, y son mucho menos medibles.

Un consuelo sería decir a esta altura que los fenómenos de salud somática tampoco se miden bien en nuestra América Latina. La debilidad estructural de nuestras sociedades; el "desarrollo de su subdesarrollo", que está sometido a centros hegemónicos capitalistas de fuera; la dependencia de sus Estados, que es inclusive creciente en función de una crisis que se profundiza; hace que solamente dos tipos de países tengan estadísticas de salud somática más o menos confiables: los del "cono sur" de América del Sur que pudieron cumplir un desarrollo capitalista más o menos exitoso hasta su frustración a mediados de la década de los sesentas, y Cuba, primer país socialista de nuestro continente, cuyas exactas y detalladas estadísticas de salud somática son el subproducto de un sistema sanitario, y en general de una infraestructura social que no margina a ningún segmento de la po-

blación. En Cuba en 1979, el 98.3% de los partos ocurrían en hospitales, se hacían 11 consultas prenatales por parto, y 4.5 consultas médicas y 0.9 consultas odontológicas por habitante año. (4) Como un resultado de esto, la mortalidad infantil cubana, de 19.6 por mil en 1980 (5) es la mas baja en América Latina, y su esperanza de vida de 73.5 años es la mayor (6); como otro resultado, las estadísticas cubanas de salud somática se caracterizan por su exactitud (7).

Como ejemplo de la mala calidad de las estadísticas de salud somática en América Latina, notemos la forma en que se mide la mortalidad infantil en nuestros países. La muerte de un ser humano es, un fenómeno unívoco, muy saliente y fácil de definir. Los serios problemas de mala medición y subregistro que revela la siguiente Tabla (que no hace otra cosa que una medición cuantitativa de la mortalidad, sin adentrarse en el fenómeno cualitativo de la causa de las muertes, donde las distorsiones pueden ser mayores), debe ponernos alertas ante las limitaciones de la información numérica que intente medir el nivel y la tendencia de la enfermedad mental en América Latina. En la Tabla, la columna de la izquierda refleja la tasa de mortalidad infantil según las cifras oficiales, la columna de la derecha las tasas como realmente son, según los modernos "métodos indirectos" de medición de niveles de mortalidad.

TABLA 1: COMPARACION ENTRE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL PROPORCIONADA POR ESTADISTICAS VITALES "OFICIALES" Y POR OTROS METODOS DE MEDICION. PAISES DE AMERICA LATINA-VARIOS AÑOS.

País.	Período.	Tasa de mortalidad infantil por estadísticas "oficiales"			Tasa de mortalidad infantil medida por otros métodos.
		(a)	(b)	(c)	(a)
Honduras	1970-1971			36	115(c)
Nicaragua	1966-1967			43	126(c)
Perú	1965			74	153(c)
El Salvador	1966-1967			63	118(c)
Rep. Dominicana	1969			62	110(c)
Colombia	1968-1969			70	100(c)
Paraguay	1967-1968			44	64(c)
Guatemala	1968-1969			92	110(c)
Ecuador	1969-1970			81	104(c)
Costa Rica	1968-1969			65	70(c)
Cuba	1970			36	38(d)
Argentina	1966			54	54(d)
Chile	1970			79	79(d)
Bolivia	1971-1972			--	161(d)

- (a) Muertes infantiles por mil nacidos vivos.
 (b) FUENTE: Datos del "Demographic Yearbook" para el período correspondiente.
 (c) FUENTE: Hugo Behm y colaboradores. Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina.- CELADE-Serie A, No. 1024 a 1032, 1976-1977.
 (d) FUENTE: Hugo Behm y Olinto Rueda: Colombia 1968-1969, CELADE, Serie A, No. 1032, septiembre de 1977.

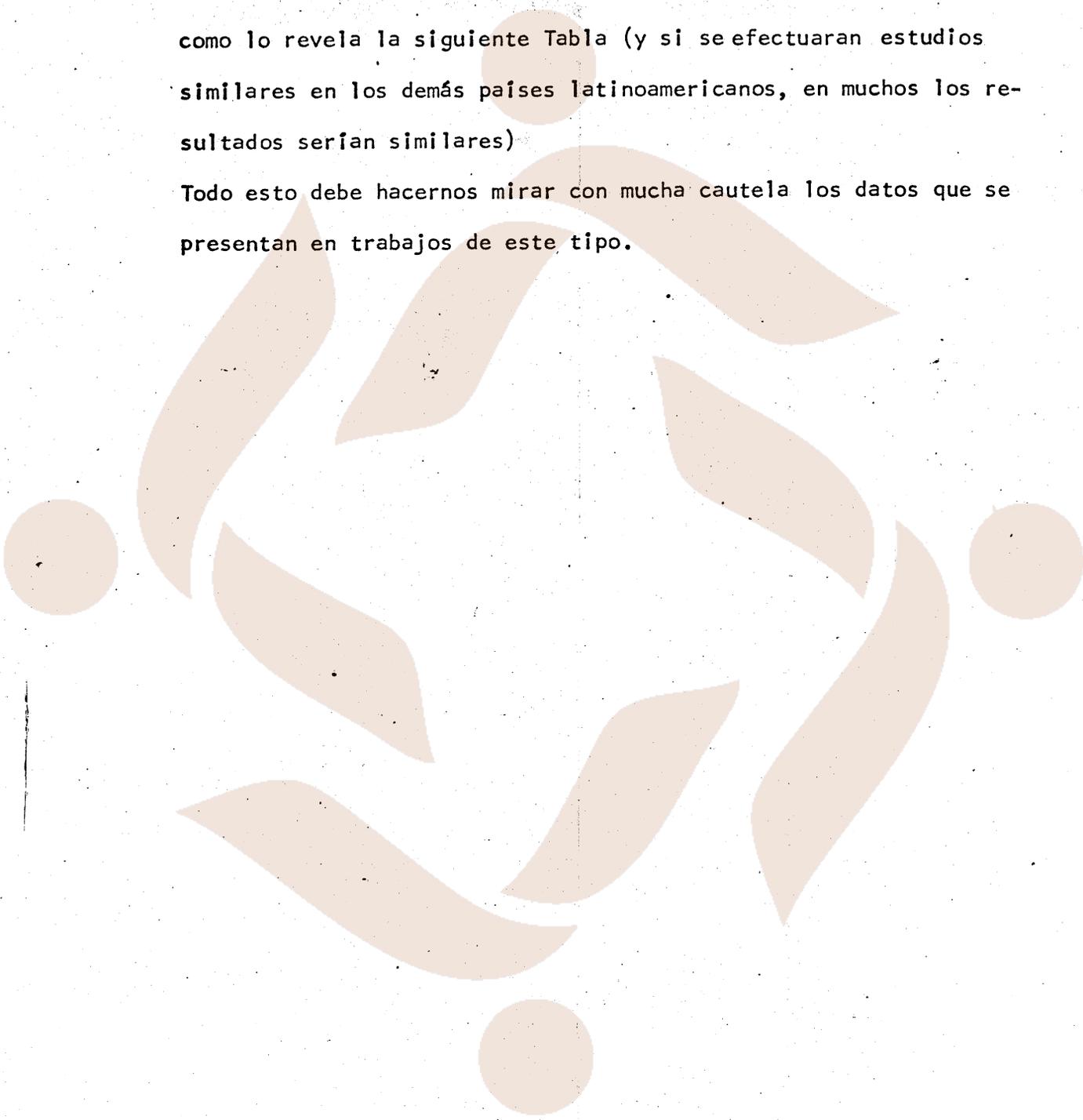
Nota: Esta tabla fue publicada originalmente en J.C. Escudero "Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina" "Revista Latinoamericana de salud, N°1, México 1981.

En varias de las Tablas que siguen se publicará información sobre Honduras. Este país envía a la Organización Mundial de la Salud sus datos de mortalidad de acuerdo a los requisitos que esta organización plantea, lo que hace que sean publicados. Sin embargo, la información de Honduras adolece de serios defectos de subregistro y mala calidad,

Universidad Nacional de Lanús

como lo revela la siguiente Tabla (y si se efectuaran estudios similares en los demás países latinoamericanos, en muchos los resultados serían similares)

Todo esto debe hacernos mirar con mucha cautela los datos que se presentan en trabajos de este tipo.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

TABLA 2: SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES EN HONDURAS 1970-1972.

<u>Tasas.</u>	<u>Tasa por E.Vitales.</u>	<u>Tasa por Encuestas.</u>	<u>Porcentajes de Subregistro.</u>
De mortalidad general (por mil habitantes)	8.0	14.2	44
De mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	36.5	115.0	69
De mortalidad de 1 a 4 años (por mil habitantes)	9.6	19.3	50

FUENTE: Modificado de "Datos de la encuesta demográfica nacional de Honduras" (EDENH)-CELADE-San José de Costa Rica.

Nota: Esta tabla fue publicada originalmente en J.C. Escudero "Sobre mentiras y estadísticas de Salud en América Latina" Revista Latinoamericana de Salud N°1, México 1981.

II - NIVELES DE ENFERMEDAD MENTAL EN AMERICA LATINA.

Revisemos primeramente las estadísticas disponibles acerca de enfermedad mental, según esta es definida (o no) y medida de acuerdo a lo que Galbraith llama "la sabiduría convencional", considerando sucesivamente la mortalidad y la morbilidad por enfermedades mentales, según aparecen en los registros oficiales. Luego pesquemos la existencia en nuestro continente de otros fenómenos que son indicadores indirectos de enfermedad mental. Por último, y en función de definiciones alternativas de lo que puede ser la salud mental (y la enfermedad como apartamiento de esto), exploremos la existencia de indicadores para medirla.

Mortalidad registrada por enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales muy raramente provocan mortalidad "per se"; cuando registramos una muerte "a causa" de una enfermedad mental, lo que habitualmente hacemos es contabilizar la iatrogenia hospitalaria que suele acompañarla. De cualquier forma, la cifra de muertes es muy baja en los pocos países de América Latina que proporcionan información.

TABLA 3: MORTALIDAD POR "DESORDENES MENTALES" (A 69, A 70 y A 71). INCLUYE PSICOSIS (A 69); NEUROSIS, DESORDENES DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES DE NATURALEZA NO PSICOTICA (A 70); Y RETARDO MENTAL (A 71).

PAIS.	AÑO.	TOTAL DE MUERTES	TOTAL "DESORDENES MENTALES".	A-69	A-70	A-71
Argentina.	1977	238887	1043	136	890	17
Chile.	1977.	73541	320	78	235	7
Honduras.	1976	18168	79	5	74	-
Perú.	1973	104843	211	23	187	1
Venezuela.	1976	76668	108	21	84	3

FUENTE: "World Health Statistics Annual" Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.

Morbilidad por enfermedades mentales.

Sobre este rubro no se efectúan rutinariamente recopilaciones internacionales, y si estas existieran no harían otra cosa que convalidar una enorme arbitrariedad teórico-metodológica: como hemos visto no existen definiciones acordadas y en general ni siquiera desarrolladas de lo que es la salud (o la enfermedad) mental; las encuestas de prevalencia de estos fenómenos adolecen por añadidura de problemas tales como incompleta cobertura de universos poblacionales; las estadísticas de enfermos mentales que surgen de las atenciones prestadas en servicios sanitarios son muy sesgadas debido a que estos atienden solamente a una fracción (a veces una fracción muy pequeña) de la demanda potencial; surgiendo la paradoja que los países que tienen una mejor cobertura (o una cobertura menos imperfecta) de estos servicios refle-

jarían una mayor prevalencia de enfermedades mentales... La mayoría de los países de América Latina no publican estadísticas sobre la morbilidad atendida en sus centros asistenciales. Las cifras que se encuentran disponibles de los pocos países donde hay datos publicados representan una contabilización de clientes de los servicios y no de necesitados de recibir atención (independientemente de como se establece este criterio de necesidad). Por ejemplo, en la Argentina se reportaron en 1970, 34275 egresos por causas psiquiátricas en los hospitales oficiales, de los cuales 9445 correspondían al Instituto Nacional de Salud Mental (8). Estas cifras son inútiles para evaluar el nivel de la salud (o de enfermedad) mental en Argentina; sirven solamente para cerrar un círculo tautológico cuyos elementos son cierta concepción (o cierta falta de concepción) del "enfermo" internable, y cierta disponibilidad puntual de recursos hospitalarios para hacerlo. La demanda real puede ser mucho mayor o inclusive muy distinta de lo que reflejan estas cifras de pacientes internados.

Conductas autodestructivas y hetero-destructivas.

De otra información disponible podemos obtener inferencias de la salud mental vigente en nuestros países, al adentrarnos en el fenómeno de las conductas autodestructivas (de los individuos contra sí mismos) y las heterodestructivas (de unos individuos contra otros, o de algunos segmentos de la sociedad contra otros).

Conductas autodestructivas.

Este es un terreno donde existe una gran controversia. Hay corrientes modernas en epidemiología que atribuyen gran parte de la mala salud (somática o mental) de los individuos a conductas autodestructivas de ellos, o a un "estilo de vida" inadecuado (9). Una correcta crítica a este enfoque, que ha sido apodado el de los "victim blamers", o sea de aquellos que echan la culpa a la víctima de sus padecimientos(10), es que el análisis excluye sistemáticamente los componentes extraindividuales de la conducta autodestructiva: por ejemplo una sociedad competitiva y tensionante que produce ansiedad y "stress" (11), unos medios de comunicación de masas que estimulan la compra de mercancías cuya capacidad de hacer daño ha sido bien demostrada: tabaco, alcohol, dietas hipercalóricas e hipergrasas. Aquí corresponde solamente señalar la polémica y caracterizar como conductas autodestructivas al suicidio, el alcoholismo, la drogadicción, la obesidad, el tabaquismo, la ingesta excesiva de cierto tipo de alimentos, etc.

¿Qué sucede con estos fenómenos en América Latina?. Las reservas ya enunciadas con respecto a la mala información sobre mortalidad se aplican con creces al suicidio: subregistro general de muertes (recordemos que la Nicaragua de Somoza registraba en 1969 alrededor de 16000 muertes, mientras que en realidad ocurrían alrededor de 30000 (12); escasa certificación médica de las que se registran (en el mismo país en 1970-79 solamente la mitad de las muertes registradas tenía certificación (13); selectivo ocultamiento del suicidio en países con tradición católica; deterioro creciente de los sistemas de información en países en crisis (14). La siguiente Tabla dará una visión muy imperfecta (aunque es la única disponible) de la magnitud del suicidio en América Latina.

TABLA 4: MORTALIDAD POR SUICIDIO EN AMERICA LATINA.

PAIS.	AÑO.	Nº TOTAL DE MUERTES.	Nº MUERTES POR SUICIDIO.	TASA POR 100000 HABIT.	CLASIFICACION (+ + +)
Argentina	1977	238887	2440	7.8	AE147
Costa Rica	1977	8907	91	4.4 (+)	BE49
Cuba	1977	55957	1695	17.6 (+)	BE49
Chile	1977	73541	620	5.8	AE147
Guatemala	1976	83127	(++)	(++)	BE49
Honduras	1976	18168	-	0.0	AE147
Paraguay	1977	12950	50	1.7 (+)	BE49
Perú	1973	104843	289	2.0	AE147
R. Dominicana	1976	25125	132	2.6 (+)	BE49
Venezuela	1977	76668	580	4.6	AE147

FUENTE: "World Health Statistics Annual" Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.

Notas: (+) Aproximado.
 (++) Guatemala no desagrega los datos correspondientes a las categorías B47, B48, B49 y B50.
 (+++) Rubro AE147 de la Clasificación de 150 causas de muerte, o rubro BE49 de la Clasificación de 50 causas de muerte.

Como comentario a esta Tabla, vemos que en Honduras aparentemente no se suicida nadie, y que en Guatemala no se diferencia el suicidio de otras causas de muerte, como el homicidio. Este hecho revela una comprensible actitud de autodefensa por parte de los sucesivos gobiernos de un país donde la autoagresión y la heteroagresión han experimentado un sostenido crecimiento a partir de 1954.

Las estadísticas de alcoholismo son mucho más inexactas que las de suicidio. Contribuyen a esto el deseo de subestimar la producción de alcohol con el objeto de evitar el pago de impuestos, la existencia de circuitos de producción y consumo de alcohol que no son comerciales, etc. En el momento actual es imposible saber cual es el exacto consumo de alcohol en los países de América Latina, y efectuar comparaciones entre ellos.

La mortalidad por cirrosis hepática puede ser otra aproximación al fenómeno del alcoholismo. Los reparos a la calidad de la información son los habituales, y recordemos que al medir cirrosis estamos registrando el efecto de la combinación de alcoholismo con desnutrición, creando un indicador que es más válido aún como impugnador del país donde ocurren las muertes. Las cifras son las siguientes.

TABLA 5: MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN AMERICA LATINA.

PAIS.	AÑO.	Nº TOTAL DE MUERTES.	Nº DE MUERTES POR CIRROSIS.	TASA POR 100000 HABITAN.	CLASIFICACION (++)
Argentina	1977	238887	4624	17.7	AE147
Costa Rica	1977	8907	120	5.8 (+)	BE49
Cuba	1977	55953	544	5.6 (+)	BE49
Chile	1977	73541	3205	30.1	AE147
Guatemala	1976	83127	519	8.0 (+)	BE49
Honduras	1976	18168	92	2.9	AE147
Paraguay	1977	12950	86	3.0 (+)	BE49
Perú	1973	104843	1047	7.2	AE147
R.Dominicana	1976	25125	401	8.0 (+)	BE49
Venezuela.	1977	76668	781	6.3	AE147

FUENTE: "World Health Statistics Annual" Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.

Notas: (+) Aproximado.

(++) Rubro A102 de la clasificación de 150 causas de muerte, o rubro B37 de la clasificación de 50 causas de muerte.

Las estadísticas de drogadicción son aún más imprecisas que las de alcoholismo, y complica el hecho el que en algunos países los traficantes de drogas forman parte de la misma estructura del gobierno. No tiene sentido citar aquí cifras de una inexactitud total

Conductas hetero-destructivas.

El homicidio y su variante colectiva y política, el genocidio serían un buen indicador inicial de conductas hetero-destructivas.

Con las reservas habituales, estas son las estadísticas disponibles de homicidio en América Latina.

TABLA 6: MORTALIDAD REGISTRADA POR HOMICIDIO.
(CATEGORIA AE148) EN PAISES DE AMERICA LATINA.

PAIS	AÑO.	Nº TOTAL DE MUERTES.	MUERTES POR HOMICIDIO.	TASA POR 10000 HABITANTES.
Argentina	1977	238887	2440	9.4
Chile	1977	73541	211	2.0
Honduras	1976	18168		0.0
Perú	1973	104843	232	1.6
Venezuela	1976	76668	1021	8.3

FUENTE: "World Health Statistics Annual" Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.

Al igual que en el caso del suicidio, parecería que nadie mata en Honduras.

El genocidio merece consideraciones especiales como conducta heterodestructiva. La creciente crisis del capitalismo, que se pone especialmente en evidencia en su periferia, entre ella América Latina, y que abarca todos los ámbitos: económico, social, político y cultural, se traduce en una pérdida de legitimidad de los diferentes gobiernos. Este fenómeno ha sido particularmente bien estudiado en los países del "cono sur": Argentina, Chile y Uruguay, con el surgimiento de la categoría analítica "Estados de excepción" (15). La legitimidad perdida es reemplazada por la coerción como elemento de control social, y un extremo de esto es el genocidio. Medir a este -probablemente el indicador mas extremo de enfermedad colectiva en nuestros países- es difícil, ya que razonablemente sus perpetradores no desean que se cuantifique su magnitud, por necesario que sea para sus

objetivos políticos.

Las fuentes de información aquí nunca serán las estadísticas oficiales, cuyas deficiencias estructurales ya hemos visto y que en este caso ignoran totalmente el fenómeno. Quienes recopilan información sobre el genocidio suelen ser Agencias de Organizaciones internacionales (16), organismos internacionales de tipo privado, como Amnistía Internacional (17), organismos nacionales o investigadores independientes. Las cifras del genocidio se acumulan en América Latina: 20000 muertos en Guatemala desde 1966 a 1976, 3000 muertos de enero a noviembre de 1980 solamente (18); 6430 muertos en el Salvador de mayo a diciembre de 1980 y 9796 muertos adicionales en los primeros 7 meses de 1981 (19), con cifras que siguen aumentando hasta hoy; 11300 muertos en 7 campos secretos de detención en Argentina a partir de 1976 (20). Estos indicadores de enfermedad mental tienen tanto o más valor que las muy fallaces estadísticas de incidencia y prevalencia de enfermedad mental que se hallan disponibles.

Al genocidio suelen acompañar otras manifestaciones de enfermedad mental: el fenómeno de la desaparición de disidentes políticos, con secuelas que no afectan solamente a la víctima sino también a sus allegados, los que permanecen en la incertidumbre y no pueden elaborar un eventual duelo (21); y la tortura física o mental de los disidentes, cuya magnitud en América Latina ha alcanzado las proporciones de una epidemia (22). La enfermedad mental que este indicador refleja incluye al ejecutante de la tortura, a su víctima, a allegados de ambos y a la población general, cuyo silen-

ciamiento por el terror es el objetivo distante de estos métodos. Es muy difícil cuantificar este fenómeno; pero puede estimarse que el número de personas que han sufrido torturas físicas por lo menos una vez en América Latina debe superar varios cientos de miles.

III - Algunas propuestas sobre mediciones de enfermedad mental.

La primer tarea sería definir de una manera operacionalizable que se entiende por salud (y por consiguiente por enfermedad) mental. Es muy improbable que una discusión de este tipo arroje ningún consenso. Lo probable es que las posiciones ideológicas de los polemistas los agrupe en alguno de los dos polos conceptuales de "enfermedad como desajuste a un entorno" o "enfermedad como emergente de desarrollo incompleto o desviado". Sin esperanzas ante el consenso, sería bueno cuanto menos que los defensores de las diferentes posiciones estimen la prevalencia de enfermedad mental de acuerdo a su criterio, con el objeto de comenzar la construcción de una epidemiología de la enfermedad mental que comience por lo descriptivo y transcurra etapas hasta llegar a la determinación del fenómeno.

Una vez cumplido ésto, es necesario hacer notar que toda medición debe tener como universo de totalidad de la población, o subconjuntos de la misma que sean bien definidos. Las características que se elijen dependerán por supuesto de la ideología del investigador: un marxista por ejemplo priorizará la colocación de los individuos en el proceso productivo. Esta búsqueda de universos poblacionales

hace pesar a un segundo pleno muy retirado las mediciones que surgen de las prestaciones de los servicios asistenciales, cuyas coberturas en América Latina suelen ser mínimas, y cuyo grado de irrepresentatividad del conjunto poblacional por añadidura se desconoce. Deben ser diferentes formas de muestreos, con base probabilística en general (aunque no sea esto un "sine que non") los que nos hagan conocer la prevalencia de enfermedad mental en nuestro continente y nos den mas elementos para discutir su causación.

Volviendo a ejemplos de salud somática, ésta está comenzando a transcurrir un proceso de discusión acerca de cuales son los elementos de "salud positiva" que deben medirse, en contraposición con los tan utilizados de "salud negativa": enfermedad y muerte. En este sentido, se da cada vez mas valor a mediciones de crecimiento somático, en cuanto parece ser cada vez mas claro que el "pool" genético de crecimiento somático del homo sapiens presenta muy pocas diferencias por "raza" o "país". Si la población humana nace de madres alimentadas adecuadamente (y por consiguiente con un desarrollo pelviano adecuado), y se alimenta adecuadamente, crecerá hasta maximizar su potencial genético; siendo esta capacidad de hacerlo una definición de salud "por la positiva" (23). Aplicado esto a salud-enfermedad mental puede investigarse la forma en que el desarrollo psicomotor se altera en nuestros países, en función de una constelación de causas que van desde la desnutrición hasta la escasa estimulación sensorial. Este puede ser un indicador "mínimo" de enfermedad mental en América Latina, cuidando por supuesto que se mida según criterios que no se al cul-

turocéntricos (24).

Por último: nuestros preconceptos van a ser en un sentido último la mayor barrera para medir la enfermedad mental, que siempre va a ser la "del otro". ¿Hasta qué punto un conceptualizador de salud mental que sea el mismo un "maníaco genital" va a poder medir el fenómeno en los que no lo son? ¿Hasta qué punto está el más sano?

NOTAS

- (1) E. Guinsberg "Algunos planteamientos para el análisis de la conceptualización, estado actual y perspectivas de la salud mental en América Latina". Ponencia al X Congreso Mundial de Sociología. México, 1982.
- (2) Michel Schneider Neurosis y lucha de clases. Siglo XXI, México 1979. Citado por E. Guinsberg op.cit.
- (3) En el caso de la desnutrición humana.
Este punto está desarrollado en J.C. Escudero "Magnitud de la desnutrición en América Latina" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, N°84, México, 1977; y en R. García y J.C. Escudero The Constant Catastrophe, capítulo 4. Pergamon Press, Londres y Oxford, 1982.
- (4) Ministerio de Salud Pública, República de Cuba Informe Anual 1979. La Habana, 1980.
- (5) Ministerio de Salud Pública, República de Cuba Informe Anual 1980. La Habana, 1981.
- (6) World Health Statistics Annual
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.
- (7) Para una evaluación de la calidad de las estadísticas vitales y de salud de Cuba, ver J. C. Escudero "Ambas orillas del Canal del Viento" Territorios N°11, Noviembre y diciembre de 1981, México.

- (8) W. Grimson, A. de Blanco, M. Estrugamou, E. Lastres, S. Necchi, E. Phillipott y A.M. Tesaire "Investigación epidemiológica de entidades psiquiátricas". Citado en E. Guinsberg "Sociedad, salud y enfermedad mental" Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1973.
- (9) Como ejemplo de esta corriente, ver Victor Fuchs "Who shall live."
- (10) Howard S. Berliner "Emerging ideologics in medicine" "The Review of Radical Political Economics Vol. 9, N°1, 1977.
- (11) Aquí puede citarse la bien conocida frase de Laura Conti "Fabricamos infartos, electrocardiogramas para diagnosticar infartos y secciones hospitalarias para curarlos. Fabricamos cánceres pulmonares y quirófanos para operarlos. Sería fácil, pero inútil, diagnosticar que estamos locos. En realidad, nuestro comportamiento tiene su lógica, la lógica de la competencia".
- (12) J. C. Escudero "Nicaragua: año cero en salud" "Cuadernos de Marcha N°5, enero y febrero de 1980, México. Traducción: "Starting from year one: The politics of health in Nicaragua" "International Journal of Health Services, Vol. 10, N°4, 1980.
- (13) J.C. Escudero "Nicaragua..." op.cit.
- (14) Este punto se encuentra más desarrollado en J.C. Escudero "On lies and health statistics: some latin American examples" "International Journal of Health Services, Vol. 10, N°3, 1980.

Traducción: "Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina"

Revista Latinoamericana de Salud N°1, México, 1981.

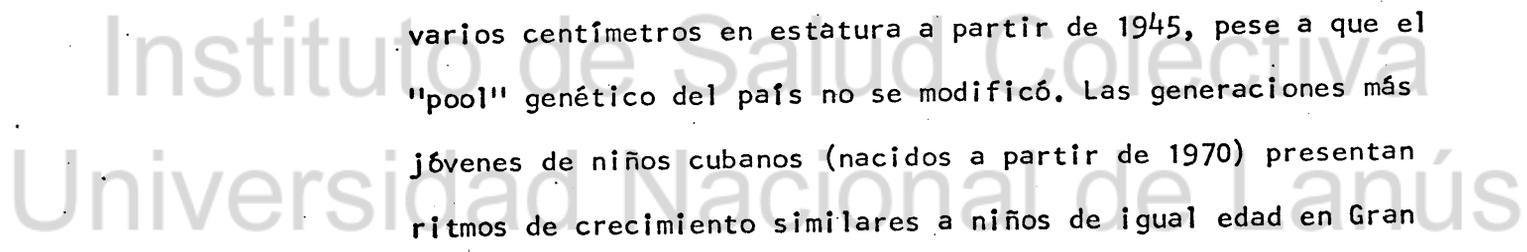
- (15) Existe una muy nutrida producción sobre los "estados capitalistas de excepción". Por ejemplo, el número monográfico de la Revista Mexicana de Sociología, Vol. XXXIX, N°1, 1977.
- (16) Por ejemplo, la Comisión Permanente de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA), Washington.
- (17) Amnistía Internacional ha publicado una extensa nómina de publicaciones sobre violación de derechos humanos en América Latina. Algunos títulos: "Prisioneros políticos en Chile", "Guatemala", "Paraguay", "Perú", "Uruguay: muertes por torturas 1975-1977", "Testimonios sobre campos secretos de detención en Argentina", "Nicaragua", "Resultados de los exámenes médicos de 14 argentinos víctimas de torturas". Publicaciones Amnistía Internacional (PAI). Apartado Aéreo 6306-Correo Central-San José-Costa Rica.
- (18) "Guatemala" Programa gubernamental de asesinatos políticos. Informe de Amnistía Internacional. México, 1981.
- (19) "El Salvador: la situación de los derechos humanos, octubre de 1979 a julio de 1981" Socorro Jurídico del Arzobispado de San Salvador, 1981.

(20) J.C. Escudero "Democracia y salud" Cuadernos de Marcha N°12, México 1981.
 Traducción: "Democracy, authoritarianism and health in Argentina". International Journal of Health Services, Vol. 11, N°4, 1981.

(21) En función de la magnitud del problema en América Latina, acaba de fundarse la "Federación Latinoamericana de Asociaciones de Familiares de Detenidos-Desaparecidos (FEDEFAM)", cuya sede es en Caracas, Venezuela. Este organismo publica el boletín Hasta Encontrarlos.

(22) Como trabajos recientes sobre el tema, pueden citarse a L. Yarzabal "La Tortura, una enfermedad endémica en América Latina: características del caso uruguayo". Conferencia Internacional sobre el exilio y la solidaridad en América Latina a los 70s, Caracas y Mérida, 1979 y a cuatro publicaciones de Amnistía Internacional: Pruebas de Tortura (1977), Códigos de ética profesional (1976), Manual para grupos médicos (1979) y el Informe sobre el seminario "La tortura y la profesión médica" (Atenas, 1978).

(23) Como evidencias empíricas de esto, la población de Japón creció varios centímetros en estatura a partir de 1945, pese a que el "pool" genético del país no se modificó. Las generaciones más jóvenes de niños cubanos (nacidos a partir de 1970) presentan ritmos de crecimiento similares a niños de igual edad en Gran



Bretaña. Cuando estos niños hayan completado su crecimiento serán altos como los europeos occidentales de hoy.

(24) Como ejemplo de la necesidad de huir de ésto, y para una discusión de diferentes apriorismos en la medición del cociente intelectual, ver M. Tort El Cociente Intelectual Siglo XXI, México, 1980.