

**TENDENCIAS ACTUALES DE LOS ESTUDIOS
SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD**

TENDENCIAS ACTUALES DE LOS ESTUDIOS SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

AUTORES

*Dario Curiel — G. Wynne Griffith — Forrest E. Linder
R. F. L. Logan — W.P.D. Logan — Voinea Marinesco
Petre Muresan — Ruth R. Puffer — S. C. Seal
Takemune Soda — Percy Stocks — Ian Taylor
M. Vacek — A. Weber*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1967

© Organización Mundial de la Salud 1967

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las opiniones expresadas en la serie de *Cuadernos de Salud Pública* de la Organización Mundial de la Salud son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

La designación utilizada y la forma de presentar el material que compone esta publicación no presuponen la manifestación de una opinión, por parte del Director General, sobre la situación jurídica de los diversos países y territorios, o de sus autoridades, ni tampoco acerca de las cuestiones de delimitación de sus fronteras.

Salvo error u omisión, las marcas registradas de productos se distinguen por una letra inicial mayúscula.

INDICE

Introducción	7
Necesidad de evaluar la morbilidad y los niveles de salud — <i>R. F. L. Logan</i>	9
Declaración de las enfermedades infecciosas en distintos países — <i>Ian Taylor</i>	18
Datos sobre la morbilidad procedentes de la práctica médica — <i>M. Vacek</i>	74
Encuestas sanitarias nacionales por interrogatorio — <i>Forrest E. Linder</i>	83
Investigación internacional colaborativa sobre mortalidad — <i>Ruth R. Puffer, G. Wynne Griffith, Darío Curiel y Percy Stocks</i>	119
Algunas características de la mortalidad y la morbilidad en Europa — <i>A. Weber</i>	140
Estudio de la morbilidad en la República Popular de Rumania — <i>Voinea Marinesco y Petre Muresan</i>	159
Estadísticas de morbilidad procedentes de los registros de los médicos generales en Inglaterra y Gales — <i>W. P. D. Logan</i>	168
Encuesta sanitaria general e integrada en la India — <i>S. C. Seal</i>	173
Encuesta nacional de base sobre la morbilidad en el Japón — <i>Takemune Soda</i>	192

INTRODUCCION

Para planear los servicios sanitarios y la asistencia médica es necesario disponer de datos fidedignos sobre el alcance y naturaleza de la morbilidad en la población. El establecimiento de clínicas antituberculosas carece de objeto si la enfermedad está en trance de rápida desaparición y sería inútil construir hospitales geriátricos si la mayoría de las personas no alcanza una edad avanzada: una campaña destinada a combatir o erradicar una enfermedad infecciosa está abocada al fracaso si por desconocimiento de su prevalencia los recursos allegados a ese efecto son insuficientes. La mayoría de los países más adelantados han organizado hace años el acopio de la información deseada: es indispensable, sin embargo, modificar considerablemente esos sistemas, pues la importancia de las enfermedades transmisibles, en función de las cuales fueron establecidos, es cada vez menor. Importa, en cambio, tener en cuenta que los problemas de urgencia más inmediata son los planteados por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades reumáticas, y que la morbilidad está sustituyendo a la mortalidad como índice de la situación sanitaria. En los países en desarrollo, las enfermedades transmisibles siguen siendo de la mayor importancia, pero los servicios de estadística apenas han empezado a organizarse. Al crear o extender dichos servicios, se ofrece a esos países una espléndida ocasión de aprovechar la experiencia de los más adelantados y de prepararse eficazmente para atender las variables necesidades sanitarias de su población.

Se examinan en los trabajos incluidos en el presente volumen de la serie de Cuadernos de Salud Pública las tendencias actuales de los estudios sobre morbilidad y mortalidad. Algunos de ellos se han presentado en una reunión de un Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria y otros en una Conferencia Europea sobre Estadísticas de Morbilidad organizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa: se trata en el resto de los casos de trabajos preparados para la presente publicación. Constituyen en conjunto un estudio de los métodos utilizados en la actualidad para obtener estadísticas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados

y en desarrollo: presentan con un enfoque moderno métodos que hasta ahora se consideraban demasiado defectuosos par ser empleados, como la utilización de los datos recogidos por los médicos generales: muestran la gran diversidad de sistemas aplicados en la compilación de estadísticas de morbilidad y mortalidad y los problemas con que se tropieza para hacerlas susceptibles de comparación internacional: por último, ponen de manifiesto la necesidad de efectuar investigaciones internacionales sobre los métodos de notificación y de establecer cierto grado de uniformidad a fin de que al comparar los índices de mortalidad o de morbilidad de distintos países o regiones se opere con elementos que guarden entre sí la mayor semejanza posible. Un grupo de trabajos versa sobre el estudio de la morbilidad en determinados países desarrollados o en desarrollo, cada uno de los cuales tiene sus propios problemas y aplica sus propias soluciones.

Es de esperar que estos estudios sobre métodos y problemas de las estadísticas de morbilidad y mortalidad en países de todo el mundo sean de interés para los estadígrafos médicos y las autoridades sanitarias, pues tal vez aporten nuevas interpretaciones de los problemas locales o sugieran nuevas orientaciones. Sitúan en cualquier caso dichos problemas en un marco más amplio y ayudarán al lector a comprender que el mejoramiento de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y del estudio comparativo de las mismas es un adelanto de decisiva importancia para la salud de la humanidad.

NECESIDAD DE EVALUAR LA MORBILIDAD Y LOS NIVELES DE SALUD*

R. F. L. LOGAN^a

INTRODUCCION

Los enormes progresos de las ciencias médicas en los dos últimos decenios, junto con el empleo de nuevos medicamentos y técnicas quirúrgicas modernas, están modificando tan profundamente la estructura de las enfermedades que el volumen mayor de éstas gravita hoy sobre los grupos de edad intermedia o avanzada y su tratamiento se efectúa con más frecuencia en el hogar o en los servicios sociales que en el hospital. Por consiguiente, la morbilidad está sustituyendo a la mortalidad como índice de enfermedad y de salud.⁷ Esos cambios se producen en todos los países desarrollados; el repertorio de técnicas médicas y de tratamientos modernos está adquiriendo carácter internacional, al igual que la creciente esperanza de aprovechar esos adelantos que alimentan las poblaciones de los distintos países. Las modificaciones extremadamente rápidas de la situación característica del pasado siglo obligan hoy a disponer de un sistema de información puesto al día para que la profesión médica y la sociedad en general puedan preparar planes modernos y flexibles a fin de obtener los máximos beneficios en donde éstos pueden hacer mayor bien. Es indispensable por tanto disponer de medidas de la morbilidad más numerosas y variadas; la solución de ese problema ha de combinarse en todos los países con la planificación, administración y evaluación de los servicios sanitarios.⁶

IMPORTANCIA DE LA DETERMINACION DE LA MORBILIDAD Y DEL ESTADO DE SALUD PARA LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los responsables de la administración de un servicio sanitario han de estar en condiciones de determinar el alcance y la naturaleza de la morbilidad, especialmente en lo que se refiere a la triple carga de las invali-

* Comunicación presentada en la Conferencia Europea sobre Estadísticas de Morbilidad, Viena, 11-15 de marzo de 1963.

^a Director del Servicio de Investigaciones sobre Asistencia Médica, Universidad de Manchester, Manchester, Inglaterra.

deces, las enfermedades mentales y la vejez. No se dispone de una panacea para resolver esos problemas que se superponen parcialmente y absorben gran parte de las posibilidades de cualquier sistema de asistencia médica.⁸ Es poco lo que se ha hecho hasta ahora en la Gran Bretaña para precisar las funciones del hospital y del hogar respecto a las necesidades médicas y sociales de los ancianos. En realidad, el desarrollo de la « geriatría » como especialidad de hospital en la Gran Bretaña tal vez se deba simplemente al deseo de utilizar las camas de hospital sobrantes y al hecho de no haber solucionado aún los servicios de sanidad y los médicos generales los complejos problemas planteados por los ancianos y los inválidos en la colectividad. Para satisfacer las necesidades de las personas de edad avanzada es urgente evaluar un nivel de salud y las facultades de que todavía pueden hacer uso.

Urge también determinar las necesidades de los jóvenes mentalmente deficientes y de los psicóticos y arterioscleróticos adultos, así como los recursos médicos y sociales disponibles. Para atender a esos enfermos se recurre de continuo a la asistencia institucional, a pesar de ser cada vez más evidente que su aislamiento puede reducir el nivel de salud social y agravar las situaciones de dependencia. Los nuevos medicamentos utilizados para el tratamiento de la depresión o para la sedación de los esquizofrénicos han facilitado la asistencia de estos enfermos en la colectividad, lo que ha reducido en un tercio el número de camas psiquiátricas necesarias. Las restantes se transferirán progresivamente a los hospitales generales y los asilos de alienados serán pronto una reliquia del pasado.

La evolución de la asistencia psiquiátrica en el último decenio ha sido aún más sorprendente que la que llevó a la inutilización de los sanatorios antituberculosos. Tal vez haya sido una suerte para la Gran Bretaña no haber costado en el presente siglo la construcción de nuevos hospitales hasta el año 1962. De haberlo hecho se habría encontrado en la situación de algunos países europeos cuyos modernos sanatorios, hoy vacíos, están demasiado aislados para poder transformarlos en hoteles.

Según los planes actuales, los nuevos hospitales británicos dispondrán de la mitad del número de camas que se consideraban necesarias hace sólo diez años para los procesos agudos de carácter general. Es incluso posible que quepa reducir las previsiones actuales a medida que mejora el tratamiento hospitalario de las enfermedades agudas. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los enfermos abandonan el lecho a los pocos días de ingresar en el hospital, se tiende hoy a organizar la asistencia ambulatoria con salas de recreo en el hospital, los « hospitales de día », las policlínicas de consulta, la asistencia postoperatoria domiciliaria, la rehabilitación y la readaptación profesionales y la reeducación funcional de los enfermos crónicos. Los distintos tipos y fases de las enfermedades exigen cuidados clínicos y de enfermería que varían muchas veces con

extremada rapidez; conviene pues disponer de datos continuamente renovados para formular previsiones exactas sobre las necesidades cotidianas del enfermo, y aplicar con la mayor eficacia los recursos médicos y de enfermería.

La evaluación del volumen de la morbilidad, junto con las técnicas y los conocimientos modernos, permitirá planear la estrategia de la lucha contra las enfermedades. Las medidas adoptadas en el caso de algunas enfermedades corrientes y crónicas pueden ser de resultados lentos, como sucede con la disminución del consumo de cigarrillos para impedir la aparición de la bronquitis crónica y del cáncer de pulmón. Es posible en otros casos obtener resultados rápidos, como ocurre con el empleo de los frotis cervicales para descubrir el cáncer intraepitelial, con los nuevos medicamentos antidepresivos o con la vacunación preventiva contra la poliomielitis y la tuberculosis. Sin embargo, en la Gran Bretaña se ignora hoy la frecuencia de la sensibilidad a la tuberculina en los distintos grupos de edad, sexo o profesión de las personas que han terminado su periodo escolar. Sin esos datos es imposible preparar y dirigir una campaña para reducir la frecuencia de la tuberculosis a los niveles observados en Escandinavia o en los Países Bajos, y erradicar la enfermedad en el curso de pocos años.

Una vez establecido con éxito un sistema de lucha contra las enfermedades es difícil adaptarlo a las nuevas exigencias o desmembrarlo para redistribuir los recursos disponibles. En realidad, una cama de hospital general a la que se tiene libre acceso rara vez permanece vacía. En la región de Liverpool, donde al crearse el Servicio Nacional de Sanidad se dispuso de un número de camas para casos generales agudos casi dos veces mayor que en la región de Anglia o en la de Sheffield, ocupan las plazas excedentes personas que padecen enfermedades crónicas no especificadas, en especial individuos de más de 45 años. Otro esfuerzo superfluo es el examen *somático* ordinario de un número creciente de escolares sanos y de trabajadores jóvenes, cuya salud no cesa de mejorar, cuando se sabe que en la actualidad uno de cada diez individuos de esos grupos padece trastornos *emotivos*. La medición de la morbilidad es pues indispensable para evaluar los exámenes médicos ordinarios y para destinar los recursos todavía absorbidos por grupos sociales de edad y de sexo que ya no los precisan a nuevos grupos particularmente expuestos. Cabe citar entre éstos el constituido por el 14% de las mujeres británicas que son anémicas y ocupan en muchos casos puestos de trabajo.

EVALUACION CUALITATIVA DE LA ASISTENCIA MEDICA

Es indispensable para el buen funcionamiento de todos los sectores de un servicio sanitario evaluar la prevalencia de la enfermedad, la medida

en que se utilizan los medios de lucha disponibles y la eficacia de éstos. En la Gran Bretaña, por ejemplo, se observa que el retraso en la aplicación de los nuevos medicamentos o tratamientos aumenta al acercarse a los estratos inferiores de la escala social, aunque es en ellos donde la necesidad de servirse de esos adelantos resulta por lo general mayor. Ese retraso puede variar, incluso en un seguro de enfermedad gratuito y completo, del hospital universitario de una gran ciudad a los hospitales periféricos de ciudades pequeñas y de estos últimos a las zonas rurales, o ser menor en las regiones más prósperas que en las menos favorecidas. Tal vez sea ese hecho una de las causas del atraso de diez años en que se encuentra la Gran Bretaña comparada con los países escandinavos en la disminución de los índices de mortalidad de los lactantes y de las personas que han empezado a rebasar la edad madura; es fácil sin embargo que sus efectos resulten más visibles en los distintos niveles de salud y de morbilidad. Las consecuencias del empleo tardío o de la no aplicación de algunas técnicas clínicas se manifestarán en la morbilidad residual. Es posible, por ejemplo, que no se descubra el riesgo de anomalías congénitas, como la sordera, en el curso de la gestación y que no se compruebe su existencia en los niños prematuros; también puede ocurrir que los defectos del oído no se reconozcan en los años decisivos de la primera infancia, en los que el aprendizaje desempeña un papel fundamental, o incluso más tarde cuando el tratamiento correctivo podría resultar todavía útil.¹⁰ La verificación de las reacciones sensoriales básicas de los ancianos permitirá prevenir la pérdida del oído o la pérdida de la vista causada por una catarata o un glaucoma sin diagnosticar o sin tratar. La falta de intervención quirúrgica en casos de hernia, prolapso, estrabismo, varices o hemorroides contribuirá a la persistencia de la morbilidad o a la reducción del nivel de salud y repercutirá en las medidas de la morbilidad, que indicarán de ese modo a qué sectores de la asistencia médica han de destinarse recursos adicionales. La aplicación de nuevas técnicas hace variar también el número de casos atendidos en el hospital, al disminuir, por ejemplo, la demanda de asistencia pediátrica o al aumentar las necesidades de tratamiento de los casos de osteoartritis o de otras enfermedades degenerativas. Conviene entonces modificar la estrategia y redistribuir anualmente los recursos disponibles en lugar de hacerlo de decenio en decenio.

IMPORTANCIA DE LA DETERMINACION DE LA MORBILIDAD PARA LA INVESTIGACION MEDICA

La mitad de la población de los países desarrollados vive más de 70 años y muere a causa de accidentes cardiacos, apoplejías o cáncer, o a

consecuencia de la acción combinada de esas enfermedades; la mortalidad no es pues un índice de gran utilidad para la investigación médica. Por otra parte, la población de los hospitales constituye un grupo cada vez más restringido, pues el 95 % de las enfermedades se trata hoy fuera de esas instituciones. Para completar los datos clínicos es preciso disponer de una información detallada sobre la epidemiología de la morbilidad, especialmente en lo que se refiere a las enfermedades corrientes en Europa.⁹

El principal problema con que se enfrenta la medicina es el planteado por las enfermedades coronarias que constituyen la causa principal de defunción de los varones mayores de 25 años. El índice de mortalidad por esa enfermedad en los hombres de edad madura es el único índice de mortalidad específica por edad y sexo que no ha disminuido en los países desarrollados. Los hombres de edad madura disfrutan hoy de prosperidad y medios materiales, pero no alcanzan el nivel de salud de que solían gozar en tiempos pasados. Para comprender esta nueva situación, y aún más para resolverla, los investigadores médicos deben estudiar más a fondo sus factores básicos.

La enfermedad que causa mayor número de muertes entre las mujeres de más de 25 años es el cáncer. Se trata por lo general de casos de cáncer de los órganos genitales, que en su mayoría es posible intervenir y que se pueden diagnosticar precozmente. Sin embargo, apenas ha disminuido en la Gran Bretaña el índice de mortalidad ponderado por cáncer de cuello uterino o de mama. Urge determinar la evolución natural y la frecuencia del cáncer *in situ* en relación con la clase social y la paridad, así como evaluar el empleo de los recursos médicos disponibles.

La primera guerra mundial desencadenó en la Gran Bretaña una « epidemia » temporal de « alteraciones del ritmo cardiaco »; otra nueva enfermedad, la úlcera péptica, afectó al 10 % de los hombres jóvenes y de edad intermedia en el curso de la segunda guerra mundial y en la post-guerra, pero su frecuencia ha disminuido en los últimos cinco años. Tal vez, a medida que mejora el conocimiento de los trastornos emotivos vaya disminuyendo la morbilidad psicósomática relacionada con las afecciones gastrointestinales, pues se observa hoy que una tercera parte de los enfermos tratados por el médico general no padecen alteraciones somáticas sino emotivas. Es necesario determinar la amplitud y la naturaleza de esta morbilidad no somática antes de investigar su origen.

Si bien las variaciones en la distribución de las principales enfermedades mortales tienden a desaparecer en Europa, se observan todavía muchas diferencias sorprendentes en la mortalidad y, por consiguiente en la morbilidad.⁹ Por ejemplo, la frecuencia de la bronquitis crónica en

⁹ Krohn, E. F. (1962) *Some epidemiological characteristics of the European Region* (documento de trabajo inédito de la OMS EURO-217/7).

las zonas rurales es dos veces mayor en la Gran Bretaña que en Noruega. La frecuencia de la cirrosis hepática en Francia puede guardar relación con el deseo de los franceses de gozar plenamente de algunos aspectos de la vida, pero la importancia del suicidio como causa de mortalidad en Suecia resulta más difícil de explicar. Estas diferencias entre países de condiciones aparentemente análogas hacen ver la necesidad de efectuar estudios comparativos que sirvan de base a las investigaciones etiológicas.

ENFERMEDADES NO DIAGNOSTICADAS

Las estadísticas de morbilidad habituales sólo facilitan datos sobre los enfermos que buscan asistencia médica, pero no tienen en cuenta las enfermedades asintomáticas o sin diagnosticar. En la Gran Bretaña se descubre y trata un caso de anemia de cada nueve, de modo que la mayoría del 14 % de las mujeres británicas que tienen un nivel de hemoglobina inferior al 81 % no reciben tratamiento, aunque se dispone de un seguro de enfermedad gratuito y completo. Una encuesta en la que quedó comprendido el 78 % de la población de Wensleydale³ reveló que una proporción del 25 al 30 % de las mujeres de 15 a 34 años estaban anémicas; esa proporción en el grupo de mujeres de 55 a 64 años, y en el de personas de ambos sexos de más de 65 años fue del 12 y el 20 %, respectivamente. La aplicación de esos datos a la lista de enfermos de un médico general inglés, cuyo promedio es de 2250, resultaría en 242 casos de anemia, de los cuales sólo uno de cada nueve se diagnostica y trata. La falta de especificidad y la imprecisión de los síntomas, así como la dificultad de reconocerlos mientras el contenido de hemoglobina no es inferior al 60 %, hacen que la enfermedad pase habitualmente desapercibida tanto por el médico como por el enfermo.

Por cada doce diabéticos que diagnostica un médico con una clientela corriente existen probablemente otros nueve casos sin detectar, aun cuando la mitad de ellos tengan síntomas o signos atribuibles a la diabetes. Puede haber además treinta casos latentes o prediabéticos en personas de edad intermedia, y otros 80 como mínimo en personas ancianas. En realidad, el 50 % de las mujeres de más de 50 años deberían considerarse diabéticas en la encuesta de Bedford con arreglo a los criterios aplicados actualmente a la prueba de tolerancia de la glucosa en los adultos jóvenes.¹ La práctica clínica muestra que los ancianos sufren con frecuencia síntomas atribuibles a complicaciones incapacitantes, como son las lesiones vasculares irreversibles de los ojos, las piernas, el sistema renal, el corazón, el cerebro o los nervios. Teniendo en cuenta que la tolerancia a la glucosa disminuye con la edad al tiempo que aumenta la tensión arterial, se plantean nuevas cuestiones clínicas, como la de deter-

minar cuándo comienza la enfermedad y en qué momento ha de iniciarse la administración de tratamientos modernos y más sencillos, en caso de que éstos sean aplicables.

Se trata de cuestiones que son hoy de interés primordial para la investigación médica y para el tratamiento de numerosas enfermedades que no producen síntomas. No podría ponerse en duda la necesidad de estudiar más a fondo la mayoría de los 615 casos de enfermedades no diagnosticadas que corresponderían al promedio de 2250 personas atendidas por un médico general; es probable además que fuese necesario tratar muchos de esos casos.⁵

En efecto, la lista del médico general comprende 27 enfermos de edad madura con signos de glaucoma crónico precoz, cuyo tratamiento disminuiría el número de casos de ceguera de prevención posible. Asimismo, debería efectuarse una biopsia en los diez casos de nódulos mamarios de la lista. Sería extremadamente beneficioso remitir a un ginecólogo en las primeras fases de la enfermedad los tres casos de cáncer invasivo asintomático de cuello uterino y someter a vigilancia para nuevos estudios de citología exfoliativa a otras nueve mujeres. De las 140 mujeres con bacteriuria asintomática recurrente o crónica, 25 recurren anualmente al tratamiento de una infección « aguda » de las vías urinarias, en particular durante la gestación. Es probable que una mujer del grupo sufra en silencio, por timidez, la evolución de una hipertensión maligna florida.

Mientras no se dé precisión mayor a la noción de enfermedad mental resultaría extremadamente difícil evaluar los resultados del tratamiento psiquiátrico. En el promedio de 2250 personas atendidas por un médico general hay 235 casos de « enfermedades psiquiátricas manifiestas » de los que sólo 100, aproximadamente, son identificados como tales por el médico o el enfermo. Por cada 12 casos de depresión mental tratados en una clientela general media hay probablemente otros 10 a los que sería necesario administrar medicamentos modernos. La mayoría de esos casos pueden no ser identificados ni tratados y es posible que sólo se manifiesten unos diez años más tarde, cuando algunos de los enfermos intentan suicidarse. El 70 % de las personas que consuman su suicidio comunican su propósito a sus familiares o al médico de cabecera, pero por lo general se hace caso omiso de la advertencia.

El hecho de que sólo la cima del « iceberg » de la morbilidad⁴ aparezca en el cuadro clínico, mientras la masa permanece bajo la superficie sin diagnosticar y sin tratar, plantea nuevos problemas respecto a la formación de los médicos generales y en relación con las investigaciones médicas. Las futuras actividades de los servicios de sanidad y del médico de cabecera todavía están lejos de una definición precisa. Después del éxito alcanzado en la acción sanitaria y en la prevención primaria de las enfermedades infecciosas, los servicios de salud pública tratan de pro-

ponerse nuevas actividades. Es necesario establecer una nueva estrategia de prevención « secundaria » para localizar a los individuos especialmente vulnerables que todavía no presentan síntomas ni signos de enfermedad.¹¹ Queda así sobrepasada la distinción entre medicina « preventiva » y « curativa ». Convendría actuar con un criterio práctico para reducir los casos de invalidez y retrasar la evolución incapacitante o el desenlace de la enfermedad. No será posible alcanzar dichos objetivos si no se conocen todos los aspectos de la morbilidad, sin excluir siquiera los que por lo general permanecen ignorados.

IMPORTANCIA DE LA DETERMINACION DE LA MORBILIDAD PARA LA PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Ya se han mencionado muchas de las consecuencias sociales de la transformación de las características de la morbilidad y de los métodos de lucha. En la actualidad, tanto la población de los países desarrollados como la de los nuevos países espera disfrutar de un nivel satisfactorio de salud. Esa esperanza se va realizando en Europa a medida que se eliminan el hambre, la necesidad, la pobreza, la enfermedad y otros males sociales. La población de los países europeos espera gozar de todas las ventajas y beneficios de las ciencias clínicas y de la medicina moderna con un desembolso mínimo e incluso sin gasto alguno.

La esperanza de gozar de un estado satisfactorio de salud no se limita a la ausencia de enfermedades físicas. El individuo desea disfrutar también de una vida emotiva equilibrada e incluso en los casos de enfermedad mental grave espera que el tratamiento activo en un hospital general le permita reintegrarse en buenas condiciones al hogar y al trabajo. Teniendo en cuenta que se conocen hoy más a fondo muchas de las antiguas plagas sociales, como la delincuencia juvenil, el alcoholismo, el suicidio, las enfermedades venéreas y la prostitución, la población espera resultados más eficaces de la acción sanitaria que de las disposiciones legales. El concepto de morbilidad es actualmente mucho más amplio e incorpora tanto los trastornos emotivos y el malestar social como las enfermedades somáticas.²

En lo que se refiere a la planificación económica y social, ha de advertirse que en la Gran Bretaña el coste de una nueva cama de hospital es igual al de construcción de dos viviendas, y que el coste de la hospitalización en una de esas camas es el doble de la tarifa de un buen hotel. Ha de tenerse en cuenta, además, que una persona de cada doce pasa 18 días al año en el hospital. Por otra parte, el tratamiento de los trastornos mentales absorbe hoy la tercera parte del volumen de trabajo del médico general; sin embargo, su origen remonta a la vida familiar en la

primera infancia y sus primeros signos pueden pasar desapercibidos en la escuela primaria. Podría afirmarse que la intensificación de la acción psicológica en la escuela disminuiría los gastos de asistencia médica ocasionados por la delincuencia juvenil, el divorcio en los hogares deshechos, la neurosis en la edad madura y el aislamiento y la soledad en la vejez.

Son los enumerados algunos de los aspectos económicos del problema. Muchas de las decisiones sobre el orden de prioridad de las inversiones públicas han de tomarse a nivel político, pues suponen una elección entre demandas que se presentan en concurrencia (escuelas, viviendas, carreteras, puestos de trabajo, medicamentos, hospitales, etc.). Por otra parte, dada la compleja naturaleza de la morbilidad y de la relación de ésta con la vida social de país, no hay duda de que es necesaria la coordinación nacional de todas las estadísticas disponibles sobre la morbilidad y el estado de salud, a fin de establecer un orden de prioridades y dedicar los fondos a las inversiones más productivas. Por razones análogas, sería útil para todos los países la comparación internacional de las proporciones de la renta nacional dedicadas a los distintos organismos sanitarios y de asistencia social y el estudio de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Butterfield, W. J. J. (1962) *Guy's Hosp. Gaz.*, **76**, 470
 2. Forsyth, G. & Logan, R. F. L. (1961) *Med. Wld (Lond.)*, **94**, 509
 3. Kilpatrick, G. S. (1961) *Brit. med. J.*, **2**, 1736
 4. Last, J. M. (1963) *Lancet*, **2**, 28
 5. Logan, R. F. L. (1963) *Proc. roy. Soc. Med.*, **56**, 309
 6. Logan, R. F. L. (1964) *Med. Care*, **3**, 173
 7. Logan, W. P. D. (1960) *Mth. Bull. Minist. Hlth lab. Serv.*, **19**, 20
 8. McLachlen, G., ed. (1964) *Problems and progress in medical care*, Londres Oxford, University Press
 9. Morris, J. N. (1964) *Uses of epidemiology*, Edimburgo, Livingstone
 10. Sheridan, M. D. (1962) *Mth. Bull. Minist. Hlth Lab. Serv.*, **21**, 238
 11. Wilson, J. M. G. (1961) *Mth. Bull. Minist. Hlth Lab. Serv.*, **20**, 2
-