

BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA

CONSEJERIA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES



**COMUNIDAD AUTONOMA
DE LA REGION MURCIANA**

AÑO 1984 - ENERO
VOL. IV, NUM. 1
BOL. S. R. M. IV, 1-24

INDICE

	Pág.
EDITORIAL	3
Dr. Francisco Martínez Pardo.—ADMINISTRACION SANITARIA AUTONOMICA	4
Dr. D. José Manuel Sebastián Raz.—LA INFECCION MENINGOCOCICA EN LA COMARCA DE CARTAGENA EN EL PERIODO 1978-1983 ..	9
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS	17
RESEÑA DE LIBROS	18
ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA	19
LEGISLACION SANITARIA	20
NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Enero)	21

NORMAS GENERALES DE PUBLICACION

Normas de presentación y redacción

Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio y su extensión se atenderá a las siguientes pautas:

a) Trabajos de investigación, artículos de revisión y puesta al día de un tema sanitario, artículos de debate; salvo casos específicos y plenamente justificado, el máximo, como norma, será 8 folios Din A4 (aprox. 2.500 palabras), incluidas tablas o gráficas que, normalmente, no deberán ser más de 6. Las gráficas, dibujos o fotografías serán utilizados sólo cuando los datos no puedan ser claramente expresados de otro modo, y deberán ser presentados a tinta, en blanco y negro y sobre papel que permita su reproducción (papel satinado, papel vegetal).

En estos trabajos, el autor o autores incluirán en hoja aparte: 1) un resumen que no exceda en ningún caso las 80/100 palabras (8-10 líneas mecanografiadas); de no ser enviado este resumen, se entiende que el autor o autores aceptan el que haga la redacción de la revista; 2) algunas palabras clave para su clasificación; 3) una breve nota que identifique al autor o autores (nombre y apellidos y cargo que ocupan).

b) Notas o informes breves sobre algún tema de investigación o de actualidad sanitaria o sobre recensión crítica de alguna publicación de especial interés: el máximo, como norma, será 3 folios Din A4 (aproximadamente 900 palabras). En estos trabajos, el autor o autores incluirán únicamente una breve nota de presentación biográfica en los términos definidos para los trabajos del grupo anterior.

Las referencias bibliográficas

que se procurará reducir a las imprescindibles, serán citadas al final del artículo con la misma secuencia numérica en que aparecen las correspondientes llamadas en el texto.

La forma de citar la bibliografía será la habitual en las revistas científicas:

Artículos de revista: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del artículo, nombre de la revista (subrayado) y, si es el caso, en abreviatura, tomo o volumen y número, páginas, año.

Libros: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del libro (subrayado), ciudad edición, editorial, año.

Las notas a pie de página

serán identificadas mediante asterisco y mecanografiadas en la parte baja de la página de que se trate.

Criterios de aceptación de originales

Tendrían preferencia aquellos artículos que hagan referencia a problemas de Salud Pública del ámbito regional de Murcia. Sobre esta base, el Boletín recibirá la colaboración de todos los profesionales sanitarios, con la condición de que el tratamiento de los temas se mantenga dentro de los niveles aceptables de metodología y de competencia profesional.

Dos o más expertos de entre los miembros del Consejo de Redacción, revisarán los originales para proceder a su aceptación definitiva.

Para facilitar todo el proceso y asegurar la devolución de los trabajos no aceptados, es conveniente que los originales se envíen por correo certificado, o se entreguen en mano por triplicado.

El Consejo de Redacción asume la responsabilidad de los editoriales cuando éstos no vayan firmados. En los editoriales firmados y en el resto de los trabajos, las ideas expuestas son de responsabilidad de sus autores y el Boletín no se identifica necesariamente con ellos.

Correspondencia

Deberá dirigirse al Director del Boletín de Salud de la Región Murciana:

Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
Ronda de Levante, 11
MURCIA-8.

CONSEJO ASESOR DEL BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
José María MORALES MESEGUER

Ilmo. Sr. Vice-Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
Francisco MARTINEZ PARDO

Ilmo. Sr. Director Regional de Salud

Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Medicina

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Veterinaria

Ilmo. Sr. Decano Facultad Biológicas

Consejo de Redacción

P. Alonso, F. Galván, A. González Palacios, P. Maset Campos,
A. Martínez, C. Navarro, P. Parra, A. Peñuela, J. A. Sánchez Sánchez, J.
Saura, J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

Directora: Dra. Elvira RAMOS GARCIA

Edita:

Consejería de Sanidad,
Consumo y Servicios Sociales

Diseño gráfico:

Tip. San Francisco, S. A.

Fotocomposición:

Tip. San Francisco, S. A.

Imprime:

Tip. San Francisco, S. A.
San Nicolás, 31 - Murcia

Déposito Legal:

MU-491-1981

EDITORIAL

Al cumplirse dos años y medio de vida de este Boletín de Salud de la Región Murciana, hemos creído conveniente hacer una reflexión sobre el mismo, que nos permitiera continuar la tarea con mayor amplitud y perspectiva, y con propósito renovador.

A lo largo de este periodo se han producido acontecimientos en nuestra región, y en el Estado español, que están modificando de forma importante el quehacer sanitario, y que podrían resumirse en dos: en primer lugar, la existencia de un gobierno socialista de la nación, con lo que ello supone la posibilidad de aplicación de un modelo sanitario acorde con su programa político, de lo cual daremos cuenta desde esta tribuna, puesto que ya se ha redactado el proyecto de Ley Básica de Sanidad, y se están produciendo reglamentaciones parciales para ir acercando el modelo actual a lo que debe ser el planteado por esta Ley, un Servicio Nacional de Salud; en segundo lugar, ya a nivel regional, el aspecto más importante a destacar es la *descentralización de las actividades sanitarias a los municipios*, a los que en aras de esta responsabilidad, que aunque no nueva, sí estaba bastante mermada por falta de medios económicos y humanos, se está dando todo tipo de estímulo, tanto en el aspecto de orientación como en el de transferencia de recursos económicos, para que las tareas que antes no se hacían, o se hacían exclusivamente desde la Consejería, se acerquen a los ciudadanos: laboratorios de salud pública para higiene de alimentos, y diagnósticos epidemiológicos, informatización de las actividades más importantes tales como vacunaciones, control de manipuladores de alimentos, vigilancia epidemiológica, etc.

Esta halagüeña perspectiva, tiene que culminar con dos procesos de extraordinaria importan-

cia para la realización de la tarea de medicina integral, y jerarquizada. Por un lado la transferencia a la Consejería de la asistencia sanitaria del INSALUD, para poder unificar lo preventivo con lo asistencial, y que no caminen nunca más separados. Por otro, el necesario funcionamiento por comarcas, pues sólo una estructuración de la actividad sanitaria en tres niveles, municipal, comarcal y regional, como ya se aprobó en el Mapa Sanitario de Murcia, puede hacer real la necesaria racionalización de los recursos y compaginarse con la descentralización.

Mientras esta comarcalización no funcione, los municipios pequeños, con escasez de recursos, no podrán ver materializada en su comunidad la doctrina de Alma-Ata, de igualdad y equidad en la atención sanitaria, y los medianos, tampoco podrán gozar para su colectivo de lo que hasta ahora ha sido un privilegio de las comunidades urbanas grandes que acaparaban todos los recursos.

Este Boletín de Salud pretende hacerse eco de todo este panorama de reforma sanitaria, para lo cual ha creído imprescindible ampliar sus secciones, incluyendo aparte de las habituales de: trabajos originales de Salud Pública de nuestra región, reseñas de publicaciones sanitarias murcianas, actos y resumen mensual de enfermedades de declaración obligatoria, las actividades sanitarias municipales, para difundir todo lo que los municipios realicen en este campo, además de añadir reseñas de publicaciones nacionales y extranjeras tanto de libros como de revistas, para acercar a los profesionales sanitarios a las tendencias del mundo sanitario no local, así como dedicar un epígrafe a la legislación que por todo el contexto de reforma, es uno de los apartados de mayor interés.

ADMINISTRACION SANITARIA AUTONOMICA. ORGANIZACION Y COMPETENCIAS. LA ORDENACION SANITARIA TERRITORIAL COMO BASE DE LA PLANIFICACION. MAPAS SANITARIOS. ESTADO ACTUAL: SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA Y AREAS Y ZONAS. EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Dr. Francisco MARTINEZ PARDO
Viceconsejero de Sanidad

El 29 de enero de 1978 se inicia la redacción de un Estatuto de Autonomía provisional para la Región de Murcia. El 10 de octubre de 1978 el B.O.E. publica un Real Decreto-Ley por el que se aprueba un Régimen Preautonómico para nuestra Región. El 14 de junio de 1980 da comienzo en Totana el proceso de iniciativa autonómica por el artículo 143 de la Constitución. El 23 de marzo de 1981 se aprueba por unanimidad el anteproyecto de Estatuto de Autonomía, en sesión de la Asamblea de Parlamentarios y Diputados.

El 17 de febrero de 1982 el Pleno del Congreso aprueba el proyecto por 266 votos a favor, ninguno en contra y 26 abstenciones. El Pleno del Senado lo aprueba con ligeras modificaciones el 5 de mayo de 1982 y el 25 del mismo mes el Pleno del Congreso da su aprobación definitiva por 258 votos favorables, 5 en contra y 17 abstenciones.

El 19 de junio de 1982 el B.O.E. publica la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia y el 10 de julio de 1982 el Estatuto entra en vigor.

Competencias

En el Título Primero del Estatuto se recogen las competencias de la Comunidad Autónoma y en su artículo once se dice que «en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad Autónoma el *desarrollo legislativo y la ejecución*», entre otras materias de:

- f) Sanidad e Higiene.
- k) Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

Transferencias

Para poder ejercer competencias en la gestión del régimen económico de la Seguridad Social (IN-SALUD) y en Productos Farmacéuticos es necesaria una Ley Orgánica de delegación o transferencia por uno de los siguientes procedimientos.

a) Transcurridos los cinco años previstos en el artículo 148, dos, de la Constitución, previo acuerdo de la Asamblea Regional, adoptado por mayoría absoluta, y previa Ley Orgánica aprobada por las Cortes Generales, según lo previsto en el artículo 147.3 de la Constitución, o

b) Mediante Ley Orgánica de delegación o transferencia siguiendo el procedimiento del artículo 150.2 de la Constitución, bien a iniciativa de la Asamblea Regional, del Gobierno de la Nación o del Congreso de los Diputados o del Senado.

Por Real Decreto 466/1980, de 29 de febrero, artículo 56, se producen las transferencias en materia de Salud Pública.

Por Real Decreto 340/1982, de 15 de enero, se transfieren competencias en materia de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

Por Real Decreto 4165/1982, de 29 de diciembre, se transfieren a la Comunidad Autónoma de Murcia las funciones y servicios en materia de disciplina del mercado (Consumo).

Al ser esta una Comunidad Uniprovincial anteriormente había desaparecido la Diputación y las competencias de la misma pasan también a la Comunidad Autónoma (entre ellas Hospital Médico-Quirúrgico Provincial y Hospital Psiquiátrico Provincial).

En virtud de tales Reales Decretos de Transferencias son competencia de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

a) El control sanitario de las aguas de bebida, aguas residuales, residuos, sólidos, contaminación atmosférica, vivienda y urbanismo, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, del medio ambiente.

También las actividades sanitarias relacionadas con los establecimientos e industrias molestas, insalubres, nocivas o peligrosas.

b) El control de la publicidad médico-sanitaria.

c) Las competencias en relación con la policía sanitaria mortuoria (traslados de cadáveres).

d) El estudio, vigilancia y análisis epidemiológicos de los procesos que inciden en la salud humana.

e) Los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud tales como:

- higiene maternal
- higiene infantil
- higiene escolar
- higiene industrial
- higiene laboral
- higiene deportiva
- higiene mental

f) Acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria.

g) Desarrollo de programas de formación en materias de salud pública.

h) El otorgamiento de la autorización para la creación, construcción, modificación, adaptación

o supresión de Centros, servicios y establecimientos sanitarios, de cualquier clase y naturaleza, incluidos los balnearios y las Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica.

i) El control sanitario de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y venta de alimentos, bebidas y productos relacionados directa o indirectamente con la alimentación humana, cuando estas actividades se desarrollen en la Región.

Las transferencias de la AISNA que consisten en:

- Dispensario Central de Enfermedades del Tórax.
- Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica.
- Centro de Salud Mental A.
- Centro de Salud Mental B (Drogas y alcoholismo)

todos ellos en Murcia capital.

Y también:

- Dispensario de Enfermedades del Tórax de Cartagena.
 - Centro Comarcal de Cartagena y Lorca.
- De la Diputación se recibieron:
- Hospital Psiquiátrico.
 - Hospital Provincial.

y las siguientes Fundaciones:

- Centro de Cirugía Experimental.
- Escuela de Enfermería de la Diputación Provincial.
- Centro de Bioquímica Clínica.

Ordenación de la atención sanitaria

La Ordenación de la Atención Sanitaria queda regulada actualmente por la Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 y el Real Decreto de Mapa Sanitario.

Según la Ley de Bases de 1944, incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad y según ella la organización general es la siguiente:

«Los servicios sanitarios del Estado dependerán del Ministerio de Gobernación (hoy de Sanidad y Consumo). La autonomía de las Administraciones locales queda subordinada a lo que se previene en la presente Ley».

A lo largo de sus 34 bases se desarrolla la organización general, con Servicios Generales, Inspección de Centros y Servicios, Luchas Sanitarias, Subdirección General de Farmacia, Subdirección General de Sanidad Veterinaria, Instituciones Sanitarias, la lucha contra las enfermedades infecciosas, la Sanidad de puertos, fronteras y transportes, estadísticas sanitarias, lucha contra la tuberculosis, contra el reumatismo y las cardiopatías, contra el paludismo, tracoma, enfermedades sexuales, lepra y dermatosis, lucha contra el cáncer, sanidad maternal e infantil, la higiene mental, los servicios farmacéuticos, sanidad veterinaria, etc.

En el Título II, Servicios Sanitarios Locales, se describe en la Base décimonovena la organización provincial:

«Los servicios sanitarios provinciales estarán a cargo de las organizaciones sostenidas por la Dirección General de Sanidad, las Diputaciones Provinciales y las Mancomunidades sanitarias».

«Las Diputaciones Provinciales deberán contar con servicios hospitalarios para la asistencia médico-quirúrgica..., instituciones para la asistencia infantil, maternal y psiquiátrica... y para enfermos infecciosos.

En la Base vigésimocuarta se establecen las obligaciones mínimas en el orden sanitario de los Ayuntamientos:

Entre las competencias sanitarias más importantes de los Ayuntamientos hay que destacar:

1. Control de la calidad del agua de consumo e inspección sanitaria.
2. Control de los alimentos e inspección sanitaria en fábricas de embutidos, salazones, comercios de alimentación, lecherías y establos.
3. Vacunaciones preventivas.
4. Prevención de las enfermedades evitables. Profilaxis de las epidemias y endemias.
5. Desinfección, desinsectación y desratización. Control de las enfermedades de transmisión animal (zoonosis).
6. Control sanitario de las aguas residuales, industriales y urbanas.
7. Destrucción o tratamiento técnico - sanitario de basuras y residuos sólidos urbanos e industriales.
8. Control epidemiológico de locales y transportes públicos.
9. Policía sanitaria en mercados, mataderos, vías públicas, lavaderos y cementerios.
10. Control de la contaminación atmosférica.
11. Laboratorio Municipal en poblaciones de más de 10.000 habitantes.
12. Inspección de las escuelas y reconocimiento de escolares.
13. Asistencia Médico-Farmacéutica a familias pobres de su comunidad.
14. Mantenimiento de centros sanitarios locales, como mínimo una Casa de Socorro.

La ordenación sanitaria territorial como base de la planificación. Mapas sanitarios

Por Decreto de 25 de agosto de 1978 (B.O.E. de 21 de septiembre de 1978, núm. 226) se establece la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional).

Según tal decreto el Mapa sanitario debería comprender la *estructuración del medio rural* en Unidades Sanitarias Locales, Subcomarcales y Comarcas Sanitarias teniendo en cuenta las características geográficas, medios de comunicación, circunstancias socioeconómicas y laborales, incidencias turísticas o de otro tipo.

Se establecen una serie de indicaciones tales como:

a) Las Unidades Sanitarias Locales agruparán conjuntos de población hasta un total aproximado de 5.000 habitantes.

b) Las Subcomarcas integrarán varias U.S.L., hasta un conjunto de población aproximado de 25 a 30.000 habitantes.

c) Las Comarcas Sanitarias incluirán varias Subcomarcas hasta totalizar una población aproximada de 75.000 a 100.000 habitantes.

El *medio urbano* deberá estructurarse en Sectores y Distritos donde sea posible, equivalentes funcionalmente a las Subcomarcas y Comarcas del medio rural, respectivamente. Se entenderá por medio urbano todas las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes.

Las *provincias sanitarias*, salvo circunstancias excepcionales coincidirán con la división administrativa provincial, pero en aquellos casos en que la más eficaz asistencia así lo aconseje, determinadas zonas limítrofes de una provincia podrán hacerse tributarias, a los exclusivos efectos sanitario-asistenciales, de la red sanitaria de otra provincia contigua.

Las *regiones sanitarias* deberán organizarse para lograr una autosuficiencia regional de los propios servicios.

Paralelamente a la confección del Mapa Sanitario se llevará a cabo un inventario de los recursos personales y materiales, instrumentales e instituciones existentes en cada demarcación, tanto públicos como privados para determinar su posible integración en el sistema sanitario.

Con este Decreto quedaron derogados algunos artículos del Decreto 3318/1974, de 21 de noviembre, sobre reestructuración de partidos sanitarios y totalmente el Decreto 575/1966, de 3 de marzo, sobre catálogo y regionalización hospitalarias.

Por Orden Ministerial de 28 de enero de 1981, se aprueba el Mapa Sanitario de la provincia de Murcia, que será revisable anualmente.

Dicho Mapa Sanitario fue elaborado por una Comisión Provincial del Mapa Sanitario presidida por el Delegado Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y con un representante de la Entidad Gestora de la Seguridad Social, un representante de los Ayuntamientos, uno de la Diputación, otro de Ente Preautonómico, uno de cada una de las Corporaciones profesionales sanitarias, uno de la Delegación Territorial y el Director de Salud que actuaba como Secretario Ponente.

El Mapa Sanitario establecía la siguiente ordenación territorial:

COMARCA 1: MURCIA

- Hospital Comarcal: Hospital Clínico.
- 209.564 hab. (año 1981).

SUBCOMARCA 1.0. MURCIA-JESUS QUESADA (C. Subcomarcal). 82.749 hab.

- N.O. del casco capital. Pedanías de:
- Cabezo de Torres
- Churra
- El Puntal
- Espinardo
- S. y Zairaiche
- Guadalupe
- Albatalla
- Arboleja
- Carril de las Palmeras

SUBCOMARCA 1.1. MOLINA DE SEGURA (C. Subcomarcal). 76.481 hab.

Comprende los municipios de:

- Molina de Segura
- Las Torres de Cotillas
- Alguazas
- Ceutí
- Lorquí
- Archena
- Villanueva del Segura
- Ulea
- Ojós
- Ricote

SUBCOMARCA 1.2. CIEZA (C. Subcomarcal). 50.332 hab.

Comprende los municipios de:

- Cieza
- Abarán
- Blanca

COMARCA 2: MURCIA. HOSPITAL COMARCAL: C. Sanitaria «Virgen de la Arrixaca». Comprende 178.563 hab.

SUBCOMARCA 2.0. MURCIA - CARMEN (C. Subcomarcal). 94.373 hab.

La forman: Parte Sur casco ciudad.

Pedanías de:

- San Benito
- Patiño
- Aljucer
- Rincón de Seca
- La Raya
- Nonduermas
- Era Alta
- El Palmar
- Sangonera la Verde
- Sangonera la Seca
- La Alberca
- Algezares
- Los Garres
- Carrascos
- Corvera
- Lo Jurado
- Los Martínez del Puerto
- Gea y Truyoís
- Baños y Mendigo

SUBCOMARCA 2.1. ALCANTARILLA (C. Subcomarcal). 61.107 hab.

Comprende los municipios de:

- Alcantarilla
- Alhama

y las pedanías de:

- Puebla de Soto
- Sangonera la Seca
- Barqueros
- Javalí Nuevo
- La Ñora - Javalí Viejo

SUBCOMARCA 2.2. MULA (C. Subcomarcal).
23.173 hab.

Comprende los municipios de:

- Mula
- Albudeite
- Campos del Río
- Pliego

COMARCA 3: MURCIA (Hospital Comarcal: Hospital Provincial). 127.461 hab.

Esta Comarca sólo tiene una SUBCOMARCA:
MURCIA - ATALAYAS (127.461 hab.).

Comprende: el N.E. del casco de la población de Murcia y los municipios de:

- Abanilla
- Beniel
- Fortuna
- Santomera

y las pedanías de:

Monteagudo, El Esparragal, Las Lumbreras, El Raal, Puente Tocinos, Santa Cruz, Llano de Brujas, Los Dolores, Beniaján, Torreagüera, Los Ramos, Zeneta, Alquerías, Cabezo de la Plata, Cañadas de San Pedro, Sucina, Balsicas de Arriba y Avilese.

COMARCA 4. CARTAGENA (Hospital Comarcal: Ntra. Sra. del Rosell). 240.123 hab.

Se divide en tres Subcomarcas:

SUBCOMARCA 4.0 CARTAGENA-ROSELL
(C. Subcomarcal). 83.961 hab.

Comprende: parte Sur de CARTAGENA

y las pedanías de:

- Alumbres
- El Algar
- Llano del Beal
- Los Belones
- Cabo de Palos
- La Manga

y el municipio: La Unión.

SUBCOMARCA 4.1.: CARTAGENA-SAN ANTON
(C. Subcomarcal). 119.772 hab.

Comprende: parte Norte de Cartagena

y las pedanías de:

Canteras, Cuesta Blanca, Perín, Tallante, La Aljorra, El Albuñón, Pozo Estrecho, La Palma y La Puebla.

y los municipios de:

- Fuente Alamo
- Valladolides y Lobosillo

Municipios de:

- Mazarrón
- Ramonete (Pedanía de Lorca)

SUBCOMARCA 4.2. SAN JAVIER (C. Subcomarcal).
36.389 hab.

- San Javier
- Dolores de Pacheco
- San Pedro del Pinatar
- Torre Pacheco
- Los Alcázares

COMARCA 5: LORCA (Hosp. Comarcal: «Sta. Rosa de Lima»). 116.532 hab.

Se divide en tres Subcomarcas:

SUBCOMARCA 5.0.: LORCA (76.957 hab.)

Con los municipios de:

- Lorca
- Puerto Lumbreras

SUBCOMARCA 5.1.: TOTANA (18.577 hab.)

Con los municipios de:

- Totana
- Aledo

SUBCOMARCA 5.2.: AGUILAS (21.038 hab.)

- Aguilas

COMARCA 6: CARAVACA DE LA CRUZ (Noroeste).
65.444 hab.

Hospital Comarcal: Nueva Residencia de Caravaca. Con los municipios de:

- Caravaca
- Moratalla
- Calasparra
- Cehegín
- Bullas

COMARCA 7: YECLA (Hos. Comarcal: Residencia de Yecla)

SUBCOMARCA 7.0.: YECLA (25.307 hab.)

Con las pedanías de Raspay, Campo de Abajo y Campo de Arriba.

SUBCOMARCA 7.1.: JUMILLA (20.663 hab.)

Con las pedanías de La Algueña, Cañada del Trigo, Torre del Rico, Fuente del Pino, etc.

Estado actual

La consagración en el artículo 43 de la Constitución del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo y la institucionalización de Comunidades Autónomas, desarrolladas en el Título VIII de nuestra Constitución, con Estatutos de Autonomía que contienen

amplias competencias en materia de Sanidad, hacían necesaria una respuesta para adaptar la ordenación sanitaria existente al momento actual.

Con tal fin ha aparecido el Anteproyecto de Ley General de Sanidad. El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16º de la Constitución, cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que esos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

La directriz sobre la que gravita la reforma que se inicia con el Anteproyecto de Ley, es la creación de un Servicio Nacional de Salud evitando caer en un S.N.S. excesivamente centralista como el inglés o excesivamente descentralizado en las Administraciones Locales como el italiano donde se echa encima de los Ayuntamientos un peso excesivo.

Se trata en este Anteproyecto de que sean las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, los ejes del modelo.

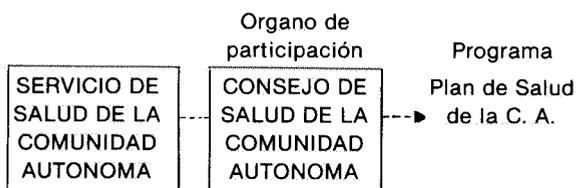
El Servicio Nacional de Salud se concibe así «como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, organizados conforme a pautas unitarias e inspirados en una misma idea de lo que deben ser las estructuras públicas al servicio de la salud».

Servicio de salud de la Comunidad Autónoma

Se delimita así la organización sanitaria de la Administración Autonómica en el artículo 39 del Anteproyecto: «En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales infracomunitarias que estará gestionado bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma».

La Ordenación territorial de los Servicios será competencia de las Comunidades Autónomas. Las Administraciones territoriales infracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma.

Cada Servicio de Salud de cada una de las Comunidades Autónomas creará un *Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma* y programará su Plan de Salud.



Areas de Salud

Las Comunidades Autónomas delimitarán en su territorio demarcaciones denominadas Areas de Salud donde existirán los servicios precisos

para que pueda llevarse a término desde dichas demarcaciones la gestión administrativa de los mismos, que les permita desarrollar una actuación autónoma dentro de las directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.

Se delimitarán teniendo en cuenta factores territoriales, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales y climatológicos.

Las Areas de Salud contarán como mínimo con los siguientes órganos:

1) Organos de participación, Consejos de Salud de Area.

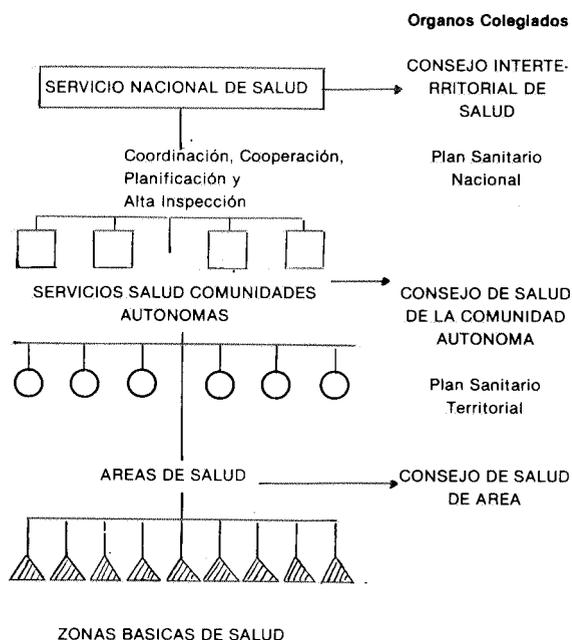
2) Organos de dirección: Los Consejos de Dirección de Area.

3) Organos de gestión: Los gerentes de Area.

Cada Area de Salud estará vinculada o dispondrá al menos de un Hospital General.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los Servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividirán en *zonas básicas de Salud*.

En definitiva la ordenación sanitaria territorial quedaría así:



Zonas de Salud

Por Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, publicado en el B.O.E. el 1 de febrero de 1984, quedan así delimitadas las zonas de salud:

1. La Zona de Salud, marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.

2. La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comu-

nidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

3. La Zona de Salud delimita una Zona Médica y está constituida por un solo Partido Médico, sin separación en distritos. Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud.

Centro de Salud

1. El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.

2. En el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud.

3. Los Centros de Salud contarán con una dotación de personal acorde con las necesidades de cada zona.

Equipo de atención primaria

1. El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria.

2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

3. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:

a) Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la zona.

b) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la zona.

c) Los Farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.

d) Los Veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

e) Los trabajadores sociales o Asistentes Sociales.

f) El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los equipos lo hagan preciso y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

h) Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

La infección meningocócica en la comarca de Cartagena en el periodo 1978-1983

Dr. D. JOSE MANUEL SEBASTIAN RAZ
Jefe Local de Sanidad. Cartagena

INTRODUCCION

En los últimos seis años, 1978 a 1983, se vino observando un incremento en los casos de infección meningocócica, en la comarca de Cartagena, con un descenso en los años 1981 y 1982; este fenómeno, nos ha llevado a sistematizar todos los datos de que disponemos sobre estos casos, para

obtener la máxima información sobre quién ha enfermado de infección meningocócica, qué grupo de edades o qué sexo ha resultado más afectado; sobre cuándo se han registrado los casos, observando si hay alguna variación estacional o no la hay; y por último, dónde se han producido los casos, si en zona urbana, suburbana, playa o campo, que son los cuatro «hábitats» que podrían

considerarse en la comarca de Cartagena, que está constituida por los municipios de Cartagena, La Unión, San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco, Fuente Alamo y Mazarrón. En dicha comarca, como antes he apuntado, pueden encontrarse cuatro hábitats distintos: zona urbana, correspondiente a Cartagena; zona suburbana, correspondiente a la zona periférica de Cartagena; zona de playa, que corresponde al Mar Menor y parte de Mazarrón, y por último zona rural, que corresponde al resto de la comarca.

Se ha elegido esta zona para el estudio, por ser la zona de influencia de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Santa María del Rosell, centro en el que ingresan habitualmente todos los enfermos que bajo sospecha de infección meningocócica se hospitalizan procedentes de esta comarca.

MATERIAL Y METODO

a) Toma de datos:

A lo largo de los años 1978 a 1983, se han declarado por parte de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rosell, los casos que en ella han ingresado, cuyos datos se han trasladado al parte semanal de enfermedades de declaración obligatoria con una ficha adicional en la que constaban fecha de ingreso, domicilio, nombre de los padres, número de hermanos, asistencia a colegio o guardería y cuantos otros datos parecían de interés.

Al ser ésta una enfermedad que actualmente se hospitaliza en un 100% de los casos dadas sus características, nos lleva a suponer que los casos declarados tanto por la Residencia de la Seguridad Social como por el Hospital Militar de Marina, corresponden, con una gran aproximación, al total de casos habidos en la zona de influencia de estos Centros Hospitalarios.

Como la declaración se hace ante la simple sospecha de enfermedad, posteriormente se ha comprobado en el registro de Laboratorio de dichos Centros Hospitalarios, el resultado de los cultivos, desechándose para el estudio aquellos casos en que no existía ficha de ellos y aquellos otros cuyo resultado correspondía a meningitis linfocitarias o a otros procesos cerebrales, como tumores, hidrocefalia, o ictus, que en un principio se habían declarado como sospecha de infección meningocócica; se han incluido pues para estudio todos los casos en que el cultivo ha sido positivo a meningococo, y todos aquellos cuya clínica lo hiciera sospechar y que posteriormente no haya sido desmentida por el Laboratorio con el hallazgo en el L. C. R. de otros gérmenes que descartaran la infección meningocócica. Los casos recogidos se han ido analizando en sus variantes de edad, sexo, época de aparición, lugar de residencia, tanto de los enfermos, como de los fallecidos por esta causa.

Para los cálculos estadísticos se han usado las tablas de población publicadas por la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia en su Memoria del año 1981, que si bien no pueden considerarse como las cifras exactas correspondientes a cada uno de los seis años, pensamos, ante la falta de otros datos, que podemos tener una idea válida de los índices y tasas que buscamos al tratarse de un valor en el punto medio de dicho periodo; como además nos guía más el deseo de tener una idea de lo que ha pasado en esta comarca, que una exactitud matemática creemos que está justificado este punto en la metodología del trabajo.

b) Método:

Con todos los datos obtenidos, según se ha indicado anteriormente, se han realizado los estudios siguientes:

- 1) Número total de casos y desglose por años.
- 2) Tasa de incidencia.
- 3) Número de fallecidos por años.
- 4) Índice de Letalidad.
- 5) Tasa de Mortalidad específica.
- 6) Variación mensual con gráfica del número de casos.
- 7) Mediana mensual de los seis años.
- 8) Análisis por sexos y gráficas.
- 9) Análisis por grupos de edades (totales y tasas).
- 10) Letalidad por grupos de edades.
- 11) Estudio de la relación edad-sexo en los grupos de mayor incidencia.
- 12) Distribución geográfica de los casos por municipios y sus correspondientes tasas.

RESULTADOS

Estudio globalizado y análisis por años

A lo largo del periodo 1978 a 1983, se han registrado en la comarca de Cartagena, según las fuentes más arriba expuestas, un total de 238 casos de infección meningocócica, cuya distribución por años está reflejada en el cuadro núm. 1. La variación mensual será objeto de análisis más adelante. Según los datos de este cuadro podemos observar un pico en el año 1979, con un descenso paulatino en los tres años siguientes, volviendo a incrementarse de nuevo en el año 1983. Con estos valores absolutos, no podemos establecer comparaciones con los datos de otras zonas, por lo que se han hallado las *tasas de incidencia*, comparándolas a continuación con las tasas Región de Murcia y con las tasas nacionales en los mismos periodos de tiempo, datos que se reflejan en la misma (cuadro núm. 1).

Tanto en unas como en otras aunque varíen las tasas correspondientes se observan los picos del año 1979 y el descenso paulatino de los tres años siguientes, y el nuevo incremento del año 1983.

Al comparar las tasas de la comarca con las regionales y nacionales vemos que tenemos valores comprendidos entre ambos en la primera parte y en la segunda parte inferior a ambos.

CUADRO NUM. 1

AÑOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983
N.º casos	50	53	46	26	19	44
Tasa de incidencia 100.000 h.	20,71	21,96	19,06	10,77	7,87	18,22
Tasa de incidencia Regional	19,70	33,50	21,60	16,70	13,80	23,38
Tasa de incidencia Nacional	12,00	17,60	12,70	13,60	10,60	12,16*

* Cifras provisionales.

Otro de los aspectos importantes a analizar en este apartado, es el número de fallecidos por infección meningocócica a lo largo de estos años y que reflejamos en el cuadro núm. 2, en el que observamos que el número de fallecidos no guarda relación con el número de enfermos, dándose la paradoja de que en el año 1979, que marca el pico de mayor incidencia, no se registra ninguna defunción por esta causa, así como tampoco en el año 1983, aunque como vemos más adelante en la gráfica de distribución mensual, la aparición de fallecimientos sí suele coincidir con la aparición de picos en la distribución de la enfermedad.

CUADRO NUM. 2

AÑOS	1978 %	1979 %	1980 %	1981 %	1982 %	1983 %
Fallecidos	15	0	8	1	1	0
Índice de Letalidad	30%	0	17,39	3,84	5,26	0
Tasa de Mortalidad específica 100.000 h.	6,21	0	3,31	0,41	0,41	0

Por todo ello se deben buscar otros factores que influyan en la letalidad por infección meningocócica, como puedan ser la existencia de enfermedades anteriores, o la coincidencia con brotes epidémicos de otras enfermedades víricas, datos que no constan en los informes y fichas de que disponemos, para este estudio, pero que sería muy conveniente constatar en el futuro. Relacionando todos los datos anteriores buscamos los índices de letalidad y la tasa de mortalidad específica por infección meningocócica referida esta última a 100.000 habitantes, corroborando como se ve en el cuadro núm. 2 las afirmaciones hechas en el párrafo anterior al encontrar diferencias tan notables en la letalidad de unos años a otros.

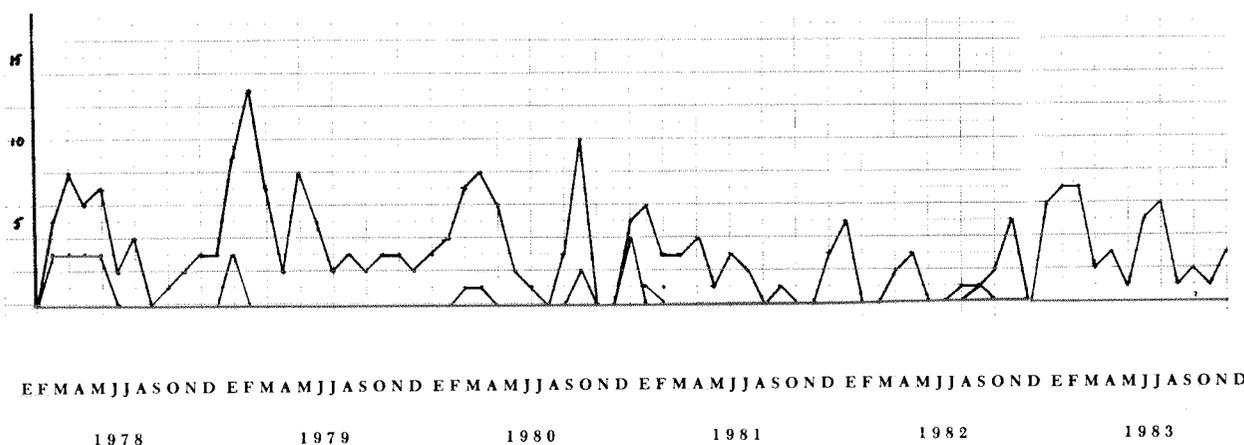
Distribución mensual

Desglosando el número total de casos y el de fallecimientos por meses, obtenemos la gráfica núm. 1 en cuya curva observamos, que dentro del periodo en estudio existe una clara disminución

GRAFICA NUM. 1

CURVA DE CASOS DE I. M. POR MESES DE 1978-1983
COMARCA DE CARTAGENA

Infección meningocócica —
Fallecidos infección meningocócica —



en la segunda mitad, como ya hemos indicado en varias ocasiones, con un nuevo aumento en el último año. Dentro de esta curva existen variaciones, con unos picos de incidencia entre los que podríamos destacar los siguientes:

- Enero-abril de 1978.
- Diciembre de 1978 a febrero de 1979 (éste

aparece como el más pronunciado del periodo).

- Abril y mayo de 1979, que podría muy bien englobarse dentro del anterior dando un pico correspondiente a invierno-primavera.
- Enero a abril de 1980.
- Septiembre de 1980.
- Diciembre de 1980 y enero de 1981.

- Diciembre de 1981 y enero de 1982.
- Octubre y noviembre de 1982.
- Enero-marzo de 1983.
- Julio y agosto de 1983.

De todos estos picos, uno se ha dado en el mes de septiembre, concretamente en el año 1980, coincidiendo con el comienzo del curso escolar; otro en el verano de 1983, si bien éste mucho más moderado, y los demás han tenido lugar en periodos comprendidos entre diciembre o enero hasta abril o mayo de cada año, correspondiendo a las estaciones de invierno y primavera.

Otro de los datos importantes que podemos obtener de la distribución mensual de los casos, es la *mediana mensual* de dicho periodo, que se establece en tres.

Observando también la gráfica núm. 1, en la que aparecen los fallecimientos, vemos cómo la aparición de éstos coincide con los picos correspondientes al número de casos, dándose el caso curioso que los fallecimientos correspondientes al pico que va de diciembre de 1978 a febrero de 1979, ocurren al principio, en el mes de diciembre, por lo que el resto de este periodo aparece limpio de fallecidos así como el resto del año 1979, a pesar de ser el año con más alta incidencia de la enfermedad, manteniéndose casi todo el año con niveles por encima de la mediana mensual del periodo; tampoco en el año 1983, a pesar del incremento de casos, se registra ningún fallecido por esta causa.

Análisis de los casos por sexo y edad

Al responder a la pregunta de quiénes enferman de infección meningocócica, se han de analizar estas dos variantes de sexo y edad relacionándoles posteriormente entre sí:

a) **Análisis por sexos:** Observando la incidencia de la enfermedad en cada uno de los dos sexos a lo largo del periodo, construimos la gráfica núm. 2, de cuyos datos sacamos posteriormente el primer y segundo apartado del cuadro núm. 3. Viendo los datos absolutos, parece ser que existe una ligera predilección de esta enfermedad por el sexo masculino, impresión que se confirma a hallar las tasas específicas por sexos como aparece en los últimos apartados del mismo cuadro núm. 3, en el que incluimos también las tasas generales ya incluidas en otro cuadro, para que sirva de comparación. Del análisis de este cuadro, se desprende que existe una ligera superioridad en la tasa correspondiente al sexo masculino, excepto en el año 1981, en que los términos se invierten ligeramente. De todo ello podemos deducir que no existe una especial predilección de la enfermedad meningocócica por ninguno de los dos sexos, al menos en esta comarca y en el periodo de tiempo sometido a análisis.

CUADRO NUM. 3

AÑOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Número de enfermos varones	27	28	24	13	12	24
Número de enfermos hembras	23	25	22	13	7	20
Tasa de incidencia varones	21,66	22,46	19,25	10,42	9,62	19,25
Tasa de incidencia hembras	19,35	21,03	18,51	10,93	5,89	16,82
Tasa de incidencia regional	20,71	21,96	19,06	10,77	7,87	18,22

Nota: Las tasas se refieren a casos por 100.000 habitantes.

b) **Análisis por grupos de edades:** Por la simple observación, sabemos que la enfermedad que nos ocupa no afecta de la misma forma a todas las edades, supuesto que nos lleva a una sistematización de la observación, reseñando por una parte, como se ve en el cuadro núm. 4, los casos totales y por otra parte las tasas correspondientes a cada grupo de edad, referidas como siempre a 100.000 habitantes, en el cuadro núm. 5.

CUADRO NUM. 4

Casos por grupos de edades

Edad	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total
0-4	27	16	19	13	10	21	106
5-9	6	16	10	7	6	10	55
10-14	8	6	6	2	0	5	27
15-19	2	5	3	2	2	5	19
20-24	2	4	2	0	1	1	10
25-29	0	0	0	0	0	1	1
30-34	0	1	2	0	0	0	3
35-39	0	0	2	0	0	0	2
40-44	0	1	0	1	0	0	2
45-49	2	2	1	0	0	0	5
50-54	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	0	1	0	0	0	1
60-64	0	0	0	1	0	0	1
65-69	0	0	0	0	0	0	0
70-74	3	0	0	0	0	0	3
75-79	0	0	0	0	0	0	0
> 80	0	0	0	0	0	1	1

CUADRO NUM. 5

Tasas por grupos de edades (Referidas a 100.000 hab.)

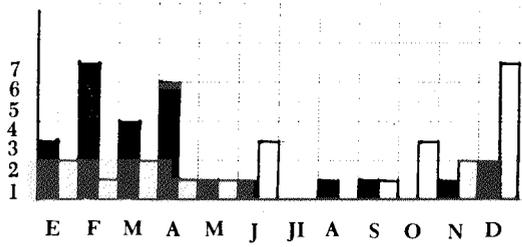
Edad	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total
0-4	133,04	78,84	93,62	64,05	49,27	103,97	522,31
5-9	25,23	67,28	42,05	29,44	25,83	42,05	231,31
10-14	34,24	25,68	25,68	8,56	0	21,40	41,92
15-19	9	22,50	13,50	9	9	22,50	85,50
20-24	7,82	15,64	7,82	0	3,91	3,91	39,10
25-29	0	0	0	0	0	6,20	6,20
30-34	0	6,82	13,65	0	0	0	20,48
35-39	0	0	14,86	0	0	0	14,86
40-44	0	7,68	0	7,68	0	0	15,36
45-49	13,95	13,95	6,97	0	0	0	34,89
50-54	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	0	9,49	0	0	0	9,49
60-64	0	0	0	11,42	0	0	11,42
65-69	0	0	0	0	0	0	0
70-74	45,16	0	0	0	0	0	45,16
75-79	0	0	0	0	0	0	0
> 80	0	0	0	0	0	21,54	21,54

DISTRIBUCION DE CASOS DE I. M. POR SEXOS

GRAFICA NUM. 2-1

1978

■ VARONES
□ HEMBRAS

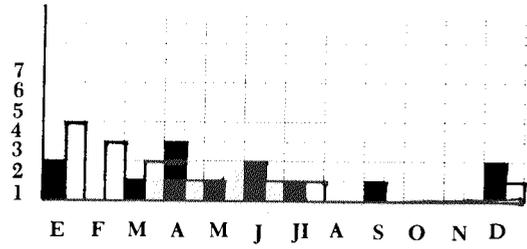


DISTRIBUCION DE CASOS DE I. M. POR SEXOS

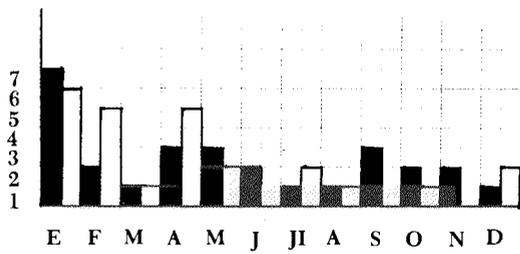
GRAFICA NUM. 2-2

1981

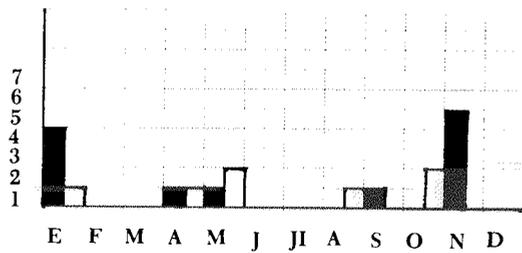
■ VARONES
□ HEMBRAS



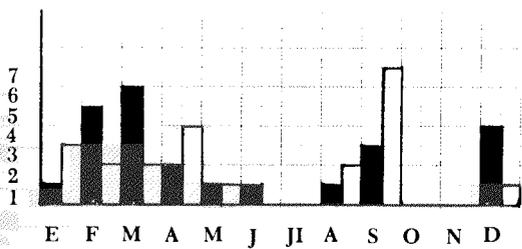
1979



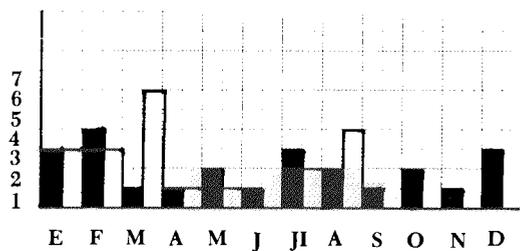
1982



1980



1983



CUADRO NUM. 6

Número de fallecidos e Índice de letalidad por edades
(Cifras referidas a los seis años del estudio)

Edad	Casos	Fallecidos	I. Letalidad
0-4	101	18	16,98
5-9	55	2	3,63
10-14	27	0	—
15-19	19	1	5,26
20-24	10	1	10,00
25-29	1	0	—
30-34	3	0	—
35-39	2	0	—
40-44	2	0	—
45-49	5	2	40,00
50-54	0	0	—
55-59	1	1	100,00
60-64	1	0	—
65-69	0	0	—
70-74	3	0	—
75-79	0	0	—
> 80	1	0	—

Del análisis de los cuadros mencionados se desprende claramente que el grupo de edad más afectado ha sido el correspondiente hasta cuatro años con un 44,53% de todos los casos presentados y con una tasa de incidencia de 522,31/10⁵ en el total de los seis años. Este grupo de edad, va seguido por el grupo correspondiente a 5 a 9 años, con un 23% del total de los casos y una tasa de 231,31/10⁵. Los dos grupos de edades anteriores, puede decirse con toda claridad que son los más afectados por la infección meningocócica, pues entre los dos cuentan con el 67,53% del total de los casos registrados. La incidencia va descendiendo paulatinamente a medida que la edad va avanzando encontrándonos con que a partir de los 25 años puede considerarse que la infección meningocócica es de aparición totalmente esporádica.

También pareció oportuno analizar la letalidad por grupos de edades, reflejando los datos obtenidos en el cuadro núm. 6, en el que junto al número total de fallecidos, aparece el índice de letalidad, del cual se deduce que tanto en cifras absolutas como en índice de letalidad el grupo de edad más afectado es el correspondiente hasta los cuatro años con un 16,98 de índice, por lo que podríamos concluir que en este grupo de edad, la infección meningocócica, sigue siendo de una gravedad importante a pesar de la rapidez del diagnóstico y la eficacia de los tratamientos actuales. No resulta significativo el índice de 100% que aparece en el grupo de 55 a 59 años, pues se trata de un solo enfermo, que resultó mortal.

c) **Combinación de sexo y edad:** En los grupos de edades en los que la enfermedad se ha mostrado más frecuente, hacemos un desglose por sexos. No lo hacemos en todos los grupos de edades, al creer que no tendría valor estadístico, puesto que en ellos la aparición de casos de infección meningocócica resulta más o menos esporádica.

Tomamos los grupos de edades hasta los 14 años, que viene a coincidir con el final de la etapa escolar de la E.G.B., y buscamos las tasas por sexos para esas edades comparándolas en el mismo cuadro con la tasa global para esa edad, según puede verse en los cuadros números 7, 8 y 9.

CUADRO NUM. 7

Grupo de edad de 0 a 4 años

Año	Total	Tasa	Varón	Tasa	Hembra	Tasa
1978	27	133,04	15	142,82	12	122,54
1979	16	78,84	9	85,69	7	71,48
1980	19	93,62	10	95,21	9	91,91
1981	13	64,05	6	57,30	7	71,48
1982	10	49,27	9	85,69	1	10,21
1983	21	103,97	10	95,91	11	111,83
Total	106	522,31	59	561,10	47	479,97

CUADRO NUM. 8

Grupo de edad de 5 a 9 años

Año	Total	Tasa	Varón	Tasa	Hembra	Tasa
1978	6	25,23	5	40,82	1	8,68
1979	16	67,28	10	81,65	6	52,10
1980	10	42,05	5	40,82	5	43,41
1981	7	29,44	4	32,66	3	26,05
1982	6	25,23	4	32,66	2	17,35
1983	10	42,05	4	32,66	6	52,10
Total	55	231,31	32	261,02	23	199,72

CUADRO NUM. 9

Grupo de edad de 10 a 14 años

Año	Total	Tasa	Varón	Tasa	Hembra	Tasa
1978	8	34,24	4	33,19	4	35,41
1979	6	25,68	3	24,89	3	26,56
1980	6	25,68	4	33,19	2	17,70
1981	2	8,56	1	8,29	1	8,85
1982	0	—	0	—	0	—
1983	5	21,40	3	24,89	2	17,70
Total	27	115,56	15	124,48	12	106,23

Analizando los cuadros anteriores, vemos cómo en el grupo de 0 a 4 años, en los años 1978 y 1979, las tasas de incidencia son mayores para varones que para hembras, no sucediendo lo mismo en el resto del periodo, incluso invirtiéndose la relación en el año 1983; de todas formas esa diferencia inicial, hace que al final siga habiendo una tasa mayor a favor de los varones, que se cifra en 561,10 por 100.000 frente a la de las hembras que es de 479,97.

En el grupo de 5 a 9 años, las tasas también son más altas para los varones con 261,02 frente a las hembras con una tasa de 199,72.

En el grupo de edad de 10 a 14 años las tasas se van igualando, siendo de 124,48 para los varones frente a 106,23 para las hembras.

CUADRO NUM. 11

Tasas de incidencia por municipios

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total
Cartagena	21,78	26,49	20,60	12,36	8,24	21,78	111,24
La Unión	20,56	13,70	20,56	13,70	20,56	13,70	102,79
Torre Pacheco	12,61	6,30	18,92	6,30	6,30	—	44,16
San Javier	23,32	23,32	23,32	—	—	7,77	77,74
San Pedro	11,11	11,11	22,22	—	—	—	44,44
Fuente Alamo	23,13	—	—	—	—	11,56	34,69
Mazarrón	19,01	9,50	—	19,01	9,50	28,50	85,56

(1) Tasas referidas a 100.000 habitantes.

De todo lo cual se deduce que en estos seis años, y en esta comarca la infección meningocócica ha tenido una cierta predilección por los grupos de edad de hasta 14 años, y dentro de ellos la ha tenido por los varones, de forma tanto más marcada cuanto más temprana ha sido la edad de aparición.

En cuanto a la letalidad, en estos grupos de edad, no se encuentra una diferencia llamativa de un sexo sobre otro:

En el grupo de 0 a 4 años nos encontramos:

10 fallecidos varones de 59 enfermos con un índice de 16,94%.

8 fallecidas hembras de 47 enfermas con un índice de 17,02%.

En el grupo de 5 a 9 años nos encontramos:

2 fallecidos varones de 32 enfermos con un índice de 6,25%.

0 fallecidas hembras.

En el grupo de edad de 10 a 14 años, no hubo ningún fallecido.

Distribución geográfica

Hemos visto en los capítulos anteriores, quién ha enfermado de infección meningocócica y cuándo ha enfermado; nos queda ahora una última pregunta: dónde se han producido los casos de enfermedad dentro de la comarca de Cartagena.

El área de influencia de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rosell, en la que ingresan los enfermos, de una forma mayoritaria, abarca los municipios de Cartagena, La Unión, Torre Pacheco, San Javier, San Pedro del Pinatar, Fuente Alamo y Mazarrón, y a ellos estamos refiriendo el presente estudio con el fin de conocer en qué zona de esta comarca se dan con más frecuencia los casos de infección meningocócica, si en la ciudad, suburbios, campo, etc... Para ello hacemos un desglosamiento de los casos habidos, por municipios, reflejando los resultados en el cuadro núm. 10, hallando a continuación las tasas de incidencia para cada uno de los municipios por separado como se recoge en el cuadro núm. 11.

CUADRO NUM. 10

Cifras absolutas por municipios

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total
Cartagena	37	45	35	21	14	37	189
La Unión	3	2	3	2	3	2	15
Torre Pacheco	2	1	3	1	1	0	8
San Javier	3	3	3	0	0	1	10
San Pedro	1	1	2	0	0	0	4
Fuente Alamo	2	0	0	0	0	1	3
Mazarrón	2	1	0	2	1	3	9

De la observación de los cuadros anteriores se deduce que en Cartagena y La Unión ha habido una tasa muy similar y que se destaca de la habida en los demás municipios de la comarca. Conforme el municipio se hace menos denso en población, la tasa disminuye hasta colocarse el 34,69 de Fuente Alamo, frente al 111,24 de Cartagena o el 102,79 de La Unión.

Desglosando los datos por años, vemos que en los años 1978, 1979, e incluso 1983 y 1980 en que los casos son más numerosos, se dan en todos los municipios de la comarca y que en los años intermedios en que la incidencia es menor no aparecen prácticamente casos en los municipios más pequeños de la comarca.

La distribución de las tasas según los municipios podemos verla también en el mapa de la página siguiente.

Hasta ahora se ha considerado a Cartagena, como una unidad de población. Sin embargo, dadas las características del municipio, que es de una gran variedad, comprendiendo zona urbana, zona suburbana, zona agrícola rural y zona turística de playa, hemos pensado buscar las tasas correspondientes a distintas zonas de Cartagena, o barrios con la dificultad que esto supone al no tener una información demográfica completa de algunas de las zonas del término municipal y tener otras con una demografía tan variable como puede ser toda la zona turística del Mar Menor o de La Manga.

Dentro de estas limitaciones para el estudio, hemos podido distinguir zonas de incidencia alta, con relación a la tasa global del municipio que es 111,24 por 100.000 habitantes para el total del periodo; estas zonas de incidencia alta son las siguientes con sus respectivas tasas:

Cartagena-Casco urbano	113,11 por 100.000 hab.
Los Barreros	166,97 por 100.000 hab.
Lo Campano	
Santa Lucía	
Los Mateos	
Los tres anteriores como zona única	132,58 por 100.000 hab.
Barrio de La Concepción	133,44 por 100.000 hab.
Los Belones	435,41 por 100.000 hab. (1)
El Algar	139,12 por 100.000 hab.
Canteras Villalba	195,52 por 100.000 hab.

(1) La tasa de Los Belones está calculada por el censo de población de hecho, por lo que aparece una tasa muy alta, ya que no se ha podido calcular la tasa real, ya que la población flotante de verano también está expuesta a la enfermedad y de hecho enferma. Así, pues, los cálculos están realizados con arreglo a los 2.067 del Censo, cuando la población en verano se multiplica por muchos enteros, factor este a tener en cuenta a la hora de valorar estos datos.

MAZARRON

FUENTE ALAMO

CARTAGENA

SAN PEDRO

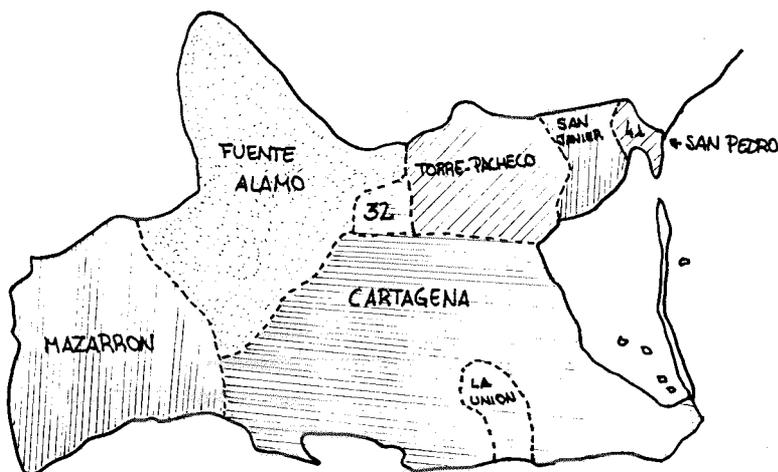
32

41

TORRE PACHECO

SAN JAVIER

LA UNION



> 100/10⁵
 70 - 100/10⁵
 35 - 70/10⁵
 < 35/10⁵

En la zona de alta incidencia dentro del municipio de Cartagena, nos encontramos con el casco urbano y con el cinturón suburbano de Cartagena, zona sumamente deprimida socioeconómicamente, por lo que no es de extrañar la aparición de estas tasas altas.

La tasa desciende considerablemente cuando se va alejando de estos centros hasta que en las zonas consideradas agrícolas (Pozo Estrecho, La Palma, Albuñón, etc.) nos encontramos con tasas que se asemejan a las de los municipios agrícolas que las rodean.

Aparición de casos secundarios

A lo largo de estos seis años que estamos estudiando, solamente en tres ocasiones puede hablarse de que ha habido una cierta relación entre unos casos y otros:

En enero de 1979, aparecen dos casos los días 27 y 29, tratándose de dos alumnos del mismo colegio, aunque de edades distintas, siendo muy problemática la relación entre ellos.

En marzo de 1980, con dos días de diferencia aparecen en Los Belones dos casos de infección meningocócica en dos primos hermanos, con una relación muy clara entre ellos, razón por la que a mi juicio se trata de casos coprimarios.

En mayo de 1982, aparecen en un mismo colegio, los días 8 y 11, dos casos en niños de 5 años. Se trata de un parvulario y no se había hecho quimioprofilaxis ante la aparición del primer caso por haber sido el diagnóstico de sospecha de «Meningitis Linfocitaria», resultando posteriormente según el diagnóstico de laboratorio, una Meningitis Meningocócica.

CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto se pueden deducir las siguientes conclusiones:

— Se observan un máximo de casos en el año 1979, con un descenso paulatino en los tres años siguientes y un nuevo incremento en el año 1983.

— La letalidad no siempre coincide con los aumentos de morbilidad.

— En la distribución estacional, se observan incrementos notables, en las épocas que van desde noviembre a abril o mayo, con las oscilaciones propias según los años. Se observan también descensos muy notables en los periodos de verano-otoño.

— La mediana mensual de los últimos seis años es de tres casos.

— La infección meningocócica es mucho más frecuente en el grupo de edad de hasta cuatro

años, siguiendo en frecuencia el de cinco a nueve y el de diez a catorce. Es mucho más bajo de los quince a los veinticuatro años y a partir de esa edad es de aparición esporádica.

— La infección meningocócica es algo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, considerándolos de forma global, sin diferencias llamativas, ahora bien, en los grupos de edad más jóvenes, es mucho más frecuente en varones que en hembras, tanto más cuanto más temprana es la edad de aparición.

— El índice de letalidad es más alto en el grupo de edad de hasta cuatro años.

— La tasa de incidencia aumenta con el tamaño del municipio, y dentro de los municipios grandes es mayor en la zona urbana y suburbana más deprimida socio-económicamente. Por contra la tasa disminuye sensiblemente en la zona rural de dichos municipios.

— Es poco frecuente la aparición de casos secundarios; solamente en tres ocasiones a lo largo de los seis años, puede hablarse de una cierta relación entre enfermos.

AGRADECIMIENTO

No quiero dejar pasar por alto mi agradecimiento, a todas las personas que de una forma u otra han contribuido a la realización del presente trabajo en especial a la Srta. María del Carmen Haro, que recopiló los datos del archivo del Laboratorio de la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. del Rosell; y a dicha Residencia por las facilidades dadas para la obtención de dichos datos.

NOTAS

Los datos han sido obtenidos:

— Archivo del Centro Comarcal de Salud de Cartagena.

— Laboratorio de la Residencia Ntra. Sra. del Rosell.

— Boletín de Salud de la Región de Murcia (Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981, por Carmen Navarro).

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

CONTRIBUCION AL MANEJO SISTEMATICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA PRACTICA DIARIA, por A. Comas, A. Cadiñanos, M. Martínez Pacheco, M. Martínez González, F. Artal, V. Trespalacios y C. Gaisan; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 99-106.

RESUMEN

El autor hace una síntesis eminentemente práctica para el médico general respecto al problema actual de la tuberculosis utilizando la clasificación de la American Thoracic Society y ofreciendo bibliografía seleccionada.

INCIDENCIA DE GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE EN ESPAÑA, por M. L. Martínez Frías, J. Salvador, L. Prieto y J. Zaplana; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 107-118.

RESUMEN

Se presenta un estudio de frecuencias de onfalocele y gastrosquisis en España en el periodo comprendido entre abril de 1976 a septiembre de 1981. En su distribución por años observamos que el onfalocele presenta una incidencia irregular, pero sin incrementos alarmantes, mientras que la gastrosquisis muestra un incremento progresivo desde el año 1979, con una frecuencia media anual de aumento de 0,38 por 10.000, que es estadísticamente significativo.

Se efectúa asimismo un análisis de la correlación de ambas patologías con la edad materna, resultando que ambas se asocian a edades maternas muy jó-

venes. Esta correlación en el caso de los onfaloceles es en función de los aislados, es decir, de los que son la única malformación, presentando en éstos una curva en forma de U.

«CAMPYLOBACTER» EN MUESTRAS FECALES DE POLLOS COMO POSIBLE ORIGEN DE ENTERITIS HUMANA, por M. López-Brea, X. Pickering, A. Enriquez y M. Baquero; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 119-123.

RESUMEN

Se realiza estudio de 101 muestras fecales rectales de pollos, en la idea de cultivar *Campylobacter*.

Las muestras fueron cultivadas en medio de Skirrow suplementado con sulfato ferroso, bisulfito sódico y peruvato sódico, e incubadas en microaerofilia (prevacio de 500 mm. Hg. y sistema «Gas Pak») durante cuarenta y ocho horas a 43° C.

Se cultivó *Campylobacter* en 98 muestras de las 101 sembradas (97 por 100).

Las bacterias identificadas como *Campylobacter* fueron todas bacilos Gram negativos curvados típicos, citocromoxidasa positivos, y crecieron en microaerofilia a 43° C., pero no a 25° C.

Teniendo en cuenta estos resultados es posible pensar que los pollos pueden constituir un importante reservorio de *Campylobacter* y ser origen de infecciones gastrointestinales humanas.

UNA INVESTIGACION SOCIOSANITARIA SOBRE EXPOSICION AL PLOMO Y SATURNISMO EN LA CIUDAD DE ORENSE, por M. B. Collarte Rodríguez, J. Mato Prada, L. Rodríguez Míguez, B. Mora Bermúdez, J. M. Tabares Lezcano, F. Martín Sánchez, A. Carballo García, R. González Guzmán y V. Alvarez Dieguez; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 211-261.

RESUMEN

Después de realizar una revisión actualizada sobre exposición al plomo y saturnismo, los autores hacen, en una primera parte del trabajo, una puesta a punto sobre el tratamiento, prevención y controles del saturnismo, basándose en su propia casuística.

En una segunda parte, realizan un estudio social y sanitario, analizando la exposición al plomo de los niños de la ciudad de Orense, fuentes de intoxicación, porcentajes de absorción y repercusiones.

En los resultados obtenidos destaca una importante y frecuente impregnación plúmbica que en un alto porcentaje cursa sin sintomatología evidente y cuya máxima incidencia corresponde a los niños de menor edad. Asimismo se evidenció que la fuente de abastecimientos, contaminada en el tramo de cañerías de las viviendas.

«GIARDIA LAMBLIA» COMO MICROORGANISMO PRODUCTOR DE CUADROS DIARREICOS, por M. López-Brea, M. Barreno, G. Gutiérrez y A. Gómez; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 277-284.

RESUMEN

Se realiza un estudio de la incidencia del protozoo *G. lamblia* en heces humanas durante los años 1978, 1979, 1980 y 1981, procedentes de enfermos ingresados o de policlínicas. También se estudia su papel en los cuadros diarreicos.

Se utiliza para la determinación de parásitos en heces una técnica de concentración-sedimentación.

De 17.305 muestras fecales encontramos *G. lamblia* en 1.807 muestras (10,4 por 100), correspondientes a 885 enfermos. De 635 enfermos donde se encontró *G. lamblia* en heces, 547 (86,1 por 100) eran niños menores de trece años de edad y 88 (13,9 por 100) adultos.

De 705 enfermos con *G. lamblia* en heces, 72 presentaban diarrea (10,2 por 100).

La asociación entre el protozoo *G. lamblia* y diarrea es un hecho importante que debe ser tenido en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del síndrome diarreico.

NUEVAS APORTACIONES AL CONOCIMIENTO DE LAS ENTEROPARASITOSIS HUMANAS EN EL MEDIO RURAL ESPAÑOL, por F. Vasallo Matilla, R. Vos Saus y M. A. Rivera Guerrero; REV. SAN. HIG. PUB., 1982, 56, 285-298.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En tres localidades rurales estudiamos las enteroparasitosis a un grupo de personas utilizando técnicas de concentración difásica (Baillenger) y técnica de Grahan.

Sólo en el 73,93 por 100 de las personas encuestadas colaboraron para realizarse técnica de Grahan.

Los parásitos hallados fueron *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmani*, *Endolimax nana*, *Yodamoeba butschlii*, *Giardia lamblia*, *Enteromonas hominis*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana*.

Verificamos un estudio independiente en cada una de las localidades por sexo y edad, según los parásitos hallados. Como resumen analizamos las parasitaciones halladas en cada localidad, analizados los resultados en cifras absolutas (C. A.) y porcentaje de positividad. También hacemos el análisis agrupando las parasitaciones según los parásitos hallados, para cada una de las localidades. Por último, hacemos el estudio de los parásitos hallados para cada sexo del conjunto de los tres pueblos, dando igualmente los resultados en cifras absolutas (C. A.) y porcentaje de positividad.

RESEÑA DE LIBROS

ADMINISTRACION DE PERSONAL DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, por Morgan, W. J., 1984, rúst., 212 págs.

Índice resumido. El medio ambiente en la administración de personal. Encuentros de mercado. La función del personal. Selección de personal. Procedimientos de colocación. Administración del comportamiento. Decisiones. Relaciones laborales. Detección de problemas. Tendencias futuras.

MEDICION DEL CAMBIO DEL ESTADO NUTRICIONAL, 1983, rúst., 105 págs., OMS.

Índice resumido. Objetivos. Grupos de población a los que se puede aplicar la metodología propuesta. Elección de medidas. Métodos de medición. Acopio de datos y muestreo. Análisis e interpretación de datos. Conclusiones. Ejemplo de análisis de datos.

AVANCES RECIENTES EN INMUNIZACION. Una revisión bibliográfica, por Halsey, Quadros y otros, 1983, 105 págs., OPS.

Índice resumido. Edad óptima para administrar la vacuna antisarampionosa en países en desarrollo. Aspectos operativos del uso de vacuna oral de poliovirus en países en desarrollo. Toxoides diftérico y tetánico y vacuna antitosferina, combinados...

EPILEPSIA. MANUAL PARA TRABAJADORES DE SALUD, por Robb, P., 1983, rúst., 90 págs., OPS.

Índice resumido. La vida mental da valor a la vida. La tecnología de salud mental puede mejorar la atención de salud en general. Los trastornos mentales y neurológicos y las incapacidades asociadas, se pueden prevenir o tratar. Función de la OMS en el programa ampliado de salud mental.

MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HIGIENE, por Germez-Rieux y Gervois, 1984, rúst., 534 págs.

Índice resumido. El hombre y el medio. Principios de epidemiología. Epidemiología y profilaxis de las enfermedades contagiosas. Hombre y sociedad. Medicina social y enfermedades sociales. El hombre y el medio. Principios de epidemiología. Epidemiología y profilaxis de las enfermedades contagiosas. Hombre y sociedad. Medicina social y enfermedades sociales. El hombre en la nación y en el mundo, legislación sanitaria, demografía, higiene internacional.

LA MEDICINA. Actualidad y reflexiones, por Barraquer-Bordas y otros, 1983, rúst., 309 págs.

Índice resumido. Los cinco rasgos esenciales de la medicina actual. El contenido asistencial de la medicina actual. Reflexiones en torno al estado actual de la medicina.

MANUAL DE INVESTIGACION APLICADA EN SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD, por García Manzanao, 1983, rúst., 22 págs.

Índice resumido. La investigación aplicada en servicios sociales y de salud. Plan de investigación. El

problema de investigación. Diseño de la investigación. Recopilación de la información. Instrumentos para la recopilación de la información. Métodos de observación. Población y muestra. Análisis cuantitativo. Análisis cualitativo. Presentación de los resultados.

ATENCION MEDICA. Teoría y práctica administrativas, por Fajardo Ortiz, 1983, rúst., 774 págs.

Índice resumido. Salud, salud pública, atención médica, atención de la salud. La salud en el mundo. Administración en la atención de la salud. Enfoques humanísticos a la administración de la Atención de la Salud. Métodos y técnicas cuantitativas en la Administración de la Atención de la Salud. Los sistemas y la cibernética en la Administración de la Atención de la Salud. Las estadísticas, la contabilidad y la economía de la atención de la salud y de la atención médica. Control de la atención médica. El ser humano en la Administración de la Atención de la Salud. Las leyes y la ética en la atención de la salud. Planeación y construcción de establecimientos médicos. Establecimientos médicos. Hospital. Organos directivos de hospitales y clínicas. Servicios clínicos de la atención médica. Atención progresiva al enfermo. Servicios auxiliares de diagnóstico y servicios auxiliares de tratamiento de la atención médica. Servicios paramédicos de la atención médica. La atención a la salud en situaciones de desastre.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

CURSOS MONOGRAFICOS DEL DOCTORADO que se van a impartir en el curso 1983/84.

Departamento de Bioquímica

«Aspectos actuales de la neuroquímica». Dres. Miras Portugal, Vidal Moreno y Galindo Cascales.

«Aplicación de la fluorescencia en la investigación bioquímica». Dres. Gómez Fernández, Iborra Pastor y Manjón Rubio.

Departamento de Citología e Histología

«Introducción a la inmunocitoquímica». Dres. Agulleiro Díaz y Quesada.

«Morfología del sistema inmunitario de peces». Dres. Quesada, Agulleiro Díaz y Meseguer.

«Estructura del aparato excretor de anfibios». Dres. Meseguer Peñalver, Agulleiro Díaz y Adelina Zuasti.

Departamento de Fisiología Animal

«Proteínas y nutrición animal». Dr. Zamora Navarro.

«Fisiología comparada de la respiración». Dr. de Costa Ruiz.

Departamento de Zoología

«Comunicación sonora en insectos». Dr. Presa Asensio.

«Tipificación de los caracteres morfológicos animales». Dr. Soler Andrés.

ACTIVIDADES SANITARIAS MUNICIPALES

MOLINA. Curso de EDUCACION SANITARIA PARA PROFESORES DE E.G.B.

Organizado por la Consejería de Bienestar Social y Sanidad del Ayuntamiento de Molina, en colaboración con la Consejería de Sanidad, se va a celebrar un curso de Educación Sanitaria para profesores de E.G.B., del 28 de febrero al 29 de marzo, en el Aula de Cultura de la C.A.A.M. (Caja Ahorros de Alicante y Murcia) de las 19 a las 21 horas, con arreglo al siguiente programa:

28 de febrero. ACTO DE APERTURA

Intervendrán: AURELIA FERNANDEZ FERNANDEZ, Concejal-Delegada de Bienestar Social, Sanidad y Consumo. ENRIQUE AMAT, Delegado Provincial de Educación. FULGENCIO PUCHE OLIVA, Alcalde de Molina de Segura.

«SALUD Y ENFERMEDAD. GENESIS DE LA ENFERMEDAD EN LA COLECTIVIDAD», Elvira Ramos Garcia, Doctora Jefe del Gabinete Técnico de la Consejería de Sanidad.

1 de marzo

«CONOCIMIENTOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS DE APARATOS Y SISTEMAS», Ricardo Cano Cano.

«EVOLUCION DE LA SEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA», Eloísa Ramírez de la Orden, Monitora de Planificación Familiar.

6 de marzo

«ALIMENTOS COMO VEHICULO DE INFECCION», Pedro Rodríguez Quijano, Jefe Local de Sanidad de Molina.

«CONSECUENCIAS DE LA MALA ALIMENTACION Y AVITAMINOSIS», Emilio García Galindo, Médico.

8 de marzo

«ALCOHOL, TABACO Y DROGAS», José Cruzado Quevedo, Médico.

13 de marzo

«ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES POR ANIMALES», José Gaona Marco, Inspector Veterinario del Ayuntamiento de Molina.

«OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA INFANCIA Y VACUNACIONES», Esmeraldo Cano Cano, Médico.

15 de marzo

«EDUCACION FISICA Y DEPORTE ESCOLAR», José Antonio Villegas García, Médico especialista en Medicina Deportiva.

«ACCIDENTES Y PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR», José Luis Moreno Miñano, Traumatólogo.

20 de marzo

«HIGIENE DE LA ALIMENTACION, PROTEINAS, GLUCIDOS Y LIPIDOS», Vicente Escriba Vidal, Médico Titular de Molina.

«ALTERACIONES Y PROBLEMAS DE LOS DIENTES», Juan José Piqueras López, Médico Titular de Molina.

22 de marzo

«ALTERACIONES DE LA VISION», Juan Gomariz Guijarro, Profesor-Ayudante de la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Murcia.

«ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS», Santiago Romero Vidal, Médico especialista en Otorrinolaringología.

27 de marzo

«ORGANIZACION DE LA SANIDAD ESCOLAR», Pedro Parra Hidalgo, Técnico de Salud Pública del Ayuntamiento de Murcia.

«DESARROLLO MENTAL DEL ESCOLAR», «PRINCIPALES ALTERACIONES», Concepción Gómez Ferrer, Médico de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

29 de marzo

«HIGIENE ESCOLAR, PAPEL DEL PROFESOR EN LA SANIDAD ESCOLAR», Elvira Ramos García, Doctora-Jefe del Gabinete Técnico de la Consejería de Sanidad.

CLAUSURA OFICIAL

AURELIA FERNANDEZ FERNANDEZ, Concejala-Delegada de Bienestar Social, Sanidad y Consumo. FRANCISCO MARTINEZ PARDO, Viceconsejero de Sanidad y Consumo. FULGENCIO PUCHE OLIVA, Alcalde de Molina de Segura.

LEGISLACION SANITARIA

— Normas para el control de las especialidades farmacéuticas y demás productos sometidos a autorización y/o registro, con destino a la exportación. R. de 23-12-83 de la D. G. de Farmacia y Productos sanitarios. B.O.E. 4 de 05-01-84, pág. 254.

— Normas para el control de las especialidades farmacéuticas y demás productos sometidos a autorización y/o registro, que se importen totalmente terminados. R. de 23-12-83 de la D. G. de Farmacia y Productos sanitarios. B.O.E. 5 de 06-01-84, pág. 341.

— Autorización a las entidades aseguradoras de la elevación de tarifas del ramo de asistencia sanitaria, fijando tarifas. O. de 23-12-83 del M. de Economía y Hacienda. B.O.E. 8 de 10-01-84, pág. 572.

— Estructura del Instituto Nacional de la Salud. R. D. 94/1984 de 11-01-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 17 de 20-01-84, pág. 1481.

— Reglamentación Técnico Sanitaria para la fabricación, comercialización y utilización de plaguicidas. R. D. 3349/183 de 30-11-83 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 20 de 24-01-84, pág. 1856.

— Normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones de muerte y supervivencia del Régimen General de la Seguridad Social. O. de 18-01-84 del M. T. y SS. B.O.E. 21 de 25-01-84, pág. 1961.

— Regulación de la formación médico especializada y la obtención del título de Médico-Especialista. R. D. 127/1984 de 11-01-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 26 de 31-01-84, pág. 2524.

— Ampliación de la acción protectora de cobertura obligatoria en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta propia o Autónomos (de representantes de Comercio) de los Escritores de libros. R. D. 43/44/45/1984 de 04-01-84 del M. T. y SS. B.O.E. 9 de 11-01-84, págs. 658 a 660.

— Provisión de plazas en Centros e Instituciones para iniciar programas de formación de Farmacéuticos Especialistas en el año 1984. O. de 26-12-83 de Presidencia del Gobierno. B.O.E.: 4 de 05-01-84, págs. 261-267

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 1 a 4 (del 1 al 28 enero 1984) y 1 a 4 (del 2 al 29 enero 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Fiebre Tifoidea		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Escarlatina		Sifilis	
		1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984		
NOROESTE	61.521	1	4	3	1	0	18	32	422	2	4407	329	0	0	1	5	63	2	6	1	3	0	0	1	0	0	0	3	2	0	3	4	0	1	
ALTIPLANO	45.970	2	0	1	2	1	5	20	182	0	5452	96	0	2	1	19	88	4	0	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	1	0
LORCA	110.866	0	5	1	0	1	27	6	115	1	4070	540	0	0	0	3	158	6	19	1	0	9	0	0	2	0	0	0	0	2	5	4	0	0	
CARTAGENA	238.201	1	1	1	9	5	73	91	303	3	10967	997	7	6	4	64	58	15	8	12	8	30	4	1	1	0	0	11	3	0	0	8	6	1	0
MULA	21.839	0	0	1	1	1	1	1	42	0	1718	19	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	0	0	1	2	0	23	3	390	0	2168	516	0	2	0	24	2	13	3	0	0	0	2	0	0	0	0	5	12	0	1	1	5	0	1
CIEZA	47.996	0	0	0	1	0	11	2	115	4	1830	230	2	4	1	6	49	6	0	1	0	4	40	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0
MOLINA	76.645	2	0	3	0	3	9	28	318	1	4398	1350	6	1	0	6	108	8	18	5	5	6	0	0	1	0	0	7	5	0	7	5	14	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	0	0	0	0	1	50	19	100	0	1783	262	0	0	1	12	24	12	0	0	0	0	5	1	0	0	0	12	0	0	0	5	1	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	3	2	0	3	13	89	176	1022	9	3045	2919	0	4	5	25	87	48	68	12	6	6	17	18	3	0	0	10	6	0	4	17	2	4	
TOTAL REGION	955.215	0,1	9	4	11	15	27	13	306	378	3009	20	44778	7258	16	19	116	122	28	28	28	64	69	21	7	0	0	55	29	2	10	42	55	4	6

(1) Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

