



**S** **a** **L** **D**  
**U** )

---

**PROPUESTA DE OBJETIVOS**

DOCUMENTO DE TRABAJO / SEPTIEMBRE 1992

---

# **PROPUESTA DE OBJETIVOS**

**DOCUMENTO DE TRABAJO / SEPTIEMBRE 1992**

NOTA: Se agradecerá cualquier aportación al documento, que debe dirigirse a:

Servicio Murciano de Salud  
Servicio de Planificación y Evaluación  
Ronda de Levante, 11  
30008 MURCIA  
Telf. 968/ 36 22 46  
Fax 968/ 24 66 12

## INDICE

PRESENTACION .....	5
1. METODOLOGIA .....	7
2. OBJETIVOS RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE SALUD .....	19
• Enfermedades cardiovasculares .....	25
• Cáncer .....	29
• Diabetes .....	33
• Salud mental .....	35
• Enfermedades congénitas y metabolopatías .....	41
• Discapacidades, deficiencias y minusvalías .....	45
• Salud bucodental .....	47
• E.P.O.C. ....	49
• Insuficiencia renal .....	51
• Trastornos músculo-esqueléticos.....	53
• E.T.S., S.I.D.A. y Hepatitis B.....	55
• Enfermedades susceptibles de vacunación .....	61
• Tuberculosis .....	65
3. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA .....	69
• Consumo de tabaco .....	73
• Consumo de alcohol.....	75
• Consumo de otras drogas.....	79
• Alimentación.....	83
• Actividad física.....	87
4. OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE .....	89
• Aire .....	93
• Aguas.....	99
• Residuos .....	103
• Higiene de los alimentos .....	107
• Antropozoonosis .....	111
• Salud laboral .....	113
• Accidentes de tráfico .....	119
• Accidentes infantiles .....	121
5. OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO .....	123
• Organización general .....	127
• Atención primaria .....	131
• Asistencia especializada.....	139
• Coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada.....	145
• Sistemas de información .....	155
• Garantía de calidad .....	157
• Docencia .....	159
• Investigación.....	167
• Participación comunitaria.....	173
6. OBJETIVOS 1993-96.....	179
7. ANEXO .....	205

## **PRESENTACION**

El documento que se presenta a debate contiene la propuesta de objetivos a alcanzar en el Plan de Salud de la Región de Murcia (1993-1996).

El informe se ha organizado de modo que contiene los aspectos más relevantes del Análisis de Situación presentado en mayo de 1992 y puede ser estudiado sin recurrir al primer documento de trabajo.

Las dificultades ya señaladas en el Análisis de Situación en relación a la disponibilidad y calidad de la información se hacen más patentes en la elaboración de objetivos, debido a los problemas metodológicos para cuantificar en términos de salud el impacto de las medidas propuestas, así como la asignación de recursos a las distintas actividades. Debido a ello gran número de objetivos están en relación con la organización y puesta en marcha de acciones de probada eficacia, pero que no producirán efectos medibles en el nivel de salud en un plazo de sólo 4 años.

Las propuestas de objetivos han surgido de la armonización de los informes presentados por los expertos con los principios rectores y la metodología de elaboración del Plan. La necesidad de elaborar un documento útil para el debate de un Plan estratégico ha obligado en muchos casos a globalizar las propuestas, y a presentarlas de forma coherente con las realizadas por diferentes grupos, sobre problemas que han sido abordados desde distintos puntos de vista.

En muchos casos, la labor realizada por los grupos de expertos ha sobrepasado el nivel necesario para esta fase y se han diseñado borradores de programas de actuación que constituyen una sólida base para la continuidad del proceso una vez sea aprobado el Plan de Salud.

El documento, en su conjunto, refleja adecuadamente la situación del nivel de salud y del sector sanitario en nuestra Región, y a partir de él será el debate social y político el que determine cuáles son los objetivos que se van a asumir y los recursos que se van a destinar a la tarea de mejorar el nivel de salud de los murcianos.

# **1. METODOLOGIA**

## **METODOLOGIA**

### **PRINCIPIOS RECTORES**

El Plan de Salud de la Región de Murcia es un instrumento de Planificación, entendida ésta como un proceso continuo de previsión de los recursos y de los servicios, requeridos para alcanzar objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, escogiendo las soluciones óptimas entre varias alternativas.

Al mismo tiempo el Plan va a ser la *expresión de la Política de Salud* de la Región y su propósito último es convertirse en una *guía para la acción*.

### **Aspectos normativos**

La Ley General de Sanidad establece que el Plan Integrado de Salud recogerá en un documento único los Planes Estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos de acuerdo con los Criterios Generales de Coordinación Sanitaria elaborados por el Gobierno.

Estos Criterios Generales de Coordinación Sanitaria fueron aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial en 1989.

El Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, establece el procedimiento y los plazos para la formulación de los Planes Integrados de Salud así como el esquema básico que deben incluir los mencionados planes.

### **Salud para todos en el año 2000**

El Plan debe ser la adaptación a nuestro medio de la estrategia regional europea de la O.M.S. de "Salud para Todos en el año 2000". La estrategia, aprobada en 1980 y posteriormente asumida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene como propósito definir "las condiciones que deben cumplirse para que las personas gocen de buena salud ... las mejoras que pueden lograrse... y proponer las acciones oportunas para asegurar que estas mejoras puedan conseguirse". Los ejes básicos de esta estrategia se resumen a continuación.

- El concepto de Salud para Todos lleva implícito el de igualdad en el acceso a la salud. Es decir, será preciso reducir al mínimo las desigualdades actuales entre los países y dentro de cada uno de ellos.
- Se trata de dar a las personas una idea positiva de la salud y permitirles así utilizar plenamente sus condiciones físicas, mentales y afectivas. Se pondrá especial énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades.
- La Salud para Todos es un tema que tiene que alcanzarse por los propios individuos. Una comunidad participando activamente, bien informada y bien motivada, es un elemento fundamental en la realización del objetivo común.

- La Salud para Todos exige la acción coordinada de todos los sectores afectados. Las autoridades sanitarias no pueden tratar de resolver nada más que una parte de los problemas; solamente con la cooperación multi-sectorial se podrán lograr las condiciones previas de la salud, promover las políticas favorables para la salud y reducir los riesgos presentes en el medio ambiente físico, económico y social.

- El sistema de salud deberá dedicar especial interés a la Atención Primaria de Salud, de forma que se cubran las necesidades sanitarias fundamentales de cada comunidad por medio de servicios situados cerca de los lugares de residencia y de trabajo de las personas, que sean accesibles y aceptables para todos y que se apoyen en una participación comunitaria total.

Sobre estas líneas básicas el Comité Regional para Europa adoptó 38 objetivos específicos y una lista preliminar de indicadores que fue revisada en el bienio 1985-86.

### **Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud**

Los Ministros del Medio Ambiente y de Sanidad de los Estados Miembros de la Región Europea de la O.M.S., reunidos en Frankfurt en diciembre de 1989 adoptaron la Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud acordando considerar los principios y las estrategias que se establecen en dicha Carta como un firme compromiso de acción, debiendo prestar especial atención a las siguientes cuestiones de urgencia relacionadas con el medio ambiente y la salud:

- Las perturbaciones globales del medio ambiente, como la destrucción de la capa de ozono y el cambio climático.

- Un desarrollo, una planificación y una renovación de las ciudades, que protejan la salud y promuevan el bienestar.

- Suministros de agua potable seguros y adecuados según las directrices de la O.M.S. sobre la calidad del agua potable, conjuntamente con una eliminación higiénica de los residuos para todas las comunidades urbanas y rurales.

- La calidad del agua, en relación con las aguas superficiales, subterráneas, costeras y recreativas.

- La seguridad microbiológica y química de los alimentos.

- El impacto en el medio ambiente y la salud de las diferentes opciones de energía, el transporte, especialmente el transporte por carretera y las prácticas agrícolas, incluyendo el uso de los fertilizantes y los pesticidas, y la eliminación de residuos.

- La calidad del aire, en base a las directrices de la O.M.S., especialmente en relación con los óxidos de azufre y de nitrógeno, los oxidantes fotoquímicos y los compuestos orgánicos volátiles.

- La calidad del aire en interiores, incluyendo los efectos del radón, del fumador pasivo y de los productos químicos.
- Los productos químicos persistentes y aquellos que causan efectos crónicos.
- Los residuos peligrosos, incluyendo su control, transporte y eliminación.

A la hora de abordar estas prioridades, se debe tener en cuenta la importancia de la planificación ambiental intersectorial y el control comunitario de cara a generar un óptimo nivel de salud y bienestar. Así mismo, la Carta Europea considera que la promoción de la salud debe ser añadida a la protección de la salud al objeto de inducir la adopción de estilos de vida saludables en un medio ambiente limpio y armonioso.

### **Criterios Generales de Coordinación Sanitaria**

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estableció que los Planes de Salud deben estar orientados al cumplimiento de una serie de criterios que perseguían los siguientes objetivos generales:

- Extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población.
- Orientar prioritariamente los medios y actuaciones del sistema sanitario a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- Estructuración funcional del Sistema Nacional de Salud e integración de todas las acciones sanitarias dentro de una concepción integral del sistema sanitario.
- Garantía de la calidad de los servicios prestados por el sistema sanitario.
- Desarrollo de los sistemas de información sanitaria necesarios para la planificación, gestión y evaluación del sistema sanitario.
- Potenciar la cooperación intersectorial.
- Garantizar y potenciar la información del usuario y la participación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud.
- Priorización de la investigación en Ciencias de la Salud en función de la Política Nacional de Investigación y la Política Nacional de Salud.

### **Perfil del Plan**

El Plan de Salud se orienta fundamentalmente con un enfoque de planificación de la salud basado *en las necesidades de salud* de la población y tiene como finalidad la modificación de los determinantes del nivel de salud.

Se sitúa en un *nivel estratégico* y por tanto debe establecer las grandes líneas que deberán ser desarrolladas por las estructuras correspondientes tanto dentro como fuera del sector sanitario.

De acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad y en el R.D. 938/1989 el Plan de Salud de cada comunidad Autónoma deberá ser *comprendivo* de todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud. Esto supone que el Plan debe contemplar todas las acciones que son competencia de la Comunidad Autónoma en exclusiva o compartidas con la Administración Central (Comisión de Atención Primaria, Salud Mental, Hospitales...).

La aceptación del *marco conceptual* que establece el nivel de salud como variable dependiente de distintos factores condicionantes (biológicos, ambientales, estilos de vida y sistema de cuidados de la salud), orienta el desarrollo del Plan de forma que prevea la incorporación paulatina desde su formulación de otros actores sociales y especialmente los que tienen relación con el medio ambiente, la alimentación y los servicios sociales.

La estrategia a seguir debe ir encaminada a inspirar las actuaciones de los diferentes sectores incluyendo el componente salud como prioritario a la hora de definir planes específicos.

## **METODO**

El éxito del Plan se fundamenta en conseguir el mayor grado de participación posible a lo largo del proceso de su elaboración, implicando tanto a las administraciones con competencias en salud, como a otros sectores relacionados con ella.

Dada la actual delimitación de competencias en materia de salud, se estableció un grupo de trabajo mixto INSALUD-Consejería de Sanidad como núcleo de elaboración del Plan.

La participación de la Administración Regional se ha articulado en torno a la Comisión Interdepartamental. Esta Comisión tiene como objetivo prestar el soporte y la colaboración necesaria para la elaboración del Plan de Salud y en ella están representadas todas las Consejerías de la Administración Regional.

La responsabilidad técnica de dicha elaboración recayó en el Servicio Murciano de Salud, que, a su vez, coordinó los recursos humanos de los distintos organismos implicados. El proceso se articuló en tres fases sucesivas: La realización de un análisis de situación y la identificación de los problemas de salud de la Región, la propuesta de objetivos y, finalmente, el debate social. Al mismo tiempo, se estableció un calendario de trabajo que se inició en enero de 1992 y que pretende conseguir que el Plan se apruebe antes de finalizar este año.

## **Análisis de situación e identificación de problemas**

Esta fase, que ocupó los primeros cuatro meses del año, se orientó a la obtención de un documento de trabajo sobre la situación de salud de la Región de Murcia. Dicho documento debería identificar los problemas de salud y, en un intento de aproximación a las desigualdades existentes, su distribución entre los diferentes grupos de población y Áreas de Salud, realizando una comparación con el resto del Estado o los países de nuestro entorno.

El esquema metodológico para la realización del análisis de situación se basó en el Modelo Lalonde, en el cual los determinantes de salud (biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema de cuidados) condicionan el Nivel de Salud de la población medido en términos de mortalidad y morbilidad.

Para su elaboración se crearon siete grupos de trabajo formados por un total de 19 profesionales de la salud. Estos grupos realizaron un informe sobre el tema que se les asignó que incluía un listado con los problemas de salud detectados. La selección de los miembros de cada grupo se realizó teniendo en cuenta el que, por su trabajo, fuesen conocedores del tema y manejasen la mayor cantidad posible de información sobre él. Los grupos creados fueron:

- Demografía y Aspectos Socioeconómicos
- Medio Ambiente
- Atención Primaria
- Atención Especializada
- Docencia e Investigación
- Educación para la Salud y Participación Comunitaria
- Nivel de Salud

A partir de los informes presentados se extrajo un primer listado de 220 problemas. Para su validación se organizaron unas jornadas de trabajo en las que participaron profesionales de la Consejería de Sanidad e INSALUD, que, organizados en distintos grupos y siguiendo criterios de pertinencia, suficiencia y homogeneidad, llegaron a un acuerdo de consenso que contenía los 53 problemas que a continuación se indican:

### **Problemas de Salud**

- Enfermedades Cardiovasculares.
- Cáncer de Pulmón, Bronquios y Tráquea.
- Cáncer de Mama.
- Cáncer de Cuello Uterino.
- E.P.O.C.
- Diabetes Mellitus.
- Trastornos Músculo-Esqueléticos.
- Enfermedades Vacunables.
- Gripe.
- Hepatitis B.

- Metabolopatías y Enfermedades Genéticas.
- Tuberculosis.
- Antropozoonosis.
- Caries.
- Enfermedades de Transmisión Hídrica.
- Toxiinfecciones Alimentarias.
- S.I.D.A.
- Otras Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Accidentes de Tráfico.
- Accidentes Laborales.
- Enfermedades Profesionales.
- Psicosis.
- Trastornos Neuróticos.
- Demencia Senil.
- Insuficiencia Renal.
- Discapacidades y Minusvalías.

### **Problemas relacionados con el Medio Ambiente**

- Contaminación Atmosférica.
- Contaminación de las Aguas.
- Gestión de Residuos Urbanos, Industriales, Tóxicos y Peligrosos.
- Uso Inadecuado de Plaguicidas.
- Higiene de los Alimentos.

### **Problemas relacionados con los Estilos de Vida**

- Consumo de Tabaco.
- Consumo de Alcohol.
- Consumo de Otras Drogas.
- Ocio y Actividad Física.
- Hábitos de Alimentación.

### **Problemas relacionados con el Sistema Sanitario**

- Coordinación de las Administraciones Sanitarias.
- Gasto Sanitario Inferior a la Media Nacional.
- Garantía de Calidad.
- Promoción de Salud y Salud Ambiental en Atención Primaria.
- Baja cobertura del Nuevo Modelo de Atención Primaria.
- Necesidad de Camas de Agudos y Recursos Humanos en las Areas I y II.
- Organización de Consultas Externas y Facultativos Especialistas.
- Atención Continuada y Urgente.
- Organización de la Atención en Salud Mental.
- Rehabilitación.
- Diagnóstico por Laboratorio.
- Diagnóstico por Imagen.
- Atención a la Mujer.

- Participación de la Comunidad.
- Formación.
- Investigación en Salud.
- Sistemas de Información.

Teniendo como guía estos problemas, y a partir de la información aportada, se redactó el Análisis de Situación que, como documento de trabajo, se publicó en abril de este año.

**Propuesta de objetivos**

Esta fase se inició en el mes de mayo y culmina con la publicación de este documento que, aún teniendo en cuenta su carácter de borrador, es una guía que debe orientar la elaboración de los presupuestos para 1993.

El objetivo de esta fase consiste en profundizar en el análisis de situación de los problemas de salud y proponer objetivos y estrategias alternativas de intervención frente a ellos.

Para ello, los 53 problemas se agruparon, siguiendo como criterio principal la existencia de estrategias de intervención comunes, en 34 apartados. Ante la existencia de propuestas de intervención suficientemente consensuadas, bien por la literatura científica existente o por la existencia de algún grupo de trabajo funcionando con anterioridad a la elaboración del Plan de Salud, 6 de ellos se sometieron a informe y los 28 restantes se trataron por grupos de expertos establecidos al efecto.

Los informes emitidos se referían a Enfermedades Susceptibles de Vacunación, Tuberculosis, Caries, Rehabilitación, Metabolopatías y Enfermedades Congénitas. Los grupos de expertos creados fueron los siguientes:

- Enfermedades Cardiovasculares.
- Cáncer.
- E.P.O.C.
- Diabetes Mellitus.
- Trastornos Músculo-esqueléticos.
- Antropozoonosis.
- S.I.D.A., Hepatitis B y otras E.T.S.
- Accidentes de Tráfico.
- Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales.
- Accidentes Infantiles.
- Salud Mental.
- Insuficiencia Renal.
- Discapacidades y Minusvalías.
- Aire.
- Aguas.
- Gestión de Residuos Urbanos, Industriales, Tóxicos y Peligrosos.
- Higiene de los Alimentos.
- Promoción de Estilos de Vida Saludables.

- Atención de Drogodependencias.
- Atención Continuada y Urgente y Transporte Sanitario.
- Diagnóstico por Laboratorio.
- Diagnóstico por Imagen.
- Participación Comunitaria.
- Formación.
- Investigación en Salud.
- Garantía de Calidad.
- Organización de la Asistencia Especializada.
- Organización General del Sector Salud.

Con la pretensión de que cada grupo en su conjunto reflejara las diferentes posiciones y/o puntos de vista sobre el problema, su composición se estableció a través de una matriz de trabajo en la que se valoraron la categoría profesional, el nivel de atención, la administración sanitaria de procedencia y la presencia de otras administraciones, así como de asociaciones de consumidores y de afectados.

Los participantes se designaron a título individual en su calidad de conocedores del tema a tratar y procurando dotar a cada grupo del mayor carácter multidisciplinario e intersectorial posible. El número de miembros de cada grupo se estimó, por criterios de operatividad, en seis y en cada uno de ellos se designó a un coordinador con el fin de hacer lo más ágil posible la relación entre estos y el equipo responsable de la redacción del Plan.

Se cursó invitación escrita a 188 expertos donde, tras una breve presentación del Plan, se solicitaba su participación en el proceso, exponiendo el calendario de trabajo y requiriendo la remisión de una ficha de identificación como confirmación de su aceptación. En 14 casos (7,4%) no se obtuvo respuesta o excusaron su participación, por lo que se procedió a su sustitución.

Según el sector de procedencia el 43,2% pertenecían a INSALUD, el 27,6% a la Consejería de Sanidad, el 9,2% a otras Consejerías, el 4,3% a la Administración Local, el 4,3% a Asociaciones Ciudadanas y el 11,4% restante se repartían entre diversas instituciones. Teniendo en cuenta la profesión, la mayoría de ellos eran médicos (63,7%), seguidos de los enfermeros (8,8%), veterinarios (4,1%) e ingenieros (3,5%). El resto, un 20,0%, pertenecía a 15 profesiones diferentes.

Los grupos fueron constituidos los días 20 y 21 de mayo y debían entregar un informe antes del día 12 de junio, en el que se aportase información útil para la elaboración de la propuesta de objetivos del Plan de Salud. El informe final contenía una parte de profundización en el problema o grupo de problemas de salud y otra de objetivos y estrategias para su abordaje.

Para definir los problemas se analizaron aspectos relacionados con la descripción de la población afectada, su transcendencia sanitaria, social, cultural y económica, su evolución previsible y los aspectos vulnerables.

Los objetivos propuestos deberían alcanzarse en el período de vigencia del Plan (1993-1996) y en su elaboración se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Deben corresponder a aspectos vulnerables del problema.
- Los objetivos deben ser evaluables y, a ser posible, cuantificables.
- Se definirán de forma concreta y concisa, debiendo ser alcanzables.
- Se estructurarán en forma de objetivos de promoción, de protección, de cuidados y de apoyo.

Las estrategias para la consecución de los objetivos tendrían en cuenta las características de la población diana, su área territorial y grupo social, su edad y sexo, su factibilidad legal, organizativa, económica y cultural e incluiría actividades de formación, investigación y las necesidades de sistemas de información.

Para facilitar su trabajo se les proporcionó documentación de apoyo y se ofertó la posibilidad de realizar búsquedas bibliográficas, así como la infraestructura necesaria (salas de reuniones, fotocopias, personal administrativo, etc.). Para la elaboración del documento final se concentraron todos los grupos de expertos en un hotel de la Región durante los días 10, 11 y 12 de junio.

El desarrollo del trabajo de los expertos se evaluó mediante un cuestionario anónimo que contenía 14 preguntas cerradas con una escala de 1 a 10 y tres abiertas.

Todos los grupos finalizaron y entregaron los informes correspondientes en la fecha prevista. A partir de ellos, tras diversas consultas con los grupos de expertos, y teniendo en cuenta los principios rectores del Plan así como la opinión de las administraciones, instituciones y sectores responsables de su puesta en marcha, se ha elaborado esta Propuesta de Objetivos del Plan de Salud de la Región de Murcia.

### **Debate Social**

El documento sobre Propuesta de Objetivos del Plan de Salud de la Región de Murcia será difundido a lo largo de la segunda quincena del mes de septiembre, al objeto de propiciar un amplio debate social que enriquezca su contenido.

Además del grupo de trabajo mixto INSALUD-Consejería de Sanidad y de la Comisión Interdepartamental, en este debate, se implicará de forma importante el Consejo de Salud de la Región de Murcia como órgano consultivo y de participación que, bajo la presidencia de la Consejería de Sanidad, integra a la Dirección Territorial de INSALUD, la Administración Autonómica, la Federación de Municipios, la Universidad, los Colegios Profesionales, Socie-

dades Científicas, las Asociaciones Ciudadanas y las Organizaciones Sindicales y Empresariales.

Con el resultado del debate se elaborará el documento que, una vez aprobado por el Consejo de Gobierno, se convertirá en el eje de las actuaciones sobre salud en la Región de Murcia durante los próximos cuatro años.

## **2. OBJETIVOS RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE SALUD**



**OBJETIVOS  
RELACIONADOS CON  
PROBLEMAS DE  
SALUD**

En 1988 Murcia contaba con una población de derecho de 1.035.736 habitantes (92 hab./Km<sup>2</sup>) distribuidos en 6 Areas de Salud con 45 municipios, siendo los más poblados Murcia capital con 314.124 hab., seguido por Cartagena con 172.710 hab. y por Lorca con 66.437 hab.

Por sexo la población masculina representa el 49,36% del total. La distribución porcentual por edades y Areas de Salud para 1989 aparece en la tabla 2.1, donde podemos apreciar el Area IV y el Area I con la población más vieja y joven respectivamente.

**TABLA 2.1.** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y AREAS DE SALUD. REGION DE MURCIA 1989

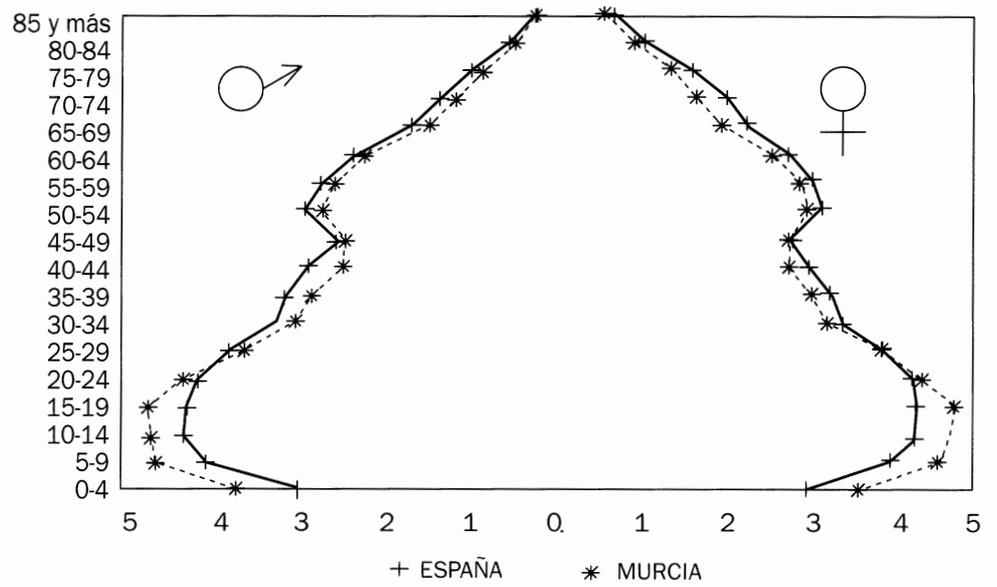
	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI	T. Región
0-14	25,5	25,4	24,7	22,3	27,0	26,3	25,3
15-64	64,3	64,1	63,0	63,9	60,7	63,1	63,7
65 y más	10,2	10,5	12,3	13,8	12,3	10,6	11,0
Total	100	100	100	100	100	100	100

**Fuente:** Inventario de Recursos en Atención primaria. Consejería de Sanidad 1990.

Al igual que sucede en España, la Región de Murcia camina hacia una nueva estructura de edades donde los grupos intermedios de la población (15 a 64 años), van a ir aumentando su peso específico en detrimento del grupo de 0-14 años. El descenso de este último grupo es, no obstante, mucho menos acusado que en España. Contrariamente, el grupo de 65 y más años verá crecer su peso específico, elevándose de un 10,2% en 1981 a un 13,4% en el 2000, aunque por debajo de la media española en casi dos puntos. Todo lo anteriormente expuesto se pone de manifiesto al analizar las pirámides de población (gráficas 2.1., 2.2. y 2.3.), apreciándose al observar las de Murcia, el cambio del tipo piramidal (1981) a campana (2000), debido a la disminución de la natalidad y progresivo envejecimiento de la población, que conlleva asimismo un incremento de la población femenina en las edades avanzadas por su mayor esperanza de vida, que para el año 1989 en Murcia era de 73,3 años para los hombres y 79,5 para las mujeres.

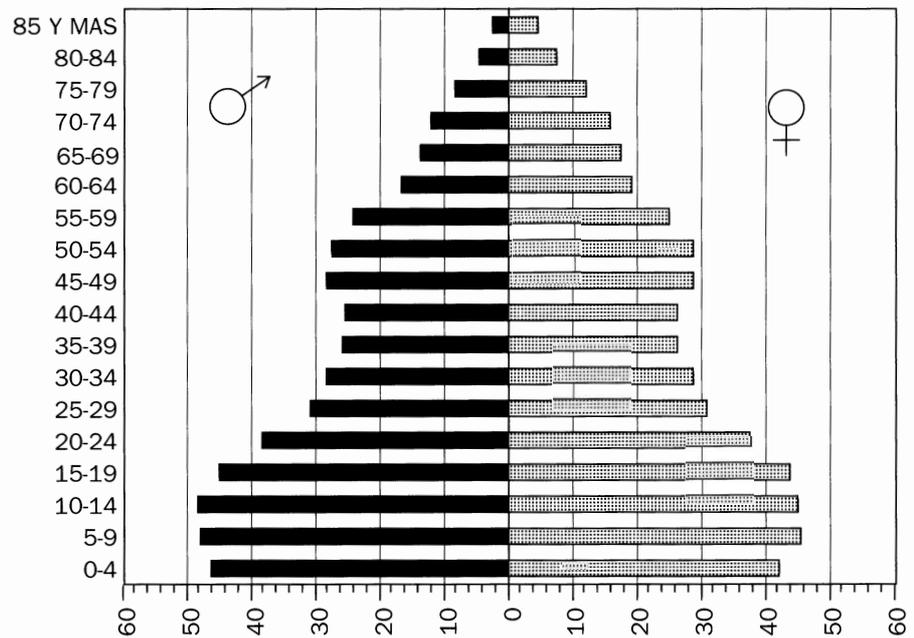
En cuanto a la natalidad, la Región de Murcia presenta, al igual que España, una tendencia decreciente del número de nacimientos desde finales de los años 70, que en 1978 suponían para Murcia una tasa de natalidad de 21,39 por 1.000 para pasar a tener en 1986 una tasa de 14,23, siendo estas cifras de 18,85 y 11,23 por 1.000 respectivamente para España.

**GRAFICA 2.1.** PIRAMIDE DE POBLACION MURCIA/ESPAÑA. 1986



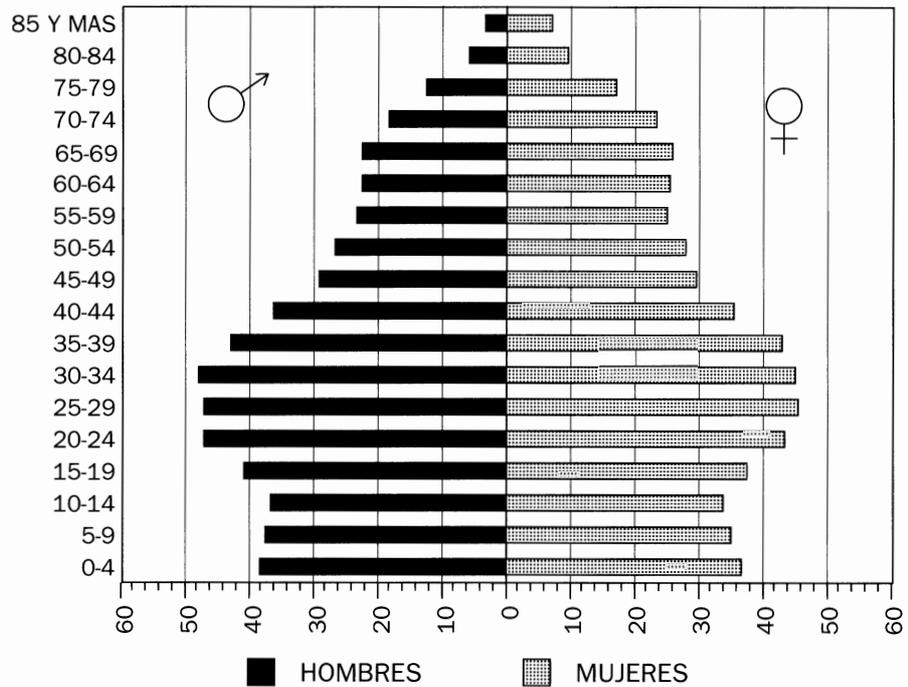
Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 1986. Poblacion en %

**GRAFICA 2.2.** PIRAMIDE DE POBLACION REGION DE MURCIA. 1981



Fuente: INE 1981. Poblacion en Miles

**GRAFICA 2.3. PIRAMIDE DE POBLACION REGION DE MURCIA. 2000**



Fuente: INE 1981. Base Censo 1981. Población en Mlles

La evolución de la mortalidad ha supuesto, al igual que en el caso de la natalidad, un continuo decrecimiento pasando, en tasas por mil, de 8'81 en 1975 a 7'86 en 1986, caso similar al nacional que pasa en las mismas fechas de 8'4 a 7'92. Aunque las tasas de Murcia son inferiores a las nacionales, al estandarizarlas por edad se invierte la relación y pasa la Región a tener un exceso significativo de muertes de 8'6%.

La Región de Murcia presenta unas tasas de crecimiento vegetativo prácticamente el doble de las nacionales (6,62 VS 3,73 para 1985) que para el año 1988 supuso en números absolutos un incremento de 6.163 personas. La variación intrarregional de ese crecimiento es alta estando los extremos en la comarca del Mar Menor con 10,59 y, Noroeste con 3,41, situándose la media en 6,16 por mil.

Se puede afirmar, por tanto, que la Región de Murcia presenta una estructura de población estacionaria con perspectivas de una clara tendencia al envejecimiento de la población, sobre todo en algunas Areas de la Región, si bien este envejecimiento se verá retardado por el importante peso que actualmente representa el numeroso grupo de edad comprendido entre los 15-24 años y las repercusiones que consecuentemente tendrá sobre la natalidad que, aunque en progresivo descenso, mantiene unas tasas por encima de la media nacional. Si a esto se une que, debido a la estructura de

edad de la población murciana, la mortalidad bruta es inferior a la media española, se comprenderá que el crecimiento vegetativo sea prácticamente el doble que el nacional.

A continuación se describen someramente los problemas de salud identificados en el Análisis de Situación y los Objetivos que se proponen para el período 1993-1996.

## **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad de la Región de Murcia, con más del 41% del total de muertes producidas en 1989 y casi una de cada dos muertes en el grupo de mayores de 65 años. Por sexo, aunque siguen siendo el primer gran grupo de enfermedades causantes de mortalidad, varía su porcentaje sobre el total de muertes con mayor peso en las mujeres (48,7%) que en los hombres (35,8%). Las tasas por cien mil habitantes se sitúan en valores de 330,5 para el total de población, 298,6 para hombres y 361,5 para mujeres, con una sobremortalidad respecto a España en el año 1987 de un 6,1%.

Son la tercera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (A.P.V.P.), tras Causas Externas y Tumores y consumen el 15,2% del total de A.P.V.P. de la Región, cuyo valor absoluto se sitúa en los 6.249 años. Es importante resaltar que este indicador muestra la mayor prematuridad en la mortalidad de hombres que de mujeres, pues a pesar de tener los primeros una menor tasa de mortalidad, el porcentaje de A.P.V.P. que les corresponde sobre el total llega al 70,7%.

El grupo de enfermedades cerebrovasculares es la entidad que aisladamente produce una mayor mortalidad cardiovascular, alrededor del 40%, con especial incidencia en mujeres (43,7% de la mortalidad cardiovascular se debió a enfermedades cerebrovasculares en mujeres frente al 37,4% de hombres).

Las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la segunda gran causa de mortalidad cardiovascular en nuestra Región, con una tasa de 83,6 por cien mil habitantes para el año 1989. De entre ellas destaca el infarto agudo de miocardio, que afecta al doble de hombres que mujeres y es la primera causa de muerte de los primeros.

La evolución temporal de la mortalidad cardiovascular para el período 1975-82 muestra que, mientras en España la tendencia era decreciente, en Murcia sólo lo era para las mujeres, a expensas principalmente de la disminución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.

Este grupo de enfermedades conlleva secuelas médicas y sociolaborales con un alto coste económico, personal y social. Se estima que sólo un 40% de los pacientes que han sufrido un episodio agudo de cardiopatía isquémica se reintegran a su actividad laboral normal. Es por tanto que la elevada prevalencia, morbi-mortalidad y coste socio-económico que representan, justifica la elaboración de estrategias de intervención para mejorar la prevención primaria y secundaria y la asistencia médica integral a estos pacientes.

### **Factores de riesgo**

Son conocidos los factores de riesgo que inciden sobre la patología cardiovascular, de entre los que destaca el tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo.

Respecto al primero de ellos, el hábito tabáquico es directamente responsable de una importante producción de muertes por enfermedades cardiovasculares. La mayor parte de las evidencias sobre el papel causal del tabaco han demostrado que fumar dobla la incidencia de la enfermedad coronaria y también su mortalidad. Además, existe una clara relación dosis-respuesta entre número de cigarrillos fumados y riesgo de enfermedad coronaria. Por otro lado, el riesgo de infarto en ex-fumadores decrece a su vez rápidamente tras el cese del hábito, hasta el punto de alcanzar, después de dos a cinco años, niveles similares a aquellos de personas que nunca han fumado. Las estimaciones más favorables sobre la reducción del riesgo de infarto de miocardio asociadas a la cesación del hábito se sitúan entre un 50-70%, es decir, el abandono del hábito tabáquico es la medida que, aisladamente, mayor impacto tiene en la reducción del riesgo de infarto tras 5 años de cese.

Dejar de fumar, sin embargo, es un proceso difícil y complejo, aunque la mayoría de los fumadores han tratado alguna vez de hacerlo. Un punto importante es la situación de los profesionales de la salud con porcentajes de fumadores que en la Región superan en 20 puntos a la población general, tanto más grave si se tiene en cuenta el “rol ejemplar” que tienen asignado.

En lo referente a la Hipertensión Arterial como factor de riesgo, diversos estudios de cohortes han demostrado que la presión arterial elevada está asociada de una forma positiva e independiente con el riesgo de accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio y, en general, mortalidad por todas las causas vasculares. La mejor estimación del efecto del control de la tensión arterial sobre el riesgo cardiovascular sitúa en un 2-3% de reducción de riesgo por cada m/m de Hg de reducción obtenida en la tensión diastólica.

La prevalencia de la Hipertensión arterial en población adulta de la Región puede oscilar alrededor del 20%. Frente a esto, sólo el 57% de los Equipos de Atención Primaria tienen programas acreditados de atención a la hipertensión, lo que indirectamente puede sugerir la magnitud de pacientes que, o no están diagnosticados, o su control puede no ser el más adecuado.

Datos bastante concordantes con la hipertensión parecen observarse en la hipercolesterolemia ya que, a la relación positiva y consistente entre el nivel de colesterol sérico y el riesgo de enfermedad cardiovascular, se unen las estimaciones sobre reducción de riesgo. Un 1% de reducción en el nivel sérico de colesterol total de una persona conlleva un 2-3% de reducción en el riesgo de enfermedad coronaria. En la Región es un factor de riesgo de especial consideración, al haber sido puesto de manifiesto en un reciente estudio, una ingestión de lípidos superior a la recomendada con un alto consumo de ácidos grasos saturados (sobre todo colesterol entre hombres jóvenes).

Los datos son bastante más contradictorios en lo referente a la influencia directa de la obesidad sobre las enfermedades coronarias, pero es conocido su efecto directo sobre otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión y anormalidades lipídicas) y su asociación con el desarro-

llo de aterogénesis. Como factor de riesgo, la tendencia general en los países más desarrollados sobre la proporción de personas adultas con sobrepeso es claramente ascendente.

Finalmente, la diabetes mellitus (ver apartado específico) cuya influencia está fuera de toda duda, y el sedentarismo que debería considerarse un importante y modificable factor de riesgo cardiovascular, completa el conjunto de factores sobre los que intervenir en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

Del análisis de los recursos del sistema sanitario de la Región destinados a estos procesos, se deduce que el número de medios diagnósticos en general, o son insuficientes (ecocardiografía en los H. Arrixaca y General) o están infrautilizados (ergometría y Holter) lo que conlleva una prolongación de la estancia media. Se desprende, asimismo, una falta de coordinación entre los niveles asistenciales que provoca retrasos en el diagnóstico, actuaciones inconexas y utilización de recursos de forma inadecuada.

Además de los objetivos propuestos para el control de los factores de riesgo que inciden sobre la patología cardiovascular en otros apartados del Plan, se proponen los siguientes:

**OBJETIVO 1. En el año 1994 el 90% de los Equipos de Atención Primaria tendrán en marcha programas sobre hipertensión arterial, siguiendo las líneas del consenso para el control de la hipertensión arterial en España.**

**OBJETIVO 2. En el año 1996 el 50% de los Equipos de Atención Primaria desarrollarán programas de intervención que permitan la reducción y el mantenimiento del peso a niveles deseables y promuevan una dieta equilibrada.**

**OBJETIVO 3. Para 1995 se promoverá entre los profesionales sanitarios la adopción de las medidas propuestas para el consenso sobre el colesterol, y se desarrollarán protocolos de control del colesterol sérico total que incluyan en lugar preferente la dieta y complementariamente la medicación.**

**OBJETIVO 4. Mejorar la calidad asistencial de los enfermos cardiovasculares durante el período 1993-96.**

**4.1.** Elaboración de protocolos de actuación que definan las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y Especializada y los cauces adecuados de derivación entre ellos.

**4.2.** Incrementar los recursos en medios diagnósticos y en cirugía cardíaca y cirugía vascular periférica que permitan una atención correcta y en tiempo adecuado en la Región.



## **CANCER**

La incidencia y mortalidad por cáncer es un problema de salud relevante tanto por su magnitud como por la existencia de medidas de prevención primaria y de diagnóstico precoz que pueden ser aplicadas.

El cáncer es la segunda causa de muerte en la Región y la primera para el grupo de edad de 15 a 64 años. El número total de muertes que produjo en 1989 fue de 1.716, con una tasa por cien mil habitantes de 164,0, lo que supone el 20,9% de todas las muertes.

Fue el causante para la misma fecha de 11.101 Años Potenciales de Vida Perdidos, el 27,1% del total de A.P.V.P. de la Región, lo que le convierte en la segunda causa de importancia después de Causas Externas. Por sexos, le corresponde a hombres un mayor porcentaje de A.P.V.P. (56,7%) que a mujeres (43,3%).

En 1987-88 se registraron 2.906 casos nuevos en hombres y 1979 en mujeres (3.549 y 2.463 respectivamente, si se incluyeran los cánceres de piel). La tasa de incidencia ajustada por edad es de 239,7 por cien mil en hombres y 140 en mujeres. Al comparar el período 1983-85 con el de 1987-88 se observa un aumento en la incidencia para la mayoría de las localizaciones, con excepciones como el cáncer de estómago, que desciende en su incidencia para ambos sexos.

Territorialmente, la mortalidad por cáncer de pulmón, vejiga y próstata es superior en el municipio de Cartagena comparado con el municipio de Murcia y con la media regional. La incidencia, que se considera un indicador más directo de la exposición a factores de riesgo, también es más alta para el Area de Salud de Cartagena con un exceso de riesgo del 13% en hombres y del 4% en mujeres, respecto a la media regional y para todas las localizaciones en conjunto, con incrementos estadísticamente significativos en cáncer de pulmón. No resultan estadísticamente significativos la mayor incidencia del cáncer de mama en el Area de Murcia, la de cáncer de vejiga en hombres en el Area de Cartagena y la de cáncer de laringe en la Vega del Segura.

Al comparar con otras regiones españolas que también tienen registro de cáncer, destaca la elevada incidencia en Murcia del cáncer de labio, pulmón y vejiga en hombres y labio y colon en mujeres.

Ajustando a la población mundial las tasas de incidencia anual de cáncer por cien mil habitantes para el período 1987-88 sitúa las principales localizaciones en la piel para los hombres (tasa de 52,1 casos por 100.000 habitantes) y en la mama para las mujeres (tasa de 41,1 casos por 100.000 habitantes).

Hay que resaltar que el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el primer lugar dentro de las muertes producidas por el grupo de cáncer con 298 fallecidos para el año 1989, lo que supone una tasa de 28,5. Es también la

primera causa de A.P.V.P. dentro del grupo Tumores con un total de 1.561 años perdidos, de los que más del 91% se han perdido en el grupo de varones, para los que supone la tercera causa de muerte (tasa 51,7).

El cáncer de cuello del útero se sitúa en novena posición con una tasa de incidencia anual de 6,5, y su mortalidad figura entre las causas de mortalidad evitable por la existencia de medidas de prevención secundaria efectivas. La mortalidad por esta causa (tasa de mortalidad 2,27) es significativamente mayor en Murcia comparada con España, si bien las estadísticas de mortalidad para este apartado son poco fiables. Actualmente, en la Región se realiza screening oportunista de cáncer de cérvix, principalmente en centros de planificación familiar, algunos hospitales o en revisiones puerperales.

El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer en el grupo de mujeres con un total de muertes en 1989 de 121, lo que supone una tasa de 22,9 (tomando como denominador población femenina exclusivamente) y consumió un total de 1.133 A.P.V.P. en 1989. No existe en la Región ningún programa comunitario de screening de cáncer de mama.

Se estima que el 80-90% de los cánceres podrían ser evitados si se controlaran los factores extrínsecos que son responsables de los mismos. Estos factores incluyen carcinógenos químicos, hábitos como el consumo de tabaco y alcohol, ciertas infecciones víricas, dieta y contaminación ambiental, entre otros. No obstante, de no adoptarse medidas preventivas se espera que continúe la tendencia creciente en la incidencia y mortalidad en la mayoría de tumores, con especial señalamiento de aquellos asociados al hábito tabáquico, en mujeres.

No está evaluado el gasto en asistencia, rehabilitación ni en prevención que origina el cáncer en nuestra comunidad. Sólo de manera puntual se puede intentar la aproximación a la cuantificación de su importancia, como el que los enfermos con cáncer causan el 5% de las estancias hospitalarias, o que representa el segundo concepto del gasto farmacéutico de los hospitales después de antibióticos. Además, un 36% de los enfermos pertenecen a población laboralmente activa.

Los recursos específicos con que cuenta el sistema sanitario están formados por: una Unidad de Oncología Médica del H. Arrixaca con 4 facultativos, compartiendo las camas con el Departamento de Medicina Interna; un Servicio de Oncología Radioterápica con 3 facultativos y un equipamiento que apenas cumple los requisitos de Centro Ligero de Radioterapia según las recomendaciones del Libro Blanco de la Oncología en España; un médico, a tiempo parcial, dedicado a Oncología Pediátrica; y un hematólogo y un internista que se ocupan de la problemática oncológica tanto en el H. Rosell como en el H. General respectivamente. No existe una unidad específica de Cirugía Oncológica ni unidades de Cuidados Paliativos.

Teniendo en cuenta la incidencia de cáncer en la Región y las recomendaciones del Libro Blanco de la Oncología en España, los enfermos nuevos que necesitarían tratamiento en Unidades de Oncología Médica públicas serían aproximadamente 1.500/año y en unidades de radioterapia públicas 1.400/año, habiendo sido atendidos en 1990, 666 y 304 pacientes nuevos respectivamente, a pesar de lo cual, no existe lista de espera para las primeras, y de aproximadamente dos meses y medio para los segundos.

**OBJETIVO 5. Para 1996 el 60% de mujeres con edades comprendidas entre 25-64 años participarán en un programa de despistaje de cáncer de cérvix.**

Durante 1993 se elaborará el protocolo de un programa de screening de cáncer de cérvix a nivel comunitario dirigido a mujeres de 25-64 años, y basado en citologías periódicas cada tres años.

El programa comenzará a desarrollarse en 1994 en los Equipos de Atención Primaria funcionantes y tendrá un desarrollo progresivo y paralelo a la cobertura de Atención Primaria, estando implantado en todos los equipos en 1996.

**OBJETIVO 6. Para 1996 el 40% de las mujeres comprendidas entre 50-65 años participarán en un programa de despistaje de cáncer de mama.**

Durante 1993 se elaborará un programa de screening a nivel comunitario dirigido a mujeres de 50-65 años y con una periodicidad bianual. Durante 1994 se realizará la fase piloto en un Area de Salud para implantarlo en toda la Región en 1995-96.

**OBJETIVO 7. Mejorar la calidad asistencial del enfermo con cáncer en el período 1993-96.**

- 7.1.** Elaboración de protocolos de actuación que definan las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y especializada y los cauces adecuados de derivación y comunicación entre ellos.
- 7.2.** Incrementar los recursos actuales de modo que en el Hospital Virgen de la Arrixaca se disponga de una unidad completa de oncología médica, oncología radioterápica y cuidados paliativos, potenciándose la unidad de oncopediatria. En el Hospital General y en el Hospital Rosell se creará una unidad de oncología médica y de oncología radioterápica.



## **DIABETES**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que conlleva de no procederse a un adecuado control metabólico precoz, un deterioro orgánico multisistémico con secuelas irreversibles que dan lugar a una alta morbi-mortalidad, siendo la mayor parte de dichas secuelas prevenibles.

La esperanza de vida entre los diabéticos está acortada respecto al resto de la población y su calidad de vida se ve a menudo disminuida debido a las graves y frecuentes complicaciones que presentan. Se estima que el 16% sufren insuficiencia renal, el 40% neuropatía diabética, entre el 40% y el 50% retinopatía diabética, el 6% ceguera y el 7% amputaciones. La diabetes mellitus acelera, así mismo, la aterogénesis e incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica, especialmente en mujeres. En estudios poblacionales, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad coronaria son de 2 a 3 veces superiores entre hombre diabéticos, y hasta 7 veces superiores en mujeres diabéticas.

Esta enfermedad es responsable del 3,2% de las defunciones con una tasa de 24,9/100.000 (aunque esta cifra puede estar subestimada, ya que según la O.M.S., sólo en el 5% de los certificados de defunción de diabéticos estará contemplada su enfermedad), y consume el 1,3% de Años Potenciales de Vida Perdidos.

Las cifras de prevalencia estimadas oscilan, según diversos estudios, entre el 2% y el 5% de la población, y no se dispone de datos que establezcan el perfil del paciente diabético en relación a aspectos como grupo social, distribución territorial, sexo o grupo de edad.

La efectividad de los programas de asistencia sanitaria a diabéticos y la educación diabetológica viene avalada por ejemplos como el programa aplicado en Dinamarca que obtuvo los siguientes resultados:

- La expectativa de vida del diabético tipo I tras las primeras manifestaciones de la enfermedad era de 35-40 años en los años 1960-70 pasando a ser de 50-60 en los años 1980-90.
- Se redujeron las complicaciones con ceguera en más de un 25%.
- En 1960 el 50% de los diabéticos con proteinuria evolucionaban a insuficiencia renal en los 10 años siguientes precisando diálisis. En 1991 se estima en el 10% los que sufren esta evolución.
- Las amputaciones se redujeron en un 50% en 10 años.
- Las muertes perinatales de madres diabéticas descendieron del 7% en 1975 al 1% en 1991.

En España se ha llegado a cuantificar (Moncada y col.) un ahorro de entre 7 y 10 pesetas en asistencia sanitaria, por cada peseta invertida en educación diabetológica.

Los recursos sanitarios que en la actualidad son destinados específicamente al problema en la Región están compuestos por tres unidades de Endocrinología correspondientes a las Areas II (H. Rosell), III (H. Rafael Méndez), I y VI compartidas (H. Arrixaca). En total las componen 9 facultativos endocrinólogos, siendo atendida la diabetes en las Areas IV y V por Medicina Interna. Existen, asimismo, 5 cupos no jerarquizados de Endocrinología (4 en Murcia y 1 en Cartagena).

En Atención Primaria, aproximadamente la mitad de los equipos tienen programas acreditados de atención a la diabetes.

Uno de los mayores problemas detectados parece ser la descoordinación existente tanto entre los distintos niveles asistenciales, como dentro del propio nivel, lo que provoca, aparte de unos gastos innecesarios por la falta de protocolos unificados de actuación frente a la diabetes (duplicidad de pruebas complementarias), que un gran número de diabéticos tipo II esté sin diagnosticar, y que frecuentemente la asistencia a los diagnosticados sea catalogada de inadecuada. No existen datos globales que permitan medir el gasto sanitario que origina la diabetes, sin embargo, sí es posible una aproximación a la magnitud del problema a través de algunos datos puntuales como el gasto farmacológico (339 millones anuales en la Región) o de jeringuillas y tiras reactivas para la determinación de glucemias y glucosurias (78 millones).

No hay que olvidar, finalmente, la repercusión de la diabetes sobre el entorno familiar, social y laboral del diabético, y la merma en calidad de una vida medida tanto en términos económicos y psicológicos como en complicaciones agudas o crónicas.

**OBJETIVO 8. Para 1994 el 90% de Equipos de Atención Primaria desarrollarán las actividades del Programa de Atención al Diabético.**

Durante el primer semestre de 1993 se formulará el programa que contemplará los apartados siguientes: Descripción de las principales variables epidemiológicas relacionadas con la enfermedad, organización de la asistencia a través de la protocolización terapéutica y normalización de los criterios de derivación entre niveles. La educación diabetológica ocupará un lugar preeminente dentro del mismo y contemplándose el estímulo del asociacionismo entre los afectados.

El programa incluirá las actividades necesarias para reducir las complicaciones crónicas y singularmente la retinopatía diabética.

## **SALUD MENTAL**

La prevalencia de patología psiquiátrica global en los estudios realizados en estos últimos 15 años, arrojan unos datos que varían entre el 19% y un 28% en población general. En España, los estudios de prevalencia en población general muestran tasas similares.

### **Psicosis**

Se definen como un grupo de trastornos según criterios DSM-III-R, que incluyen a los trastornos esquizofrénicos, delirantes y otros trastornos psicóticos, y que se caracterizan en su mayoría por su tendencia a la cronicidad, alteración de la conciencia y de la realidad, ruptura biográfica y deterioro en la competencia socio-familiar, laboral e interpersonal.

La mayoría de estudios epidemiológicos revisados, se refieren a los trastornos esquizofrénicos aportando para la esquizofrenia tasas de incidencia que oscilan entre 0,42 a 0,51 por mil. La prevalencia, morbilidad y severidad de presentación son mayores en áreas urbanas que en áreas rurales. Los datos no permiten respecto a la esquizofrenia una diferenciación significativa estadísticamente entre hombres y mujeres aunque la mayoría de autores coinciden en una prevalencia elevada en grupos de bajo nivel socio-económico, así como que la incidencia se equipara en todos los niveles.

Otros trastornos psicóticos como los trastornos delirantes presentan una incidencia de 1-3/100.000 y una prevalencia del 0,03%, pero estos datos podrían ser mayores debido a que muchos pacientes con estos trastornos no acceden a los servicios sanitarios. Destaca a diferencia de la esquizofrenia un ligero predominio en mujeres.

Son escasos los trabajos de investigación sobre mortalidad en esquizofrenia, aunque algunos autores afirman que la misma en la población esquizofrénica es 1,8 veces mayor en relación a la población general del mismo intervalo de edad.

Los trastornos psicóticos en general conllevan un alto riesgo de incapacidad, siendo esto especialmente relevante en la esquizofrenia con un 45% de mal pronóstico frente a un 13% de buen pronóstico. Diversas circunstancias influyen en la evolución de estos pacientes, como son el tipo de diagnóstico, la cobertura asistencial, el medio familiar, el medio socio-cultural.

La repercusión de estos trastornos en el entorno del enfermo se traduce en un alto riesgo de pérdida de la competencia social, laboral y familiar. Persisten así mismo gran cantidad de prejuicios sobre estos pacientes producto de un déficit de información y deformación de la imagen del paciente psicótico en el medio social. Dichos prejuicios generan actitudes en la población de rechazo, marginación, miedo y ocultación así como, una discriminación legal de estos pacientes con una consideración jurídica diferente en comparación a otros grupos con minusvalías.

**Trastornos neuróticos**

Con esta denominación se hace referencia a un grupo de trastornos que estarían incluidos mayoritariamente en los apartados del DSM-III-R, en los grupos de "Trastornos de Ansiedad, Distimias Depresivas, Trastornos Somatiformes, Disociativos y Trastornos Adaptativos". Se hace referencia especial a aquellos trastornos que cursan de forma crónica produciendo alteraciones que dificultan el funcionamiento normal, con riesgo de ganancias secundarias que incapacitan más al paciente y que suelen llevarle a un consumo excesivo de servicios sanitarios.

La prevalencia de trastornos neuróticos en población general oscila entre el 7,8% y el 13,8% existiendo coincidencia al considerar un predominio de trastornos neuróticos en mujeres con una relación de 8 a 5 frente a hombres.

En cuanto a la edad de comienzo de estos trastornos varía en función del tipo, con predominio de las fobias durante la infancia y los trastornos por angustia para el final de la tercera década de la vida.

En los servicios ambulatorios de salud mental de la Comunidad Autónoma de Murcia (Centros de Salud Mental dependientes de la Consejería de Sanidad), los trastornos neuróticos suponen la patología más frecuente si consideramos las primeras consultas realizadas en los centros. En los datos referidos a 1990, los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad y trastornos somatiformes, que incluyen la mayor parte de trastornos neuróticos, supusieron el 68% de las primeras consultas atendidas en los Centros de Salud Mental, frente a un 13,7% que correspondía a trastornos de personalidad y un 12% que correspondían a trastornos psicóticos.

En Atención Primaria, el 76% de la morbilidad psiquiátrica atendida son neurosis, sobre todo depresivas y de ansiedad. Las psicosis suponen un 10,1% y el resto de problemas mentales el 13,6%.

Aunque no son precisos los datos sobre lo incapacitante de este tipo de trastornos, pues en muchas ocasiones se encuentran enmascarados en diversos "trastornos orgánicos", las incapacidades laborales transitorias y las pensiones de invalidez en este tipo de pacientes son suficientemente frecuentes como para valorarlos como datos relevantes. Otro grupo de datos que avala su trascendencia es el gasto sanitario que producen, tanto por la utilización de fármacos en general y psicofármacos en particular, como por la frecuentación de servicios.

**Demencia senil**

Se define la tercera edad como el período y proceso de la vida que se caracteriza en aquellos casos en que no se produce una muerte prematura, con un progresivo deterioro de las personas físicas cognitivas y en nuestro medio socio-cultural de una pérdida de rol social. Exige un enorme esfuerzo de adaptación y puede generar sentimientos y actitudes negativas en el individuo y su entorno, como aislamiento y soledad, abandono, dependencia y pérdida de autoestima.

Este proceso de envejecer se ve especialmente agravado por los procesos degenerativos cerebrales, con alteración cognoscitiva y afectiva, no reversible tras su instauración y con un pronóstico de progresividad. Si bien el proceso de envejecimiento presenta grandes variaciones individuales, se considera la población involucrada en el proceso a los mayores de 65 años. Para los procesos con deterioro psíquico orgánico, se estima una prevalencia en esta población del 22% para cualquier grado de afectación.

Los procesos de demencia afectan al 12% de los mayores de 65 años y al 4,15% de ellos de forma grave por lo que, según estos datos, los casos de demencia con afectación grave serían en la Región de Murcia superior a las 5.000 personas. Actualmente en un 60% ó 70% de las demencias es posible bloquear los síntomas con el diagnóstico y terapéutica adecuados, siendo en este apartado crucial el papel de la Atención Primaria de Salud, tanto en la faceta de diagnóstico precoz, como en la asunción y control de la terapéutica básica etiológica, sintomática y plan de cuidados.

El paciente demente en sus primeras fases puede precisar de cuidados mínimos, básicamente acompañamiento, calculándose unos ratios por Servicios Sociales para valorar las necesidades de ayuda a domicilio del 8% para los mayores de 65 años, lo que significa para la Región de Murcia la cantidad de 8.931 potenciales beneficiarios.

El número de beneficiarios en 1991 del Programa de Ayuda a Domicilio de Servicios Sociales en la Región ha sido de 1.522. Globalmente, el gasto de este servicio fue de 260 millones de pesetas, con un coste medio por beneficiario de 170.000 pesetas, lo que representa una cifra de 850 millones para los 5.000 posibles demandantes. Se estima un coste medio de dos millones de pesetas por paciente y año para ingresos en residencias sanitarias, cantidad bastante mas elevada en centros hospitalarios.

En la Región de Murcia, la dotación de camas asistidas es en la actualidad:

- 60 en conjunto residencial (Espinardo).
- 130 en el geropsiquiátrico de la Residencia Luis Valenciano.

Las plazas de residencia para mayores de 65 años son estimadas en torno al 3,5% para una población de 111.694 (más de 65 años), lo que totalizaría para la Región de Murcia unas necesidades globales de 3.906 plazas, calculándose que un 10% de estas plazas deben ser asistidas para tratamiento de pacientes terminales. Las necesidades, por tanto, de camas asistidas son de aproximadamente 390 para la Región, por lo que el déficit actual se situaría en torno a las 200 camas. Por el crecimiento del colectivo de personas mayores y la extensión y perfeccionamiento del sistema de cuidados, la atención a los problemas de la tercera edad es una demanda emergente y un sector que va a precisar crecientes inversiones.

## **Salud mental Infanto-Juvenil**

Al estudiar la casuística sobre las diferentes alteraciones mentales en la infancia y adolescencia atendidas en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Región de Murcia, destacan entre otros, los siguientes tres grandes grupos de trastornos:

- Trastornos afectivos.  
T. por ansiedad y temor.  
T. por tristeza e infelicidad.  
T. por timidez y retraimiento social.  
Problemas de relación.  
Otras alteraciones emocionales.
  
- Trastornos de Conducta.
  
- Trastornos Psicóticos.  
Psicosis de la primera infancia.  
Psicosis de la segunda infancia.  
Trastornos psicóticos de la adolescencia.

Los trastornos afectivos son los que por su incidencia ocupan el primer lugar en el número de casos que se atienden. Durante la fase aguda producen angustia familiar, desorientación y confusión, y en ocasiones absentismo escolar. Tienen un pronóstico relativamente favorable, sin embargo, en más de una tercera parte de los casos persisten durante un mínimo de tres años y una proporción de esos niños muestran afecciones neuróticas o depresivas en la edad adulta. Si estos trastornos afectivos no se detectan a tiempo o no se atienden debidamente pueden desembocar a corto plazo, en un fracaso escolar y/o en un fracaso en las relaciones interpersonales del niño con su entorno, siendo su final más dramático el suicidio infantil. A largo plazo, darían lugar a patologías neuróticas y problemas de personalidad en el adulto.

### **OBJETIVO 9. Para 1996 habrá mejorado la calidad de la atención a los problemas de salud mental.**

**9.1.** Durante 1993 se creará un grupo de trabajo intersectorial que elabore un programa de intervención de modo que la atención sanitaria en los problemas de salud mental se realice de forma plenamente normalizada en la red de servicios sanitarios incluyendo la atención urgente y la hospitalización.

Se procurará realizar el diagnóstico de la forma más precoz posible estableciendo protocolos adecuados de atención y derivaciones entre Atención Primaria, Equipo de Salud Mental y Unidades de Hospitalización.

Durante el proceso de atención se garantizará la continuidad entre los niveles implicados priorizando la atención en los equipos tras las altas hospitalarias y realizando un seguimiento que garantice la asistencia e

impida el abandono del paciente. Como criterio general se vinculará la familia al proceso terapéutico en los casos graves, estimulando el asociacionismo de familiares de pacientes con procesos de larga duración.

- 9.2.** Para 1994 se habrán establecido los acuerdos y/o coordinación intersectorial e interinstitucional que posibilite una línea de actuación homogénea frente a la problemática de salud mental infanto juvenil.

Para ello es necesario la creación de un grupo de trabajo que eleve propuestas de actuación que potencien específicamente la colaboración entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia, dirigida a mejorar el desarrollo psicosocial del niño, reduciendo los factores de riesgo y mejorando la calidad de la atención recibida.

- 9.3.** Para 1995 se implantará un programa de rehabilitación elaborado conjuntamente con servicios sociales que defina los objetivos a lograr en los diferentes problemas de salud mental y los dispositivos necesarios con delimitación de funciones y criterios normalizados de derivación entre ellos. Este programa incluirá la definición de los cuidados y ayuda domiciliaria y las necesidades de camas asistidas para diferentes patologías y para residencias de mayores de 65 años.

**OBJETIVO 10. Durante 1993 se pondrá en marcha el Plan Regional sobre Drogas con el objetivo de reducir a medio plazo, el consumo abusivo de las diferentes drogas y los riesgos asociados al mismo, potenciando la coordinación entre las distintas administraciones para incidir sobre las causas y factores del fenómeno, facilitar asistencia integral a los afectados y promover la reinserción social de los exdrogodependientes.**



## **ENFERMEDADES CONGENITAS**

Se consideran enfermedades congénitas las que se padecen desde el momento del nacimiento. Algunas tienen su origen en problemas del embarazo o del parto, mientras que otras tienen una base genética y son hereditarias.

La evolución experimentada en los países desarrollados ha supuesto un cambio en el patrón de morbi-mortalidad infantil, que en la actualidad está formado predominantemente por enfermedades total o parcialmente determinadas por factores genéticos, en detrimento de las enfermedades de tipo infeccioso.

Las enfermedades congénitas constituyen la primera causa de mortalidad perinatal (35%) e infantil (10%), y una de las primeras causas de infertilidad (en el 85% de los abortos del primer trimestre existe una alteración cromosómica o una alteración anatómica).

Aproximadamente el 6% de los recién nacidos presentan al nacer algún tipo de enfermedad congénita. De ellas, el 2,5% pueden considerarse anomalías mayores y estas cifras se doblan al año de vida cuando sus efectos se ponen de manifiesto. Pero estas estimaciones se hacen aún más relevantes si se tiene en cuenta que, en caso de superar la etapa perinatal, muchas de las enfermedades congénitas serán responsables de diversos grados de invalidez o irán acompañadas de una minusvalía mental o sensorial definitiva.

La trascendencia sanitaria es considerable, ya que aproximadamente entre un 20-30% de las hospitalizaciones pediátricas corresponden a procesos malformativos o a enfermedades genéticas (génicas o cromosómicas) y la duración del período de hospitalización en estos niños se incrementa notablemente. Por ejemplo, para niños con enfermedades genéticas recesivas esta duración es de 12 a 24 veces la del total de nacidos vivos, siendo de 13 a 19 días por niño afectado durante los primeros cinco años de vida.

En la Región nacen al año aproximadamente 14.000 niños de los cuales 800 sufren taras congénitas y la mitad tendrá algún grado de subnormalidad.

Las enfermedades congénitas determinadas total o parcialmente por factores genéticos, en su mayoría no tienen tratamiento, por lo que solamente pueden prevenirse mediante estudios genéticos, consejos genéticos y diagnóstico prenatal.

## **Metabolopatías**

Las metabolopatías son enfermedades que sin tratamiento o con demora en la instauración del mismo cursan con daño cerebral irreversible y retraso mental. Se estima que, aproximadamente, el 5% de la subnormalidad, o deficiencias mentales son producidas por errores congénitos del metabolismo o metabolopatías. No obstante, buena parte de enfermedades de este grupo son prevenibles, constituyendo una alternativa claramente rentable la detección precoz de dichos procesos, ya que el gasto de la prevención de

una metabolopatía es inferior al coste que supone el deficiente mental no detectado y/o internado en un centro especial, sin contar el coste añadido que supone su no incorporación al mundo laboral.

En la Región de Murcia, y desde 1978, está implantado el Programa de Detección Precoz Neonatal de Metabolopatías cuya cobertura ha crecido del 42% cuando se instauró, al 95,6% en 1991. Las enfermedades incluidas en el Programa son:

- Fenilcetonuria (PKU)
- Tirosinemia
- Jarabe de Arce (MSUD)
- Cistinuria y Homocistinuria
- Hipotiroidismo Congénito Primario
- Hiperplasia Adrenal Congénita (H.A.C.)
- Déficit de Biotinidasa

La detección se lleva a cabo mediante “screening” de los recién nacidos de la Región, a través de una muestra de sangre y orina, siendo la fecha adecuada para la toma de la misma entre el quinto-séptimo día de vida, para evitar, tanto falsos negativos (antes del quinto día), como retrasos en la instauración del tratamiento.

**TABLA 2.2.** PERIODO DE TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCION PRECOZ NEONATAL EN LA REGION DE MURCIA DURANTE 1991.

Días de vida	% Muestras
<5	2
5-7	63,12
8-15	33
16-31	1,3
>31	0,58

**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínicas.

### **Anomalías cromosómicas**

Las anomalías cromosómicas en conjunto son responsables de un tercio de los casos de retraso mental grave y del 10% de los niños con malformaciones. La incidencia en recién nacidos es de 1/142.

Las que no producen retraso mental pueden producir anomalías del desarrollo sexual, o ir asociadas a fenotipo normal (anomalías estructurales equilibradas), pero el individuo portador tiene alto riesgo (12% aproximadamente) de infertilidad y/o descendencia con retraso mental. El diagnóstico se lleva a cabo mediante el estudio citogenético o examen del cariotipo, cuya indicación se produce en caso de malformaciones múltiples,

anomalías del desarrollo sexual, baja talla sin otro tipo de patología, esterilidad de causa desconocida, cuadro clínico orientativo de cromosomopatía, retraso mental de causa desconocida o no aclarada, dos o más abortos en la historia familiar, hijo muerto al nacer o nacido muerto e hijos o padres portadores de cromosomopatías. El diagnóstico de anomalías cromosómicas, basado en estas indicaciones y posterior asesoramiento genético, se considera aceptablemente cubierto en nuestra Región, siendo la demanda satisfecha aproximadamente del 90%, aunque con una lista de espera media de tres meses. Sin embargo, el diagnóstico prenatal de estas anomalías es muy deficitario y cubre una mínima proporción de la población de riesgo.

Los estudios citogenéticos son costosos, pero lo que los hace extraordinariamente rentables es que mediante un solo análisis se pueden diagnosticar todas las anomalías cromosómicas, lo que no es posible para las enfermedades debidas a mutación génica.

Aunque la frecuencia de niños malformados en la Región es idéntica a la media nacional (2%) y se sitúa entre los países de frecuencias medias-bajas, la frecuencia global del síndrome de Down en España (1,5 por mil recién nacidos vivos) nos incluye entre los países de alta frecuencia, siendo en nuestra Comunidad Autónoma la frecuencia de este síndrome incluso superior (2,25 por mil recién nacidos vivos).

Dada la fuerte relación que existe entre la edad materna y el síndrome de Down, la alta proporción regional de mujeres que tienen hijos cuando han superado los 34 años (10,5%) es una de las razones que justifica la mayor tasa respecto a otros países. Otra razón de la alta frecuencia regional de síndrome de Down radica en la baja cobertura del diagnóstico prenatal con aborto terapéutico de los casos diagnosticados. Así, durante 1990 y 1991 en el grupo de edad igual o superior a 35 años solamente se ha controlado mediante estudios citogenéticos el 5-6% de los embarazos, y entre el 11-12% en el grupo de 38 y más años.

**TABLA 2.3. EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO. RESULTADOS 1990**

Edad	Nacidos vivos	Casos estudiados	%	Riesgo anomalía
35 a 37	838	12	1,4	>1/200
38 y 39	294	22	7,5	>1/103
40 o más	334	49	14,7	>1/65
Total	1.466	83	5,7	

**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínicas.  
Movimiento Natural de la Población 1988. C.R.E.

La detección prenatal de trisomía 21 y la subsiguiente Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.) en el grupo de mujeres más añosas haría disminuir la prevalencia al nacer de este grupo.

**Enfermedades  
congénitas debidas  
a mutación génica**

La prevención de las Enfermedades Congénitas debidas a mutación génica es bastante deficitaria en la Región. El diagnóstico de estas enfermedades y el asesoramiento genético adecuado de portadores pueden llevar a reducir su frecuencia, bien mediante diagnóstico prenatal para las que existe la tecnología adecuada, bien mediante un cambio en las decisiones reproductivas de los individuos de riesgo, para las que aún no pueden diagnosticarse intraútero.

**Enfermedades con  
herencia  
multifactorial**

Las malformaciones o enfermedades congénitas que se acompañan de una alteración morfológica del feto son muy variadas en cuanto a su origen y herencia, pero en general el riesgo de recurrencia varía para los parientes en primer grado del individuo afectado entre 1% y 10%. Estas anomalías, sin embargo, suelen poder diagnosticarse en su mayoría mediante un examen ecográfico detallado y experto en la primera mitad de la gestación (20 semanas).

**OBJETIVO 11. Para 1996 se habrá mejorado la calidad global del programa de detección precoz neonatal de metabolopatías, incrementando la cobertura hasta alcanzar el 98% de los recién nacidos, e incrementando al 80% las muestras recogidas entre el 5º y 7º día de vida.**

**OBJETIVO 12. Reducir la frecuencia de enfermedades congénitas garantizando que en 1996 tengan acceso al asesoramiento genético y al diagnóstico prenatal el 80% y 50% respectivamente de los individuos de riesgo, y al menos para las siguientes enfermedades: Anomalías cromosómicas, fibrosis quística, distrofias musculares de Duchenne y Becker, retinosis pigmentaria, síndrome del X frágil y hemoglobinopatías.**

## **DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y MINUSVALIAS**

Con los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías elaborada por la Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología en el año 1986, Murcia registraba una tasa por cien mil habitantes para todas las edades y todos los procesos inferior a la nacional (9.703 vs 14.979). La misma línea se confirma al agrupar en menores de 6 años (663 vs 1.841) de 6 a 64 años (5.599 vs 9.090) y de 65 y más años (43.727 vs 56.261), aunque hay que señalar que se desconocen los intervalos de confianza de dichos valores, así como su significación estadística.

Como se observa, las mayores tasas corresponden al grupo de 65 y más años, cuya diferencia con el resto de edades es muy elevada, lo que unido a las perspectivas de progresivo envejecimiento de la población, otorga una relevancia especial al problema.

Las limitaciones más frecuentemente declaradas en todos los grupos de edad han sido correr y subir escaleras, si bien los considerados más limitantes podrían ser las indicadas en la tabla 2.4.

**TABLA 2.4.** PERSONAS CON ALGUN TIPO DE LIMITACION PERMANENTE. TASAS POR CIENTO MIL HABITANTES DE CADA GRUPO DE EDAD. REGION DE MURCIA. 1986

Edad	Cuidado personal	Andar	Actividades vida cotidiana	Conducta
<b>&lt;6 Años</b>				
Murcia	245,01	224,28	224,28	438,82
Total España	196,32	226,98	138,83	287,33
<b>6-64 Años</b>				
Murcia	409,89	4.273,58	1.089,28	1.176,11
Total España	463,53	10.427,07	1.305,65	1.493,93
<b>65 y más años</b>				
Murcia	6.368,07	11.098,23	10.995,86	3.245,37
Total España	5.689,04	11.828,41	9.460,57	4.201,69

**Fuente:** INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. 1986.

### **OBJETIVO 13. Puesta en marcha del Plan Regional de Intervención en materia de Discapacidades y Minusvalías para 1995.**

**13.1.** Durante 1993 se pondrá en marcha un grupo de trabajo formado por Asuntos Sociales, Sanidad y Educación que defina la operativización de los conceptos de discapacidad/minusvalía, niveles mínimos garantizados de atención, delimitación de funciones y competencias, definición del modelo de prestación de servicios y criterios

de acreditación de dichos servicios, con el fin de garantizar la atención más adecuada y precoz en los distintos tipos de minusvalías o discapacidades.

El Plan debe contemplar desde la prevención global hasta los aspectos relacionados con la rehabilitación integral (formación, mercado laboral, eliminación de barreras...).

**OBJETIVO 14. Para 1993 se habrán establecido mecanismos eficaces de coordinación entre las distintas administraciones con el fin de integrar sus actuaciones a nivel primario.**

- 14.1.** Elaboración y difusión de una Guía que recoja los recursos existentes, sus funciones y los criterios de derivación.
- 14.2.** Los Centros de Servicios Sociales de Zona asumirán las funciones de recogida de información y derivación de los minusválidos y discapacitados a los recursos existentes del sistema sanitario, educativo y social.

## **SALUD BUCODENTAL**

La situación del estado dental en la Región de Murcia en 1989, a la vista del estudio realizado a escolares de 6, 12 y 14 años, sin ser óptima, sí es mejor que la de los países de nuestro entorno y Comunidades Autónomas que han publicado resultados. Son hallazgos similares a los de otros estudios: mayor afectación del sexo femenino y de alumnos de centros públicos, y menor afectación en niños procedentes de centros urbanos. El índice de restauración estudiado es muy bajo, aunque comparable al resto de encuestas españolas y a una gran distancia del obtenido en países de nivel socioeconómico y cultural homologable al nuestro.

Los datos más destacables son los siguientes:

- La prevalencia de escolares con caries es a los 6 años del 45,4%, a los 12 años del 68,7% y a los 14 años del 75,5%.
- Afecta significativamente más al sexo femenino tanto a los 12 como a los 14 años.
- En el conjunto de las tres edades (6, 12, 14 años) existe una mayor afectación en el Area de Salud de Cartagena y menos en la de Murcia.
- Para las tres edades (6, 12, 14 años) se ven significativamente más afectados por caries dental los alumnos de colegios de titularidad pública.
- Globalmente el medio urbano resulta menos afectado que el periurbano y el rural.
- El valor promedio del Índice C.A.O.D. (se obtiene al dividir el número de piezas permanentes cariadas, ausentes por caries y obturadas entre el número de escolares explorados) es de 0,19, 2,31 y 3,38, a los 6, 12 y 14 años, respectivamente.
- El valor medio del Índice de Restauración (estudia la proporción de piezas dentales permanentes obturadas que contribuyen al valor global del C.A.O.D. Se obtiene dividiendo el componente "O" entre el C.A.O.D.) para escolares con C.A.O.D. mayor de cero es de 0,19 y 0,20 para los 12 y 14 años. Es significativamente mayor en: niñas a los 12 y 14 años; Area de Salud de Cartagena para los mismos grupos de edad; colegios de titularidad privada y áreas urbanas.

**OBJETIVO 15. Para 1996 al menos el 90% de habitantes de la Región dispondrán de agua adecuadamente fluorada a través de las redes de abastecimiento.**



**E.P.O.C.** Su importancia está motivada por ser uno de los problemas respiratorios más frecuentes, causante directo de una importante mortalidad, morbilidad e incapacidad, con un gran consumo de recursos sanitarios y unos costes económicos muy elevados, a pesar de que en gran medida es una enfermedad evitable.

Durante el año 1989 causó un total de 464 fallecimientos, lo que supone una tasa de 44,4/100.000 habitantes. Es asimismo, responsable del 2% de todos los Años Potenciales de Vida Perdidos en la Región durante ese año, con un total de 826 años, que se reparten desigualmente entre sexos de tal forma que, los hombres consumen el 71% del total.

Aparece situada entre los cinco primeros lugares de causas de mortalidad, según lista detallada, a la vez que está incluida entre las diez primeras causas de demanda en Atención Primaria, y equivale a un tercio de los pacientes atendidos en las consultas de Neumología, siendo la prevalencia a nivel estatal para la E.P.O.C. (incluyendo asma crónico, bronquiectasias y cualquier otra enfermedad pulmonar que presente un componente de obstrucción crónica del flujo aéreo), de un 6% para la población general y de un 19% en varones mayores de 65 años.

Se estima, por extrapolación de datos, que provoca en la Región 3.226 ingresos hospitalarios por año con una estancia media de entre 7,6 y 9,4 días y un número aproximado de urgencias hospitalarias de 4.000. Si a todo lo anterior se añade que el 36% de todas las incapacidades laborales tienen diagnóstico de E.P.O.C., se comprenderá mejor la importancia del problema.

De entre los principales factores etiopatogénicos destaca el tabaco, que influye en el 90% de los casos. La polución atmosférica, tanto ambiental en general como específica del medio laboral, y las infecciones respiratorias repetidas, que pueden ser inductoras de E.P.O.C. en la edad adulta haciendo progresar la enfermedad a E.P.O.C. establecida, constituyen los otros dos factores etiopatogénicos más importantes.

La historia natural de la enfermedad justifica sin reservas el diagnóstico precoz de la misma. Después de un período de duración aproximada a 20 años tras el inicio del hábito tabáquico, etapa silente y no detectable por espirometría, comienza otra etapa en la cual los síntomas son escasos pero la espirometría permite detectar ya alteraciones del flujo aéreo. La intervención en este punto (cesación del hábito tabáquico) retrasaría la aparición de disnea e incapacidad, con un pronóstico generalmente bueno y una expectativa de vida similar a la del resto de la población. Es por tanto que la espirometría se convierte en la única forma de diagnóstico precoz bien contrastada. En la actualidad existen espirómetros en diez Centros de Salud de la Región.

En fases muy avanzadas de la enfermedad la oxigenoterapia se convierte en un medio eficaz de tratamiento. En la Región están actualmente recibien-

do oxigenoterapia continua domiciliaria 1.970 enfermos, lo que supone una tasa de 197/100.000 aproximadamente, cifra superior a otras Comunidades Autónomas (117 Castilla-León y 60 Cataluña) y muy superior a otros países (36 Francia).

La función de la Fisioterapia en la E.P.O.C. se encuentra muy poco desarrollada. En la Región, de las 9 unidades de Fisioterapia existentes en Atención Primaria, en ninguna se lleva a cabo una tarea asistencial protocolizada de este problema. Únicamente a nivel hospitalario, y no al 100%, se practica fisioterapia respiratoria.

Problema similar parece desprenderse en las intervenciones realizadas por Atención Primaria, donde no existen protocolos de actuación para enfermos con E.P.O.C., realizados conjuntamente entre los médicos especialistas que atienden a estos enfermos y los médicos de Atención Primaria, lo que permitiría un mayor y mejor control sobre estos pacientes.

Finalmente, si se tiene en cuenta el efecto del tabaco como factor etiopatogénico y el incremento experimentado en la proporción de mujeres fumadoras y adolescentes, así como las altas tasas de fumadores en la población general, es probable que en los próximos años se incrementen tanto la mortalidad como la morbilidad debida a E.P.O.C., siendo este incremento de mayores proporciones en el sexo femenino.

**OBJETIVO 16. Para 1994 deberá estar implantado un programa de atención a pacientes con E.P.O.C. en el 50% de Equipos de Atención Primaria, y en la totalidad para 1996.**

Durante 1993 se elaborará un programa que comprenda las acciones a realizar por cada uno de los niveles asistenciales tanto en el proceso de diagnóstico, como en el de tratamiento y control de las E.P.O.C., unificando pautas de actuación y analizando de forma específica el uso adecuado de la oxigenoterapia domiciliaria.

## **INSUFICIENCIA RENAL**

La insuficiencia renal es un problema multisectorial por su múltiple y variada etiología (diabetes, hipertensión, enfermedades hereditarias, nefropatías...). No se dispone de datos sobre su incidencia y prevalencia a nivel primario, porque la única información existente sobre este problema, se basa en los indicadores de mortalidad y en el número de pacientes que evolucionan precisando depuración extrarrenal. Actualmente la tasa de mortalidad por insuficiencia renal en la Región es de 11,86/100.000, con un ligero predominio del sexo femenino (12,48/100.000) frente al masculino (11,23/100.000).

No existen datos fiables sobre la incidencia de la insuficiencia renal aguda, tanto por su multicausalidad como por el variable grado de gravedad, que hace que sólo un pequeño porcentaje precise ingreso hospitalario. No obstante, parece observarse una tendencia a la disminución de casos producidos por fármacos nefrotóxicos e hipertensión, y al aumento de los producidos por abuso de heroína y cocaína.

De entre los pacientes que evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica terminal son incluidos en programa de diálisis aproximadamente 60 por año, lo que hace que en la Región en este momento se está dializando a 426 pacientes (42,8/100.000 hab.), los cuales se distribuyen, según la técnica de depuración extrarrenal, en 371 en hemodiálisis tanto hospitalaria como en centros concertados, 5 en hemodiálisis domiciliaria y 50 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El perfil por edad y sexo del enfermo dializado muestra un claro aumento de prevalencia conforme avanza la edad del paciente con casi un 40% de más de 60 años, y un 35% con edades comprendidas entre 40-60 años. Por sexo, predominan los hombres con el 58,5% (251) frente a las mujeres 41,5% (174).

La tasa de prevalencia de enfermos dializados según el Area de Salud de procedencia, sitúa el Area del Noroeste y el Area de Lorca con los valores máximo y mínimo respectivamente (49,09/100.000 y 30,34/100.000), siendo la tasa de la Región similar a la existente en los países occidentales de nuestro entorno. Sin embargo, factores como la mayor esperanza de vida en líneas generales, junto a la menor mortalidad debida a otras causas que condicionan la aparición de un mayor número de insuficiencias renales, y otras como la mayor supervivencia en diálisis o la universalización de la asistencia sanitaria prevén un aumento importante del número de pacientes dializados, y de la edad media de los mismos si se mantienen los actuales criterios de inclusión en el programa.

La situación en la Región en lo que respecta a transplante renal es claramente deficitaria, con 120 pacientes en lista de espera, habiéndose realizado en 1991 sólo 19 trasplantes, lo que sitúa a la Región con una tasa de pacientes con transplante renal funcional de 10/100.000, por debajo de la media nacional.

Frente a esto, los recursos con los que cuenta el sistema sanitario de la Región son:

- Cuatro Centros de Diálisis con situación límite en cuanto a la disponibilidad de nuevos puestos de hemodiálisis.

- Los 371 puestos actualmente funcionantes se distribuyen:

Area I: – Hospital Virgen de la Arrixaca (111)

– Centro de Hemodiálisis (204)

Area II: – Nefroclub (48)

Area III: – Hospital Rafael Méndez (8)

- Una unidad de diálisis peritoneal situada en el Hospital Virgen de la Arrixaca, con escasez de recursos tanto de personal como de local para adiestramiento y control de estos pacientes.

- Tres centros autorizados para la extracción de órganos (H. V. Arrixaca, H. V. Rosell y H. General) y un centro autorizado para el trasplante renal (H. V. Arrixaca).

- Dos servicios de Nefrología (H. V. Arrixaca y H. Rafael Méndez).

Aparte de los problemas ya mencionados de trasplante y diálisis, el sistema sanitario de la Región se enfrenta a una serie de deficiencias que repercuten en la calidad del tratamiento recibido por el paciente renal, y que se concretan en el retraso para la realización de los accesos vasculares definitivos para hemodiálisis, así como en la necesidad de camas hospitalarias para enfermos nefrológicos y un local adecuado para policlínica de nefrología.

Finalmente, y aunque el número de enfermos con insuficiencia renal severa no es muy alto en relación con otras enfermedades crónicas, sí que hay que destacar la importancia del proceso por el alto coste que el tratamiento genera (farmacológico, dialítico, trasplante, estancias hospitalarias, desplazamientos, asistencia social...), y los trastornos que ocasiona tanto en el entorno laboral (pérdida del puesto de trabajo), como familiar (cabeza de familia, paciente geriátrico o deteriorados), social (aislamiento) y psíquico (depresión).

**OBJETIVO 17. Para 1996 se realizarán anualmente 35-40 trasplantes renales. Para ello se potenciará la Unidad de Trasplantes y se fomentará la donación de órganos en el ámbito regional.**

**OBJETIVO 18. En 1993 se normalizarán las actuaciones preventivas y el manejo terapéutico adecuado dependiendo del tipo de enfermo y grado de evolución del proceso. Se realizará un análisis de las diferentes modalidades de diálisis para elaborar una estrategia encaminada a lograr la mayor eficiencia y la mejor calidad de vida del paciente, a través de la descentralización de las Unidades de Nefrología y la potenciación de la diálisis domiciliaria.**

## **TRASTORNOS MUSCULO- ESQUELETICOS**

La prevalencia a nivel nacional de los trastornos músculo-esqueléticos (enfermedades reumáticas) está situada en el rango del 25-30%, representando estos procesos la primera causa de restricción de actividad principal, referida a las dos últimas semanas en la población mayor de 15 años, con una media de 11,4 días por cien habitantes. Asimismo, ocupan el primer lugar entre las causas que obligan a guardar reposo en cama, en el mismo período y para la misma población, con una media de 5,1 días por cien habitantes.

Son responsables del mayor consumo de medicamentos, según pone de manifiesto la Encuesta Nacional de Salud, tras los destinados “para el dolor” y “para la tensión”, y suponen la primera causa de demanda de consulta en Atención Primaria en la Región.

En el período comprendido entre 1983-1986, el 73,3% de todas las invalideces concedidas en Murcia fueron de causa reumatológica, siendo esta proporción entre 2 y 3 veces superior a otras regiones del Estado. Gran parte de esta casuística está producida por tres entidades principalmente, a saber, problemas degenerativos (artrosis), lumbalgia y osteoporosis (postmenopáusica y senil).

La lumbalgia tiene una prevalencia estimada para la población española en 1980 del 7,3%, con una incidencia del 16% y con previsiones de constituir a medio plazo, el 20% de todos los problemas músculo-esqueléticos. De las repercusiones del proceso, basta decir que, el 13,6% de los pensionistas por incapacidad laboral lo era por lumbalgia.

Respecto a la osteoporosis es una enfermedad que se presenta en mujeres en una proporción de 6:1 en su forma Idiopática reduciéndose esta proporción 2:1 para la senil. Entre los factores predisponentes destacan la privación estrogénica en mujeres por menopausia, la vida sedentaria y el déficit de ingesta dietética de calcio (en la Región, en personas mayores de 60 años) por lo que, y tomando en consideración los factores mencionados, es previsible que su incidencia se vea incrementada en el futuro.

La osteoartrosis es considerada la enfermedad reumática más frecuente. Constituye la mayor causa de invalidez por procesos reumáticos con un 66% sobre el total en la Región de Murcia, así como la mayor causa de consulta reumatológica en medicina general.

La tendencia al aumento de las expectativas de vida de la población incrementará la prevalencia del proceso.

**OBJETIVO 19. Para 1995 todos los Equipos de Atención Primaria tendrán protocolizada la intervención ante los trastornos músculo-esqueléticos.**

Para ello se consensuarán criterios de actuación ante las enfermedades reumáticas entre los Equipos de Atención Primaria y los especialistas de referencia, estableciendo los criterios de derivación entre niveles y aumentando la racionalización del uso de fármacos antiinflamatorios, así como la rehabilitación física.

## **E.T.S., S.I.D.A. Y HEPATITIS B**

**E.T.S.** Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) incluyen una serie de procesos de naturaleza infecciosa, en los que la transmisión sexual reviste interés epidemiológico, si bien en algunos de ellos no es el mecanismo más importante.

Clásicamente incluyen Blenorragia, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal a los que se les han incorporado otros procesos cuya importancia como E.T.S. se ha reconocido recientemente debido a la disposición de mejores medios diagnósticos, así como el hecho de que muchas de las E.T.S. se han hecho epidémicas, independientemente del interés cada vez mayor que suscitan estas enfermedades en función de su connotación social, complicaciones y costes que conllevan.

En España la declaración de la sífilis y la gonococia es obligatoria desde 1982. En Murcia, en 1987 la declaración se hizo nominal y además se incluye la rúbrica "otras E.T.S.". En ésta se excluyen el S.I.D.A. y la Hepatitis, que se declaran en rúbricas independientes.

La aparición de nuevas enfermedades, como el S.I.D.A., de alta letalidad ha introducido cambios en la incidencia global de las E.T.S., por la mayor utilización de medidas preventivas (métodos barrera). En líneas generales, se ha registrado un descenso de las infecciones clásicas con aumento de otras nuevas (Condilomas, Uretritis no gonocócicas, Herpes genital, etc.).

De acuerdo con los casos declarados, las tasas de Sífilis e Infección Gonocócica disminuyen continuamente, tanto a nivel regional como en España, desde 1984. No obstante, hay razones para suponer que existe una importante infranotificación. En el año 1991 se declararon en la Región 17 casos de Sífilis (tasa 1,62/100.000) y 45 de Infección Gonocócica (tasa 4,30/100.000). En España las tasas en el año 1990 fueron de 4,07 y 33,12/100.000, respectivamente.

La magnitud real del problema, no obstante, resulta difícil de establecer dado que los sistemas de registro sólo recogen, y desde hace muy poco tiempo, una parte de las E.T.S. (las de declaración obligatoria).

**S.I.D.A.** La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) es un problema sanitario de primer orden en nuestro país en base a dos hechos fundamentales: su creciente incidencia y su elevada mortalidad. Además por su impacto social y económico rebasa los límites de lo estrictamente sanitario para implicar a otros sectores de la sociedad.

La Comunidad Autónoma de Murcia se considera por el momento, como una de las regiones con baja incidencia de Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en comparación con otras zonas del país; sin embargo

en los últimos años se ha producido un notable crecimiento en la tasa de incidencia acumulada, de 46 casos/millón de habitantes en 1989, a 171,4 casos/millón, siendo 200 los casos de S.I.D.A. acumulados en mayo de 1992. Dado el retraso en la declaración de los casos y las restricciones que la propia definición de caso registrable conlleva, se puede estimar al menos en otros tantos el número de infectados que han desarrollado alguna sintomatología severa en relación con el V.I.H. y no están incluidos en la actual definición de caso de S.I.D.A., y a los que también deben dirigirse los programas de actuación sanitaria y social. La O.M.S. estima que por cada caso de S.I.D.A. declarado existen 8-10 portadores de V.I.H. asintomáticos o con síntomas no incluidos en la definición actual de caso de S.I.D.A. En la Región de Murcia es razonable estimar que el número de infectados por V.I.H. se encuentra entre 1.600 y 2.000.

En la Región, el S.I.D.A. afecta fundamentalmente a los varones (relación hombre/mujer: 7,4) y el mayor porcentaje de casos se concentra en el grupo de edad de 20-39 años, distribución similar a la del resto del país y que supone dada la alta letalidad un elevado número de años potenciales de vida perdidos. También hay que considerar que en Murcia el porcentaje de casos mayores de 40 años es 18,18% siendo en España de 12,5%.

Respecto a las prácticas de riesgo, existe un claro predominio de los Adictos a Drogas Vía Parenteral (A.D.V.P.) 47,7% como en otras zonas del país. El porcentaje de casos de varones homo o bisexuales es mayor que en el resto de España (24,4% versus 15,7%) y lo mismo ocurre con los casos de transmisión heterosexual (7,3 frente a 5,5) que son los que están experimentando un mayor crecimiento porcentual.

La supervivencia global encontrada a los 15 meses del diagnóstico en los casos acumulados de S.I.D.A. en la Región hasta 1991 es similar a la descrita en otros estudios en España y previsiblemente mejorable con el diagnóstico precoz y seguimiento de los enfermos. Por otra parte la seropositividad a V.I.H. en el período 1988-1990, es algo superior en la Región de Murcia a la media del país (0,24 por mil en la Región versus 0,19 por mil en España, durante 1990).

España es el país europeo (de los que se dispone de datos) con cifras de infección en la edad pediátrica más elevadas. En la encuesta multicéntrica española se detectaron anticuerpos anti-V.I.H. en uno de cada 1.000 partos siendo en el 90% sus madres A.D.V.P. De ellos, aproximadamente el 25% estarán realmente infectados, pero todos requieren un seguimiento durante meses y precisan grandes recursos de los servicios públicos.

En Murcia el porcentaje de casos de S.I.D.A. en menores de 15 años es similar al del resto de España (2,8% y 3,1% respectivamente), pero se desconoce el número de infectados. Según estimaciones los niños que en la Región se han detectado con anticuerpos anti-V.I.H. al nacimiento en los últimos 5 años son alrededor de 50, no cumpliendo un número importante de ellos las citas programadas.

Los casos de S.I.D.A. en adolescentes son pocos, pero en esta edad se infectaron la mayoría de los enfermos de S.I.D.A. entre los 20-30 años (47% del total en España). Si a ello unimos que es en el período de la adolescencia donde se adquieren los comportamientos sexuales y los patrones de uso de drogas, es un período crítico para obtener un impacto en estos comportamientos, ayudándoles a desarrollar un comportamiento sexual seguro y evitando el uso de drogas.

Respecto a la actual capacidad de respuesta del sistema sanitario en nuestra Región, se observa que la mayoría de los enfermos se encuentra en estadios avanzados de la infección por V.I.H. cuando establecen el primer contacto con las consultas de seguimiento, lo que puede ser debido a:

- Escaso índice de sospecha para la infección por V.I.H. por parte de los profesionales de Atención Primaria.
- Dificultades de acceso a los test de detección y al control médico de muchos de los enfermos.
- Bajo nivel de información de la población general y con prácticas de riesgo.

Por otra parte, el hecho de que los enfermos comiencen el seguimiento en estadios avanzados de la enfermedad da lugar a un aumento de la morbilidad y a un incremento en el número de ingresos hospitalarios y hospitalizaciones prolongadas.

En el momento actual, la asistencia sanitaria al enfermo V.I.H.+ es desarrollada casi en exclusiva por los hospitales. Aunque no se dispone de cifras indicativas de todos los centros hospitalarios, en el H. V. Arrixaca el número de estancias originadas por esta patología ha pasado de 575 en 1989 a 1.375 en 1991, y el número de visitas a Consultas Externas de 160 a 988 para el mismo período. El censo de portadores de V.I.H. (enfermos de S.I.D.A., enfermos con enfermedad ligada al V.I.H. y asintomáticos) seguidos en el H. Arrixaca es de 245, en el H. General de 180 y en el H. Rosell de 150.

Tan importantes como los problemas a nivel de asistencia sanitaria son los problemas sociales que, en líneas generales, se derivan tanto de la propia infección por V.I.H. como por la escasa aceptación social de los colectivos con prácticas de riesgo.

Finalmente, y en cuanto a la repercusión económica del problema S.I.D.A., se estima en la Región que el coste derivado de los ingresos por infección por V.I.H. fue en el año 1989 de 15.423.800 elevándose a 47.030.500 para 1991. No hay estimaciones de los costes derivados de la pérdida de horas laborales, así como de las muertes prematuras producidas.

**OBJETIVO 20. Disminuir la incidencia global de la infección V.I.H. y proporcionar asistencia precoz y eficaz a los afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida a través de la implantación de un Programa de Prevención y Control del S.I.D.A. en 1994.**

Durante 1993 deberá estar formulado el programa de prevención y control de S.I.D.A. que contemplará acciones preventivas encaminadas a informar adecuadamente a la población en general y especialmente a los adolescentes y a los colectivos con prácticas de riesgo, la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas, la facilitación del acceso de mujeres portadoras a los dispositivos de planificación familiar para evitar embarazos y proporcionar la posibilidad de aborto terapéutico, y la normalización en los centros sanitarios de medidas de protección universal frente a muestras biológicas.

Desde el punto de vista asistencial se protocolizarán las actuaciones para el control y seguimiento de enfermos e infectados tanto en el ámbito de Atención Primaria como de especializada.

En coordinación con servicios sociales se establecerán medidas de apoyo a través de incentivar la acogida familiar de los afectados, y propiciando en situaciones extremas la existencia de casas de acogida para enfermos sin apoyo familiar ni medios económicos.

El programa contemplará la formación del personal sanitario con especial énfasis en la mejora de las actitudes frente a esta patología, así como el apoyo a los comités ciudadanos y otras asociaciones que desarrollen su labor entre los afectados y los colectivos con prácticas de riesgo.

**HEPATITIS B**

La hepatitis B es una enfermedad infecto-contagiosa que plantea un importante problema de salud pública debido a la considerable prevalencia e incidencia de la infección (que la hace endémica en todo el mundo), su gravedad (alrededor de un 10% de los infectados evolucionan a un estado de portador crónico que puede derivar en hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepático) y el elevado coste económico que ello supone. Especialmente grave es el problema en los recién nacidos de madre portadora, ya que entre los que adquieren la infección el 90% desarrollan una infección crónica y entre éstos el 25% morirán de una enfermedad crónica del hígado antes de los 40 años.

Tanto los pacientes con hepatitis aguda, como los que padecen una hepatitis crónica, y los portadores crónicos asintomáticos son potencialmente infecciosos, siendo estos dos últimos colectivos los que constituyen el reservorio de mayor importancia para el mantenimiento de la endemia en la población.

No existen datos sobre la incidencia real de la hepatitis B en España, ni en la Región, ya que sólo desde 1982 la hepatitis viral es una enfermedad de declaración obligatoria y la declaración es conjunta para todas las hepatitis virales, sin diferenciar según tipo etiológico (A, B, C, otras).

Extrapolando datos de otros países se ha estimado que la incidencia anual de hepatitis icterica oscila entre 20 y 40 casos por 100.000 habitantes, lo que en la Región supondría 210 a 420 casos anuales.

La prevalencia de portadores crónicos se desconoce en la Región. En el Plan de Salud estatal se ha asumido, a partir de estudios parciales, una prevalencia de portadores crónicos en España entre un 2 y 2,5%. Por otra parte en Cataluña se ha realizado recientemente el primer estudio sobre prevalencia de marcadores de Hepatitis B en población general, encontrándose en población adulta una prevalencia de HBs Ag de 1,7% y de anti Hbs de 17,9%. La prevalencia para los dos marcadores muestra un bajo riesgo para hepatitis B antes de la pubertad, aumentando desde la adolescencia.

Estos datos permiten situar a España y a la Región de Murcia, entre aquellos considerados como de endemicidad intermedia, frente a otros países europeos donde la prevalencia es de 0,5 a 1,5%. Si se supone una prevalencia de portadores en la Región entre 1-2% habría actualmente entre 10.500 y 21.000 portadores.

Por otra parte con un número de nacimientos en la Región de 14.000 niños al año y suponiendo que el 2% de las madres son portadoras, nacerán al año 280 niños de madre portadora. Si entre el 10 y el 85% de estos niños adquieren la infección, cada año habrá entre 28 y 238 recién nacidos infectados. Dado que la vacuna es efectiva en el 95% de los recién nacidos, se podrían evitar cada año entre 24 y 203 infecciones crónicas hepáticas en recién nacidos.

Existen grupos de población con alto riesgo de contraer la infección por sus características socio-sanitarias, identificándose como tales los siguientes:

- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Varones con prácticas homo o bisexuales.
- Personas con actividad heterosexual que hayan sido diagnosticadas de otra enfermedad de transmisión sexual recientemente o que hayan tenido más de una pareja sexual en los últimos seis meses.
- Personas con riesgo ocupacional (sanitarios, funcionarios de prisiones y ciertas instituciones cerradas, etc.)
- Pacientes en Hemodiálisis.
- Receptores de Hemoderivados.
- Internos en ciertas Instituciones cerradas.
- Convivientes y parejas sexuales de portadores crónicos.
- Viajeros internacionales.
- Inmigrantes de países de alta endemia.
- Colectivos gitanos.

En España, a partir de estudios parciales en hospitales, se ha observado que la edad media de los pacientes oscila entre 24 y 30 años y más de la mitad tienen entre 15 y 30 años. Por tanto es la época de la adolescencia un período crítico para la intervención sanitaria, pues en ella aumenta tanto la incidencia de la enfermedad como la práctica de conductas de riesgo.

La gravedad de la enfermedad, así como la trascendencia económica derivada de las consecuencias agudas y crónicas de la infección por el virus de la Hepatitis B justifican sobradamente el abordaje preventivo de esta enfermedad.

El grupo español de estudio de la Hepatitis B, estimó en el año 1987 que el coste global por caso de Hepatitis B clínica al cabo de un año de seguimiento asciende, por término medio, a 1.160.811 ptas., variando según la evolución de la enfermedad, en 970.000 ptas. en caso de curación, 942.504 en caso de portador crónico asintomático, 2.289.177 ptas. para la Hepatitis crónica y 2.816.607 en caso de fallecimiento. La mayor parte del coste descansa en el absentismo laboral y depende por lo tanto de la profesión y salario del enfermo.

Los estudios realizados en los últimos años han concluido que la estrategia de vacunación universal es la más eficaz para disminuir la incidencia global de la enfermedad, con una relación coste-beneficio óptima. Además, la adopción de la vacunación universal abarata los costes de las dosis vacu- nales de manera progresiva.

Actualmente en la Región de Murcia no existe ninguna estrategia regional de prevención de la hepatitis B mediante vacunación. De igual forma, tampoco existe a nivel regional una estrategia de detección del Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en gestantes. Solamente en algunos Hospitales y Centro de Atención Primaria, de forma aislada, se llevan a cabo programas de vacunación en sanitarios y en otros grupos de alto riesgo.

**OBJETIVO 21. Disminuir la morbi-mortalidad debido al virus de la Hepatitis B en los grupos de riesgo.**

**21.1.** En 1993 se normalizará la vacunación sistemática de los grupos de riesgo y la detección de embarazadas con Ags HB.

**21.2.** Durante 1993 se definirá la estrategia de vacunación universal en función de la edad más adecuada en nuestro medio, que se implantará antes de 1996.

**ENFERMEDADES  
SUSCEPTIBLES DE  
VACUNACION**

Como enfermedades susceptibles de vacunación se hace referencia a las siguientes: Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Rubeola, Parotiditis y Gripe.

La informatización del programa de vacunaciones iniciada en 1991, registra actualmente a niños desde el nacimiento hasta los 2-3 años de edad. Durante el año 1991, la cobertura de niños registrados en la base de datos del programa fue del 98%, es decir, de aproximadamente unos 275 niños de la Región menores de un año de edad no se dispone información. Con la consolidación del Programa se espera posibilitar la captación activa de niños no resgistrados y lograr una cobertura prácticamente del 100%. La información sobre cobertura vacunal, no estará disponible hasta finales de 1993.

Sin embargo, existe un sector de población no vacunado adecuadamente que abarca distintos grupos de edades y del cual existe escasa información cualitativa y cuantitativa siendo difícil de ubicar geográficamente porque en gran parte muestra un carácter transeúnte, con situación socio-económica, sanitaria y cultural muy baja y con difícil acceso a los servicios sanitarios.

La importancia de reflejar estos grupos de población reside en que debido a la dificultad de acceso a los servicios sanitarios y a la difícil captación y seguimiento en cuanto a intervenciones sanitarias, probablemente precise del desarrollo de estrategias de enfoque de riesgo, a llevar a cabo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud con apoyo multidisciplinar e intersectorial.

**Vacunación frente a  
sarampión, rubéola y  
parotiditis**

Actualmente, podemos situar la cobertura vacunal triple vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) aproximadamente en un 90% a los 15 meses de edad. Para lograr la desaparición de brotes de Sarampión se estiman necesarias coberturas próximas al 95% y superiores a ésta para erradicarlo. La incorporación de una segunda dosis de vacuna triple vírica a niños/niñas de 11 años de edad, y la vacunación de todos los niños escolarizados puede contribuir a lograr dichos objetivos.

No existe información sobre el nivel de inmunización frente a Rubeola en población adulta, no desarrollándose actividades programadas de incremento de vacunación rubeólica en población femenina en edad fértil.

**Vacunación  
antitetánica**

La cobertura vacunal antitetánica para la dosis correspondiente a la edad de 14 años, se sitúa en los últimos cuatro años entre el 70-85%. Se observa una disminución importante de la cobertura a esta edad respecto a la dosis de los 6 años, disminuyendo aproximadamente en un 15% de cobertura.

Las especiales características del período de la adolescencia (negativa a vacunarse), la falta de información adecuada sobre vacunaciones, el aban-

dono de la escolarización y la no administración de esta dosis de vacuna en el ámbito escolar, probablemente sean alguna de las causas que expliquen la disminución de la cobertura a esta edad.

Se estima que solamente el 20-25% de población adulta está vacunada frente a tétanos, no realizándose en la actualidad actividades programadas de vacunación a embarazadas.

Durante los dos últimos años se han producido tres casos/año de Tétanos, incidiendo fundamentalmente en adultos mayores de 50 años siendo la mortalidad superior al 70%.

### **Vacunación antipoliomielítica**

Se observa una importante disminución de la cobertura vacunal para la dosis de los 14 años de edad (entre el 75-85% en los últimos cuatro años) respecto a otras edades.

Los comentarios realizados con motivo de la insuficiente vacunación antitetánica a los 14 años de edad, son válidos también para la vacunación antipoliomielítica.

### **Vacunación antigripal**

Desde 1982 la incidencia de gripe se ha mantenido bastante estable, registrándose las dos temporadas de menor actividad gripal en 1987-1988 y 1990-1991, coincidiendo ambas temporadas con una circulación predominante del virus de la influenza B sobre el virus de la influenza A en España.

En la Región de Murcia se registraron unas tasas de incidencia para el año 1990 de 12.115/100.000 y para el año 1991 de 7.239/100.000. La tasa de mortalidad en el año 1989 fue de 2,68/100.000.

## **OBJETIVO 22. Mantener nula la incidencia de casos de poliomieltis y difteria y disminuir los casos de tosferina y tétanos no neonatal.**

**22.1.** Alcanzar una cobertura vacunal del 95% para las dosis de vacunas frente a difteria-tétanos-tosferina, en menores de 2 años de edad, para el año 1996.

**22.2.** Lograr una cobertura vacunal del 95% en las dosis de vacunas frente a poliomieltis y tétanos a los 6 años de edad para 1996.

**22.3.** Lograr una cobertura mínima del 90% en las dosis de vacunas frente a tétanos y poliomieltis correspondientes a los 14 años de edad, para 1996.

## **OBJETIVO 23. Disminuir la incidencia de sarampión, rubeola y parotiditis para 1996.**

**23.1.** Lograr una cobertura vacunal del 95% para la dosis de vacuna frente a sarampión-rubeola-parotiditis a los 15 meses de edad.

**23.2.** Lograr una cobertura vacunal del 95% para la dosis de vacuna frente a sarampión-rubeola-parotiditis a los 11 años de edad.

**OBJETIVO 24. Mantener nula la incidencia de tétanos neonatal y disminuir la incidencia de tétanos en el adulto, para 1995.**

**24.1.** Lograr una cobertura vacunal superior al 40% para la vacuna antitetánica del adulto.

**24.2.** Lograr una cobertura vacunal del 80% en mujeres embarazadas.

**OBJETIVO 25. Disminuir la morbi-mortalidad por gripe en la Región.**

**25.1.** Alcanzar una cobertura vacunal del 80% de la población con 65 años o más para 1995, e incrementar la cobertura vacunal en otros grupos de riesgo.

**OBJETIVO 26. Incrementar la vacunación en población no vacunada o incompletamente vacunada para 1996.**

**26.1.** Identificar y caracterizar los grupos de población y los factores de no vacunación, durante 1994.

**26.2.** Elaboración de estrategias de intervención para incrementar la vacunación para 1996.



## **TUBERCULOSIS**

En España, desde 1982 la tasa de tuberculosis respiratoria ha ido aumentando hasta 1986 y disminuye desde entonces. En la Región, la tasa aumentó hasta 1988 y desde entonces permanece estable. Las tasas de tuberculosis respiratoria en los años 1990 y 1991 han sido de 23,12 y 22,55/100.000, 242 y 236 casos, respectivamente. Las tasas de "otras tuberculosis" para los mismos años han sido de 2,96 y 2,48/100.000 con 31 y 26 casos. La tasa de mortalidad específica para tuberculosis pulmonar en el año 1989 fue de 1,34/100.000 y de 1,5/100.000 para "otras tuberculosis".

Debido a que el tratamiento quimioterápico actual generalmente evita la muerte del enfermo, los datos de mortalidad por tuberculosis han perdido su valor epidemiológico como indicador de la situación o evolución de la enfermedad. A pesar de ello se comprueba que la tasa en la Región (similar a la encontrada en otras regiones españolas en las que se recoge esta información) es cuatro veces superior a la tasa en U.S.A.

La todavía alta tasa de mortalidad, aunque también depende de la prevalencia de la enfermedad, está condicionada por la importante letalidad (11,3%) debido, principalmente, al diagnóstico tardío y un control inadecuado en un importante número de enfermos. Por ello, mientras estas tasas sean relativamente altas, se considera de interés conocer su evolución, pues son un indicador de la efectividad de las medidas de diagnóstico precoz y control de la enfermedad tuberculosa.

Aunque las tasas de casos declarados en la Región son algo superior a la media nacional (20/100.000), las estimaciones sobre la tasa real en todo el país orientan hacia una media de 40 casos por 100.000, por lo que sólo se estaría declarando y controlando el 60% de los casos reales.

La mayor frecuencia de casos la proporcionan los grupos de 15-24 y 25-34 años. Es destacable, sin embargo, la alta incidencia en los primeros años de vida, lo que indica la necesidad de detección precoz de los enfermos con capacidad contagiante, así como la vigilancia temprana de sus contactos.

Se reconocen universalmente como grupos sociales de alto riesgo para tuberculosis a los indigentes, los internos en instituciones cerradas (sobre todo en prisiones) y los adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.).

La investigación de contactos de enfermos de tuberculosis constituye una de las principales actividades de control de esta enfermedad. Permite conocer y tratar tanto a otros enfermos relacionados con el caso índice, como a los infectados con alto riesgo de desarrollar enfermedad activa. Presenta importantes dificultades en la captación, así como en la adhesión a las medidas quimioprolifáticas, debido a que se dirige a personas generalmente libres de síntomas.

En la Región esta actividad detecta un número importante de casos. En 1990 un 16% del total de enfermos declarados fue diagnosticado en la in-

investigación de contactos a partir del estudio del 66% de los casos índice inicialmente declarados por los servicios asistenciales, lo que ofrece una relación de un caso nuevo detectado por cada 3,5 enfermos investigados. Estos enfermos detectados en el control de contactos presentan una especial relevancia epidemiológica en el control de la tuberculosis, ya que se trata, o bien de focos de contagio casi asintomáticos que perpetúan la diseminación de la enfermedad, o de casos iniciales de primoinfección que todavía no han iniciado la transmisión de la enfermedad.

No se dispone de información sobre seropositividad a V.I.H. en los casos de tuberculosis respiratoria. Sólo se conocen los casos V.I.H.+ en la rúbrica de "otras tuberculosis", que entonces se constituyen como casos S.I.D.A., y que en el bienio 1990-1991 (con 15 casos) representan el 26,3% de las tuberculosis extrapulmonares.

La prevalencia de infección tuberculosa se considera como uno de los más importantes indicadores de la evolución y transmisión de la enfermedad. La prospección realizada en nuestra Región en los escolares de primer curso de E.G.B. muestra una evolución decreciente con cierta estabilización en los últimos años (alrededor del 0,6%).

Aproximadamente el 65% de los casos controlados en 1990 han ingresado en hospitales estimando una media de 15 días de hospitalización por enfermo.

Se estima que el 40% de los casos diagnosticados no son debidamente declarados, por lo que no es posible conocer sus características y capacidad infectante ni realizar en ellos medidas de prevención y control.

En los casos declarados se desconoce o es incompleta la información sobre factores esenciales para su adecuado control. Sólo en el 65% de los casos declarados se tiene constancia sobre el control del enfermo y sus contactos estimándose que sólo se estudia un 70% de los contactos que deberían ser revisados, debido a un insuficiente sistema de captación.

La cumplimentación de quimioprofilaxis en los contactos e infectados en general es baja, sobre todo en mayores de 15 años en los que no llega al 60%. En niños y escolares el porcentaje que completa la quimioprofilaxis es superior al 85%, siendo el grado de incumplimiento del régimen terapéutico prescrito entre el 20 y el 50% de los enfermos. El incumplimiento por parte del enfermo junto al tratamiento incorrecto dan lugar a largos períodos de transmisibilidad, altas tasas de recaídas, tratamientos económicamente más costosos, aumento de resistencia a fármacos y una elevada letalidad.

**OBJETIVO 27. De aquí al año 1996 la tasa de morbilidad por tuberculosis debe reducirse en un 20% y la tasa de prevalencia de infección en escolares debe ser inferior a 0,5% de forma estable en escolares de primer curso de E.G.B.**

**27.1.** Durante 1993 se elaborará un programa de control de la tuberculosis que contemplará como mínimo los siguientes apartados: Mejora del diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora del sistema de declaración, establecimiento de un control activo de enfermos que permita completar un correcto tratamiento, actualización del conocimiento sobre medidas terapéuticas y de control del enfermo, y pautas de actuación para el control de contactos y seguimiento de quimioprofilaxis.



### **3. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA**



**OBJETIVOS  
RELACIONADOS CON  
LOS ESTILOS DE  
VIDA**

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida (O.M.S./EURO, 1.985).

Por tanto hay que interpretar que la responsabilidad que los individuos y los grupos tienen en la resolución de los problemas de salud más directamente relacionados con el comportamiento, no significa culpabilidad, sino más bien madurez y mayor capacidad para aumentar el control sobre su salud.

De esta forma es como se interpreta en el Análisis de Situación la categorización de Lalonde de los estilos de vida, compuestos de la suma de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control. Las decisiones y hábitos personales que son perjudiciales para la salud, crean riesgos originados por el propio individuo y cuando esos riesgos resultan en enfermedad o muerte se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó o causó su propia enfermedad o defunción. En todo caso, un estilo de vida saludable puede ser adoptado sólo cuando se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello.

Son múltiples los datos sobre enfermedades debidas a los modos de vida y la O.M.S. se hace eco de los problemas que reflejan la importancia de los estilos de vida y de los modos de comportamiento, como determinantes de la situación sanitaria de las comunidades, aunque, las investigaciones sobre estos aspectos siguen siendo insuficientes, debiendo señalar la escasez de datos disponibles sobre estilos de vida de los murcianos y la necesidad de desarrollar líneas de investigación que permitan profundizar en los componentes de los mismos para hacer más eficaces las posibles intervenciones de promoción de hábitos saludables.

Por otro lado se sabe que la salud se genera o se pierde fuera de los Servicios Sanitarios en su mayor medida. Los niveles de salud de los países industrializados no han mejorado de manera exclusiva ni lineal por el cambio de los Servicios de Salud, por los avances de la medicina, sino íntimamente ligados a la mejora de los niveles de vida, de renta, de reparto equitativo de la riqueza, de mejora de los niveles sociales y por ende culturales de las sociedades occidentales.

En este apartado se presenta un estudio descriptivo de modos de comportamiento, de la población de la Región de Murcia, de comprobada interrelación con el nivel de salud: alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas y actividad física.



## CONSUMO DE TABACO

En la Región de Murcia, según la Encuesta Nacional de Salud (1.987), el 40% de la población mayor de 16 años es fumadora, lo que supone un 2% más que la media nacional, aunque no existe una distribución homogénea por sexos. Así, la mayoría de los hombres son fumadores (58,6%) y consumen 10 o más cigarrillos al día (45,3%), en tanto que la gran mayoría de mujeres son no fumadoras (71,1%), o fuman entre 1 y 9 cigarrillos por día (13,2%). En la tabla 3.1. pueden apreciarse estas distribuciones y su composición con los resultados a nivel nacional.

**TABLA 3.1.** CONSUMO DE TABACO POR SEXO. POBLACION DE 16 Y MAS AÑOS. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1987

CONSUMO DE TABACO	%		% HOMBRES		% MUJERES	
	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA
No fumadores	49,1	49,1	26,0	24,0	70,4	71,1
Ex-fumadores	12,0	10,3	18,5	16,4	6,0	4,9
Fumadores	38,1	40,0	54,7	58,6	22,9	23,7
1-9 cig./día	8,5	10,7	8,3	7,9	8,7	13,2
10-19 cig./día	10,8	14,3	14,3	22,5	7,5	7,1
>= 20 cig./día	17,0	12,4	29,0	22,8	6,0	3,2

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud.

Otros estudios, aunque parciales en cuanto a la población objeto de estudio o al ámbito geográfico, pueden ayudar a una mejor comprensión de la situación. Así, la Encuesta dirigida a estudiantes de la Región de B.U.P., C.O.U. y F.P. sobre S.I.D.A. y Adolescencia, obtiene que el 77,8% de los encuestados ha fumado alguna vez y el 50,47%, lo ha hecho en el último mes. Al relacionar esta conducta con la edad, sexo, tipo de estudios, régimen del centro y sentimiento religioso, se observa una asociación estadísticamente significativa. La frecuencia del consumo es mayor entre los encuestados de mayor edad, sexo femenino, estudiantes de F.P., pertenecer a centros privados y los que se sienten poco o nada religiosos.

Un hecho revelador, por lo que puede indicar como tendencia, es que el porcentaje de chicas adolescentes fumadoras es ligeramente superior al de chicos, cuando en la población general, el porcentaje de hombres fumadores es más del doble que el de mujeres fumadoras.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo, sólo se disponen datos parciales. Así en el estudio realizado entre escolares del Municipio de Murcia en 1986 se obtiene que el 6,4% ha fumado tabaco antes de los 10 años, mientras que a los 14 años o antes lo ha hecho el 60,1% de los encuestados, datos similares a los aportados en un estudio entre escolares de Car-

tagena durante 1.990. Una aportación de este estudio de interés es la asociación estadísticamente significativa entre chicos fumadores con tener amigos fumadores.

Por último estudios realizados entre colectivos de profesionales de la salud de la Región obtienen porcentajes similares en torno al 60%.

En cuanto a las consecuencias del hábito tabáquico, se asocia con múltiples patologías como enfermedades vasculares (en general), E.P.O.C., neoplasias, úlcera de estómago, retraso del crecimiento fetal, además de ser responsable del 15% de los incendios y del 5% de los accidentes de tráfico.

En resumen, se trata de la primera causa prevenible de incapacidad y muerte prematura en los países industrializados, siendo en España la causa aislada responsable del mayor número de muertes (en 1983 se le atribuyeron 39.816 muertes, el 13% del total de fallecimientos).

## CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol constituye junto con el tabaco la toxicomanía más importante del país. España ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a consumo de alcohol por habitante y año. Entre los factores que condicionan el elevado consumo se encuentran: aumento de la producción, tradición socio-cultural, facilidad de acceso y bajo precio de la adquisición.

El alcohol es una droga legal de amplio consumo y así mismo, en la Región de Murcia, según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 54,3% de los murcianos mayores de 16 años, consume alcohol al menos una vez a la semana (Tabla 3.2), con una prevalencia desigual entre hombres (75%) y mujeres (39%).

**TABLA 3.2.** CONSUMO PORCENTUAL DE ALCOHOL SEGUN SEXO. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1987

	Consumo de alcohol				
	No bebedor	Excepcional	Moderado	Alto	Excesivo
<b>HOMBRES</b>					
MURCIA	20,5%	4,9%	62,4%	4,1%	3,6%
ESPAÑA	17,9%	5,5%	57,0%	18,8%	7,3%
<b>MUJERES</b>					
MURCIA	50,3%	10,7%	38,5%	0,4%	—
ESPAÑA	41,3%	14,8%	39,3%	1,4%	0,6%

**No bebedor** = Persona que refiere no consumir nada de alcohol.

**Bebedor excepcional** = Persona que ha consumido alguna bebida alcohólica con una frecuencia máxima de una o dos veces al mes.

**Bebedor moderado** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto comprendido entre 1 y 60 cc./día.

**Bebedor alto** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto comprendido entre 61 y 99 cc./día.

**Bebedor excesivo** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto de 100 o más cc./día.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud.

No se dispone de datos globales que caractericen mejor el consumo de alcohol en la Región de Murcia; no obstante existen estudios parciales que permiten algunas aproximaciones. No se conoce su distribución por Areas, aunque algún estudio parcial induce a pensar que no es homogénea. Así, en la Encuesta de Salud de Molina de Segura se obtienen porcentajes algo superiores (el 60,1% toma bebidas alcohólicas fermentadas al menos una vez a la semana).

El primer contacto con el alcohol se da a una temprana edad. En el estudio realizado por la Oficina Regional para Europa sobre hábitos relacionados con la salud entre escolares de 5º y 8º de E.G.B., el 80% de los encuesta-

dos han consumido alguna vez alcohol, en 19% se ha embriagado alguna vez, en tanto que las bebidas de mayor consumo son la cerveza y el vino. Aunque estos datos son referidos a todo el Estado, no existen grandes diferencias con los estudios realizados en la Región. En el realizado entre los escolares del municipio de Murcia, el 17,5% había consumido alcohol antes de los 10 años y el 75,6% lo había hecho con 14 o menos años. En la encuesta realizada entre escolares de 7º de E.G.B. en Molina de Segura, el 14,5% ha probado el alcohol antes de los 10 años, el 19,5% se ha embriagado alguna vez y el 2,5% consumen bebidas alcohólicas diariamente. El estudio realizado entre estudiantes de B.U.P. y F.P. de la Región de Murcia (S.I.D.A. y Adolescencia), pone de manifiesto que el 81,2% de los encuestados ha consumido alguna vez alcohol, apareciendo asociaciones estadísticamente significativas entre la frecuencia de su consumo y la edad, sexo, sentimiento religioso, tipo de estudios, régimen del centro y nivel de instrucción del padre y de la madre, en el sentido de una mayor frecuencia en los de mayor edad, varones, poco o nada religiosos, estudiantes de F.P., en centros privados, padres con estudios universitarios superiores y madre con estudios universitarios superiores o de grado medio. Además, el consumo de tabaco y alcohol están relacionados con una frecuencia de consumo mayor de tabaco entre los adolescentes que más frecuentemente beben.

Es importante señalar la gran accesibilidad de la población al alcohol, pudiéndose encontrar bebidas alcohólicas en cualquier establecimiento de alimentación y de hostelería. En este sentido es relevante que, en el estudio realizado entre escolares del municipio de Murcia de, 1986, el 89,6% respondía que el acceso a bebidas alcohólicas es fácil.

No se conoce el número de alcohólicos que hay en la Región, aunque si existen datos que permiten algunas aproximaciones. Según la Encuesta Nacional de Salud el 7,7% de los hombres y el 0,4% de las mujeres refieren un consumo alto o excesivo (más de 60 cc. de alcohol por día), estas cifras están muy por debajo de los resultados a nivel nacional (26,1% y 2% respectivamente). En el estudio realizado entre los escolares de la Región (S.I.D.A. y Adolescencia), el 30,1% de los varones y el 20,2% de las mujeres afirman consumir alcohol frecuente o muy frecuentemente.

Según el Plan Nacional sobre Drogas alrededor de 2.000.000 de personas presentan abuso y/o dependencia al alcohol. Extrapolando los datos, nuestra Comunidad tendría alrededor de 50.000 alcohólicos. El 16% de los pacientes que acuden a un centro de salud y el 11% de los ingresados en un hospital demostraron haber tenido o tener algún problema de abuso de alcohol.

En cuanto a la cirrosis hepática, que tradicionalmente ha sido utilizada como indicador indirecto del alcoholismo, la tasa de mortalidad en 1989 es del 22,1 por 100.000 habitantes. Supone el 2,8% de todas las causas de muerte y 1961 (4,8) de los años potenciales de vida perdidos en la Región como consecuencia de esta enfermedad.

Por otro lado, se estima que el 40% de accidentes de tráfico mortales y entre un 20% y 30% de accidentes laborales están asociados al consumo excesivo de alcohol.

Además de los mencionados, se le asocia con los siguientes problemas sanitarios: Afecciones cardiovasculares, neoplasias, lesiones S.N.C., lesiones aparato digestivo y pancreas, impotencia y anomalías reproductivas, abortos y síndrome alcohólico fetal, alteraciones psiquiátricas.

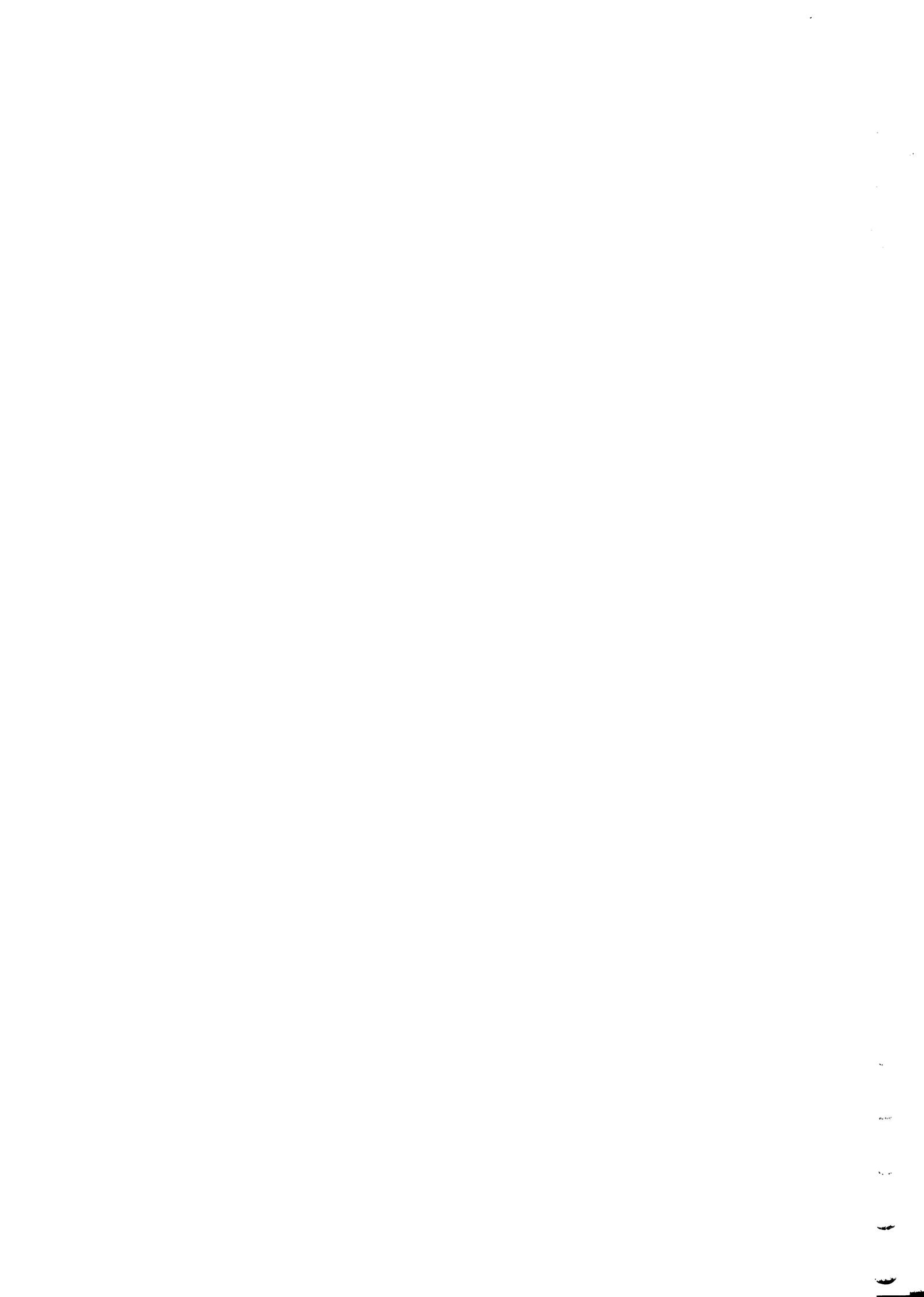
Según datos del borrador del Plan Nacional de Salud, el coste económico para el año 1987 por consumo de alcohol fue de 250.000 millones de ptas.

Finalmente, durante el período 1987-1991 (ambos incluidos), 1.285 personas han iniciado tratamiento por alcoholismo en los Centros de Salud Mental. A lo largo del período, el grupo de mayores de 45 años y los varones son los más representados. En general el alcoholismo se caracteriza por una escasa demanda asistencial directa, pero con una alta demanda asistencial indirecta (patología asociada).

**TABLA 3.3.** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEMANDAS DE TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO SEGUN AÑO Y SEXO EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL. REGION DE MURCIA. 1987-91

	1987	1988	1989	1990	1991
HOMBRES	83,6%	90,9%	87,6%	87,4%	84,5%
MUJERES	16,3%	9,1%	12,4%	12,6%	15,4%

**Fuente:** Sistema de Información sobre Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (SITCAM).



## **CONSUMO DE OTRAS DROGAS**

El S.I.T.C.A.M. es un Sistema de Información desarrollado para estimar la población que usa o abusa de un tipo de droga que es difícil medir de otra forma. Así se desarrollaron unos indicadores indirectos: a) el Indicador Tratamiento, que valora las demandas asistenciales ambulatorias existentes en la Región, b) el Indicador Urgencias, que recoge los episodios de urgencias motivadas por el uso o abuso de drogas y c) el Indicador Mortalidad del cual se ha empezado a recoger información sobre el número de muertos relacionados con estas drogas.

El resumen con los problemas más importantes detectados es el siguiente:

- Existe un aumento de las demandas asistenciales tanto en centros ambulatorios como hospitalarios por consumo de opiáceos o cocaína, siendo en 1991 en Murcia de 808 casos.
- El 94,5% de las demandas de tratamiento fueron motivadas por la heroína.
- Por sexo son los hombres los que en un 87% demandan tratamiento y en nuestra Región es mayor el porcentaje de hombres cuando se compara con España en todo el período 87-91.
- Al comparar por grupos de edad en los años en que se han registrado los casos en el S.I.T.C.A.M., se observa que los grupos de mayor porcentaje son el de 20-24 años y el de 25-29 años.
- En la Región la edad media en los inicios en el consumo (antes de los 20 años) y los inicios en la demanda de tratamiento (antes de los 25 años) es menor que en España.
- El tiempo de consumo antes de demandar tratamiento se mantiene estable en 6 años aproximadamente tanto para Murcia como para España.
- Las demandas de tratamiento por Área de Salud se producen en mayor número en el Área de Salud de Murcia, seguido del Área de Salud de Cartagena. En el resto el número de inicios de tratamiento es considerablemente menor.
- Las tasas por Área de Salud mayores son las de Murcia y Cartagena con valores muy semejantes. En tercer lugar está Lorca, seguido del Área de Yecla y por la Vega Baja y en último lugar el Área de Caravaca.
- El 50% de las admisiones a tratamiento por opiáceos o cocaína en 1991 son primeros inicios ya que nunca habían demandado tratamiento.
- Durante 1991 el 88% de los pacientes heroínómanos, utilizaron la vía inyectada, mientras que los cocainómanos el 50% la vía fue la esnifada y en un 24% la inyectada.
- Con los datos disponibles todavía no se puede afirmar si este es el pico máximo de la epidemia.

- Existió un incremento de las urgencias hospitalarias de 1989 a 1990 de un 34% de los episodios.
- Por sexo la población de hombres que acude a urgencias es sustancialmente mayor que la de mujeres.
- La edad media de los episodios de urgencias en Murcia respecto a España es menor (en el año 1990 fue de 24,2 y 26 años respectivamente).
- La droga principal que motiva las urgencias sigue siendo la heroína en un 94% de los casos en 1990.
- El principal motivo de consulta en urgencias en Murcia, es el síndrome de abstinencia, mientras que en España desde 1988 en primer lugar están los problemas orgánicos.
- Por grupos de edad son los que están entre 20-24 años en un porcentaje más alto y el grupo de 25-29 años, los que acuden a urgencias, entre ambos grupos ocupan aproximadamente el 74% de las urgencias por esta causa.

En relación a la población juvenil, existen algunos datos que permiten una aproximación sobre este tema, aunque todos son referidos a población escolarizada con las limitaciones que esto conlleva. Por un lado, tenemos los resultados del estudio llevado a cabo entre escolares de 12 a 19 años del municipio de Murcia (Sánchez y cols., 1986), según el cual un 18,5% había consumido hachís en alguna ocasión, un 12,2% tranquilizantes, un 5,4% inhalables, un 3,6% anfetaminas, un 2,1% alucinógenos, el 0,9% cocaína, y el 0,3% heroína (Tabla 3.4).

**TABLA 3.4. PORCENTAJE DE ESCOLARES QUE HAN CONSUMIDO ALGUN TIPO DE DROGAS. MUNICIPIO DE MURCIA. 1985**

	Nunca	Alguna vez	Ultimo año	Ultimo mes
Hachís	81,3%	18,5%	13,5%	7,0%
Tranquilizantes	88,4%	11,2%	6,6%	1,9%
Inhalables	93,9%	5,4%	2,7%	1,0%
Anfetaminas	95,8%	3,6%	1,9%	0,6%
Alucinógenos	97,1%	2,1%	1,4%	0,6%
Cocaína	98,7%	0,9%	0,6%	0,1%
Heroína	99,4%	0,3%	0,3%	0,1%

**Fuente:** Encuesta sobre el uso de drogas en los escolares del Municipio de Murcia.

En la tabla anterior puede observarse cómo el porcentaje de aquellos que habían consumido estas sustancias durante el último mes ronda alrededor

del 1% excepto en el caso del hachís, que se sitúa con un 7% como la droga más consumida de entre las llamadas ilegales.

Respecto a la edad de inicio, el consumo general de drogas parece iniciarse entre los 10 y los 17 años; y en lo que respecta a la accesibilidad, la mayoría de las drogas estudiadas, a excepción de la heroína y la cocaína, son consideradas fáciles de obtener por un buen porcentaje de la muestra (Tabla 3.5).

**TABLA 3.5.** GRADO DE ACCESO DE LOS ESCOLARES A LOS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS. MUNICIPIO DE MURCIA. 1985

	Fácil	Difícil
Hachís	30,8%	57,5%
Tranquilizantes	47,4%	43,2%
Inhalables	48,2%	35,8%
Anfetaminas	24,9%	54,3%
Alucinógenos	12,6%	62,0%
Cocaína	7,4%	80,0%
Heroína	6,6%	80,4%

**Fuente:** Encuesta sobre el uso de drogas en los escolares del Municipio de Murcia.

Por otra parte, otro estudio, realizado esta vez con una muestra de adolescentes escolarizados de la Región, encontró unos resultados similares, un 15,8% había fumado alguna vez hachís, un 8,6% había fumado otras drogas (además de tabaco), un 3,8% había tomado pastillas, un 3,9% había esnifado algún tipo de droga y un 0,1% se había inyectado.

Los porcentajes de utilización de drogas durante el último mes lógicamente descendían, pero aún así, un 7,1% había fumado hachís, un 1,6% había tomado pastillas o un 1,8% había esnifado droga durante el último mes.

Lamentablemente, las diferencias en la edad de las muestras, y en la metodología utilizada (mientras el primer estudio recogía información sobre las distintas sustancias, el segundo se centraba en las conductas), hacen muy difícil la comparación entre estos dos estudios. Comparación que, por otro lado, podría arrojar luz sobre la evolución de estas conductas en este grupo de población murciano. A pesar de este inconveniente, salvando las dificultades mencionadas, y teniendo en cuenta la diferencia de 5 años entre ambos, no podemos dejar de apuntar las grandes coincidencias entre los porcentajes arrojados por ambos estudios, sugiriendo si no una estabilización del consumo, sí un afianzamiento del mercado de drogas entre esta población.

El consumo de drogas está relacionado con un triple deterioro: Físico, psicológico y social.

- En relación con el aspecto físico destaca su relación con el S.I.D.A., hepatitis B, E.T.S., etc.
- En el plano psicológico destaca la desestructuración de la personalidad.
- En el campo social cobran relevancia los problemas a nivel familiar y laboral.

En nuestra Región se prevé un aumento del uso y abuso de la heroína a corto plazo aunque los estudios a nivel del Estado indican un estancamiento, en los próximos 5 años, con probable incremento del consumo de cocaína. Con respecto al consumo de las otras drogas la tendencia es de incremento tanto del uso como del abuso.

## **ALIMENTACION**

Los hábitos alimentarios de la población están cobrando cada vez mayor importancia debido a la relación existente entre el tipo de nutrientes ingeridos y diversas patologías, especialmente centradas en problemas cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

Existen datos actualizados del consumo de alimentos entre la población adulta (18 a 79 años) de la Región (Violans et al., 1991). Sin embargo, se echa de menos la existencia de datos referentes a la ingesta alimentaria en población infantil.

Los únicos datos de que disponemos en escolares son del conjunto de la nación y, por tanto, difícilmente extrapolables a nuestra Comunidad, aunque pueden darnos una idea aproximada. La dieta alimenticia del niño español puede considerarse rica en proteínas animales y frutas, y escasa en verduras, frutos secos y legumbres. Cerca del 85% consumen a diario fruta del tiempo y productos lácteos. El 56% consume al menos una vez al día carne o pescado y un 46% consume huevos todos los días. Sin embargo, otros productos como las verduras, frutos secos, pan moreno o legumbres no llegan en ningún caso a ser consumidos diariamente por el 30% de la población. Por último, existe un alto porcentaje de niños que consumen a diario productos azucarados como dulces (45%), chocolates (30%), etc... (Mendoza y cols., 1988).

### **Distribución y lugar**

La mayoría de la población adulta de Murcia (98%) consume tres comidas diarias (desayuno, comida y cena). Los murcianos toman, mayoritariamente, los alimentos de las tres comidas principales en casa, sin grandes variaciones por Area de Salud (el rango va de un 85% a un 99% dependiendo del Area de Salud y el tipo de comida). Sin embargo, los más jóvenes parecen hacer menos comidas en casa. Sería interesante, en este sentido, disponer de datos sobre la evolución de este patrón.

### **Tipo de alimentos**

Durante los últimos 15 años se han detectado en España cambios en los hábitos alimenticios tendentes a una aproximación a la llamada dieta occidental, caracterizada por un mayor consumo de productos cárnicos, leche y derivados lácteos, platos preparados, productos industriales, etc.

De acuerdo con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-1981 y la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares 1964-1965 del I.N.E., durante el período que va de 1964 a 1981 en nuestra Región ha aumentado considerablemente el consumo de leche líquida (223,8%), carnes (165,9%), pescados (54,7%), frutas (56,4%) y huevos (37,2%). Otros productos, como aceites vegetales (16,2%) o azúcar (15,6%), han conocido un incremento más moderado. Por otro lado, se observa un acusado descenso en el consumo de cereales (36,8%) atribuible al pan y legumbres (26,9%), mientras que el consumo de verduras (+0,8%) se mantiene dentro de unos valores similares (ver tabla 3.6).

**TABLA 3.6.** CONSUMO DE ALIMENTOS POR PERSONA Y DÍA (EN GR.). REGION DE MURCIA. 1964-5 Y 1980-1

	Consumo por persona/día 1964-5	Consumo por persona/día 1980-1	Porcentaje de variación
Cereales y derivados	444,10	280,76	-36,7
Leche líquida (dl.)	0,88	2,85	+223,8
Huevos	27,0	37,04	+37,2
Azúcar	35,06	40,54	+15,6
Aceites vegetales (dl.)	0,68	0,79	+16,2
Verduras	489,86	493,67	+0,7
Legumbres	40,0	29,25	-26,8
Frutas	185,2	289,65	+56,4
Carne y Prod. cárnicos	38,49	102,36	+265,9
Pescado	31,23	48,31	+54,7

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-81. Encuesta de Presupuestos Familiares 1964-65.

Por otra parte, en el período que va desde 1981 hasta 1988 se han mantenido, en España, el descenso en el consumo de ciertos alimentos típicamente mediterráneos. Debido a las diferentes metodologías utilizadas por el I.N.E. (1989) y la Dirección General de Política Alimentaria (1989), y a la falta de los datos cuantitativos necesarios resulta imposible, por el momento, realizar un análisis del consumo en nuestra Región durante este período.

De acuerdo con la Encuesta de Alimentación en la Población Adulta de la Región de Murcia de 1990, los platos más consumidos en la cena y en la comida son diferentes; sin embargo, los que más frecuentemente se toman son los típicos de la dieta mediterránea. En el almuerzo, el arroz es el primer plato más consumido, seguido de las verduras. Como segundos platos, las ensaladas de verduras frescas acompañadas de carne y pescado aparecieron como los más consumidos. En la cena el plato más frecuente fue la verdura y a continuación el pescado. En los postres de la cena se toman menos frutas y más queso. Así pues, el equilibrio alimentario de la dieta mediterránea definido por la ingesta de 2 raciones de productos lácteos o derivados, 2 raciones de frutas, 2 raciones de verdura, 2 raciones de alimentos proteicos y 3 a 5 raciones de productos farináceos es la base de los platos ingeridos que se observa en Murcia.

### **Consumo de energía y macronutrientes**

De nuevo utilizando datos del I.N.E. y atendiendo al consumo de energía y macronutrientes (ver tablas 3.7 y 3.8) se observa que, a principios de la década de los 80, el 40,17% y el 46,50% de las kilocalorías de la dieta murciana provenían de lípidos e hidratos de carbono respectivamente. Esto supone que la dieta se encontraba desequilibrada, con un elevado consumo de lípidos y un bajo consumo de hidratos de carbono. Por otro lado, tenien-

do en cuenta que la ingesta recomendada de energía por persona y día para la población adulta española es de 2.311 Kcal. de media, tenemos que tanto a nivel nacional como regional los niveles recomendados son superados ampliamente (31,84% y 40,23% respectivamente).

**TABLA 3.7.** CONSUMO MEDIO EN EL HOGAR, POR PERSONA Y DÍA, DE ENERGÍA Y MACRONUTRIENTES. ESPAÑA Y REGIÓN DE MURCIA. 1980-81

	PROTEINAS		LIPIDOS		HIDRATOS CARBONO	
	España	Murcia	España	Murcia	España	Murcia
Gramos	96,90	101,31	144,88	144,67	331,52	376,73
Kc.	387,60	405,24	1.303,92	1.302,03	1.326,08	1.506,92
% Total Kc	12,72	12,50	42,80	40,17	43,52	46,50

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares. 1980-81.

**TABLA 3.8.** CONSUMO MEDIO EN EL HOGAR, POR PERSONA Y DÍA, DE ENERGÍA POR GRUPOS DE ALIMENTOS. ESPAÑA Y REGIÓN DE MURCIA. 1980-81

	ESPAÑA	MURCIA
Cereales y derivados	782,83	882,53
Leche y derivados	310,45	306,57
Huevos	59,48	48,90
Azúcares	137,53	152,11
Grasas	713,07	724,79
Verduras	176,63	231,48
Leguminosas	74,89	90,65
Frutas	115,38	127,67
Carne y productos cárnicos	373,21	337,82
Pescados	54,53	52,71
Bebidas alcohólicas	125,36	140,24
Varios	123,45	145,26
TOTAL UNIDADES EN Kc.	3.046,82	3.240,75

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares. 1980-81.

A pesar de ello habría que tener en cuenta que la Región de Murcia mantiene ciertas diferencias en materia de alimentación con respecto al conjunto español. Se observa, por ejemplo, que, aunque la dieta murciana incluía más cantidad de energía que la española (+6,3%), se acercaba más a la llamada dieta mediterránea, debido principalmente a un mayor aporte de energía proveniente de cereales (+12,7%), verduras (+31,1%), leguminosas (+21,0%) y frutas (+10,6%), y una menor ingesta de huevos (-17,8%) y carnes (-9,5%). Sin embargo, otros aspectos menos deseables también son de destacar, como por ejemplo, el mayor consumo de azúcares (+10,6%) y

bebidas alcohólicas (+11,87%). Por lo tanto, aunque se podría hablar de una evolución conjunta de la dieta dentro de España, esto no significa que las tendencias observadas en el conjunto estatal sean extrapolables directamente a la Región, sino que han de ser estudiadas dentro del marco de características propias de nuestra Región.

En este sentido, la Encuesta llevada a cabo en 1990 (Violans et al., 1991) encontró una serie de aspectos reseñables:

- El colectivo masculino ingiere cantidades de energía superiores a las mujeres, pero que no son superiores a las propuestas en las Recomendaciones de Energía Nutrientes (RDA) de la O.M.S.
- El porcentaje debido a las proteínas, del aporte energético, es de un 15%, los lípidos 36% y los hidratos de carbono un 49%. La ingesta de alcohol supone un 3% de la energía total aportada a la dieta.
- La ingesta de grasas es alta en cualquier grupo de edad y sexo. Superior a las recomendaciones de la O.M.S., sobre todo en el colectivo de hombres jóvenes. El consumo de ácidos grasos saturados es alto.
- La ingesta de proteínas es superior a la recomendada por la O.M.S. La mayoría de los varones toman más de 2 raciones al día. Este consumo es similar al encontrado en otros estudios realizados en Cataluña y el País Vasco.
- La ingesta de carbohidratos, a diferencia de lo observado en otros trabajos, parece ser adecuada en los hombres menores de 65 años. En mujeres, el consumo es menor, al igual que en hombres mayores de 65.
- La ingesta de frutas en general es adecuada en las mujeres y los ancianos.
- La ingesta de verduras de hoja verde es baja en las mujeres y los jóvenes.
- El consumo de colesterol es elevado en el colectivo de hombres jóvenes.
- La mayoría de personas no toman 2 raciones de lácteos al día.
- La ingesta de hierro y ácido fólico es baja en el colectivo de mujeres jóvenes.
- Las personas con mayores ingresos y con mayor nivel de instrucción son las que realizan una dieta más occidentalizada: mayor ingesta de calorías, carnes y grasas.

En relación con la dieta está la obesidad y en este sentido, aunque en la Región de Murcia no existen estimaciones fiables de la proporción de adultos con sobrepeso, en cambio entre la población infantil (6-13 años) datos de un estudio de 1984 señalan que un 3,5% de la población levantina incluyendo Murcia tenía sobrepeso.

## ACTIVIDAD FISICA

Según la Encuesta Nacional de Salud, el 41,6% de la población española realiza una actividad física moderada, declarándose inactivos el 29,9% del total. Por sexos, el 35,3% de los varones se agrupa en torno a una actividad física regular (entre moderada e intensa), mientras que el 51,4% de las mujeres se sitúa alrededor de una actividad física moderada. No existen diferencias significativas, por sexos, en cuanto a la inactividad (19,9% y 21,8%). Respecto al nivel de estudios y tomando como parámetro la inactividad, los universitarios de todas las edades son los más inactivos (ver tabla 3.9).

**TALA 3.9.** ACTIVIDAD FISICA POR SEXO EN POBLACION DE 16 Y MAS AÑOS. REGION DE MURCIA. 1987

ACTIVIDAD FISICA	%		% HOMBRES		% MUJERES	
	ESP.	REG.	ESP.	REG.	ESP.	REG.
Inactivo	29,9	26,1	19,9	22,1	21,8	29,6
Moderada	41,6	35,2	30,9	26,1	51,4	43,3
Regular	29,5	30,4	35,3	36,5	24,3	25,0
Intensa	7,5	7,9	13,5	15,1	2,0	1,5
N.s/N.c	0,4	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud. 1987.

No parecen existir diferencias significativas en la actividad física según los ingresos familiares.

Según la ocupación son los empleados y vendedores los más inactivos en todas las edades. Los trabajadores cualificados, no cualificados y agrícolas, los que en mayor número califican su actividad de regular, en el grupo de 16 a 24 años. Sin embargo, las diferencias en los otros grupos de edad no es significativa según la ocupación.

El tamaño del hábitat no parece determinar el grado de actividad física, solamente señalar que se realiza una actividad física más intensa y existen menos inactivos en las zonas de menos de 10.000 habitantes.

El 22,1% de los varones murcianos son inactivos, el 26,1% realiza una actividad moderada, el 36,5% regular y el 15,1% intensa, situándose en todos los casos por encima de la media nacional, excepto en actividad moderada, que se sitúan por debajo.

Las mujeres murcianas ocupan el primer lugar como inactivas frente al resto de Comunidades (29,6%), superando la media nacional en un 7,8%.

El grupo de expertos constituido para proponer objetivos y estrategias en Promoción de Estilos de Vida Saludables, opta en su informe por no desa-

rollar intervenciones específicas y realiza unas consideraciones sobre el abordaje de la promoción de salud y la necesidad de desarrollo de condiciones previas a las actuaciones específicas.

Considerando los resultados del análisis de situación y las propuestas de diferentes grupos de expertos al tratar problemas de salud, el desarrollo de actuaciones favorecedoras de estilos de vida saludables tienen máxima prioridad en el desarrollo del Plan, y en la elaboración de la propuesta definitiva se incluirán los objetivos a alcanzar en materia de:

- Consumo de tabaco.
- Alimentación y nutrición.
- Consumo de alcohol y otras drogas.

Así como otros aspectos más genéricos relacionados con lo que se denomina hábitos saludables.

No obstante, y debido al interés del debate planteado, se ha decidido no presentar en esta fase propuestas elaboradas y transcribir íntegramente el documento del grupo de expertos esperando su enriquecimiento en la fase de discusión (Anexo).

## **4. OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE**



**OBJETIVOS  
RELACIONADOS CON  
EL MEDIO AMBIENTE**

Históricamente, las mejores cotas en el nivel de salud de la población se han conseguido como consecuencia del grado de progreso obtenido en el ámbito medioambiental en un amplio sentido. Las mejoras higiénicas en alimentos, agua o vivienda han sido el determinante principal del descenso de los índices de mortalidad infantil o el aumento de la esperanza de vida, a los cuales las intervenciones sanitarias han contribuido en menor medida.

El deterioro del medio, producto de un desarrollo poco planificado, empieza a volverse contra el nivel de salud alcanzado, estabilizándose indicadores como la esperanza de vida y propiciando unos cambios en los patrones de morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, al tiempo que está marcando desigualdades importantes entre la población.

Los sistemas de información actuales se manifiestan claramente insuficientes para valorar el impacto que la contaminación está produciendo en la salud, constituyéndose en un reto que será necesario abordar en un futuro inmediato.

Ante la inquietud que producen estos cambios del medio y su influencia sobre la salud, la O.M.S. incluyó en su estrategia una serie de objetivos destinados a fomentar la creación de ambientes saludables. A la luz de esta estrategia, los Ministros de Medio Ambiente y de Sanidad de los Estados Miembros de la Región Europea de la O.M.S., reunidos en Frankfurt en diciembre de 1989, adoptaron la Carta Europea sobre Medio Ambiente y la Salud, en la que acuerdan una serie de principios de política general de protección del medio y unos elementos estratégicos globales de control, al objeto de proteger la salud, estableciendo una serie de prioridades para los Estados Miembros que, con carácter de urgencia, deben ser abordados al margen de otros problemas locales.

La Región de Murcia presenta en la actualidad una degradación del entorno consecuencia de una contaminación creciente de las aguas continentales y marítimas, del suelo y del aire. La escasez y mala calidad del agua, la importante salinización de los acuíferos y el proceso de desertización del territorio, condicionan la existencia de importantes problemas de deterioro y contaminación que inciden sobre la salud de la población en una proporción mucho más alta de lo que se detecta.

En este orden de cosas, el Proyecto Ciudades Saludables auspiciado por la O.M.S. está cobrando fuerza como una vía eficiente de solución de los problemas medioambientales en los lugares donde se prevé que se concentre la mayor parte de la población mundial en el futuro.

El Congreso de Ciudades Saludables, celebrado en Viena en mayo de 1988 se centró en analizar las relaciones de causa-efecto entre el entorno urbano y la salud, y sus consecuencias para las estrategias locales de promoción de un entorno físico y social saludable. Destacando el interés del concepto de Ciudad Saludable, marcó la atención conjunta sobre:

- Los objetivos de la Promoción de la Salud que son los de crear las condiciones previas para posibilitar una vida sana.
- Los objetivos de la Protección del Entorno que son ofrecer lugares de vida saludables donde las personas puedan establecerse, trabajar y vivir.

Así, la salud debe ser considerada como un elemento importante en la ejecución de las acciones de desarrollo urbano: Hábitat, vivienda, espacios verdes, contaminación acústica, transporte, renovación urbana, desarrollo socio-cultural, reforzamiento de las redes sociales...

Se planteó, en consecuencia, una política urbanística más sensible a estos problemas, siendo esta la base que permite entender uno de los principios fundamentales del Proyecto: La necesaria interrelación de los diferentes aspectos que influyen en la salud y la necesaria intervención de los sectores, tanto políticos, como económicos, culturales, sociales y medioambientales. En síntesis, el Proyecto desarrolla los principios de la estrategia de Salud para Todos siendo los compromisos de las ciudades participantes:

- Formulación de políticas municipales en los distintos ámbitos sectoriales.
- Creación de entornos físicos y sociales saludables.
- Refuerzo de la acción comunitaria, promoviendo la participación pública.
- Apoyo a las personas para desarrollar su habilidad para mantener y mejorar su salud.
- Reorientación de los servicios de atención sanitaria con el objetivo de promover la salud.

**OBJETIVO 28.** Para 1996 el 50% de los municipios de la Región estarán adheridos a la red regional de Ciudades Saludables, que en el marco de la red española y considerando el protagonismo municipal, servirá de base a la colaboración intersectorial alentando políticas regionales y locales que orienten las organizaciones y sus actividades hacia la promoción de la salud.

**28.1.** Creación en 1993 de una Comisión en la que estén representados la Administración Regional y la Federación Murciana de Municipios, para estudiar la implantación a nivel regional de la Red Murciana de Ciudades Saludables y establecer los criterios para el acceso de los municipios a dicha red.

## AIRE

### **Contaminación atmosférica**

Los riesgos para la salud en relación con la contaminación atmosférica se circunscriben a los núcleos urbanos e industriales.

En la Región de Murcia existe especial preocupación con la contaminación atmosférica en Cartagena producida por las emisiones de gases y vapores diversos procedentes de las plantas de refinación de petróleo, butano y fertilizantes, a los que se suman, ocupando un lugar destacado los procesos de combustión de la central térmica de las plantas de tratamiento metalúrgico y de las diversas instalaciones de producción de ácido sulfúrico.

Las distintas administraciones disponen en el caso de Cartagena de una Red de Inmisión y otra de Meteorología automáticas conectadas a un Centro de Control, ubicado en el Departamento de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Cartagena. En las Estaciones Remotas se mide dióxido de azufre ( $\text{SO}_2$ ), partículas, dióxido de nitrógeno ( $\text{NO}_2$ ) y plomo (Pb). Además de estos contaminantes se analizan: ozono ( $\text{O}_3$ ), hidrocarburos (HC), monóxido de carbono (CO) y ácido clorhídrico (HCL).

Asimismo se analiza materia sedimentable, soja, polen y esporas, mediante Redes Manuales. Dadas las condiciones meteorológicas (fuerte irradiación solar, poca ventilación, alta humedad), orográficas, y la presencia de contaminantes primarios de la zona, se sospecha la existencia de contaminantes secundarios desconocidos, tanto cualitativa como cuantitativamente (Smog de Cartagena), que sobre todo en las mañanas del período otoño-invierno ocasionan problemas de salud, respiratorias y oculares principalmente.

La detección de niveles de inmisión que superan los valores permitidos ha llevado a la Administración Regional a adoptar el actual Plan Operativo, con una serie de medidas sobre las empresas contaminantes que dan lugar a paradas en los procesos de fabricación, para intentar controlar los episodios de alta contaminación.

Los datos correspondientes al período anual (01-04-91 al 31-3-92), la zona de Bastarreche supera los valores límites de partículas y de  $\text{SO}_2$  para los criterios de Percentil 98 de la normativa y las zonas de Lo Campano y Polideportivo superan los valores guía para  $\text{SO}_2$  y partículas, respectivamente. En cuanto al plomo, se supera el valor límite expresado por la normativa en la zona de Lo Campano.

Aunque no se ha producido ninguna emergencia con los valores que establece el Decreto 1.613/85, sí se han producido días episódicos (considerados como tales, por parte de la Agencia de Medio Ambiente y Naturaleza, cuando el promedio diario de algunos contaminantes evaluados – $\text{SO}_2$  y partículas– supera el valor de  $250 \text{ ug/m}^3$ ). En total trece días episódicos por  $\text{SO}_2$  y diecisiete por partículas.

Estos se dieron principalmente en la estación de Bastarreche con una frecuencia del 86,6% del total; de ellos, el 42,6% de los episodios fueron por SO<sub>2</sub> y un 57,4% por partículas. La estación de Lo Campano registró un 8,6% de los episodios producidos en Cartagena, todos ellos debidos a SO<sub>2</sub>.

La repercusión sobre la salud y la calidad de vida tiene lugar de forma distinta según el tipo de contaminante, la edad, el sexo, etc., pero en general puede sintetizarse en el aumento de morbilidad y mortalidad (SO<sub>2</sub> y partículas), frecuencia de crisis de asma (oxidantes fotoquímicos), retraso escolar (metales pesados), así como efectos crónicos por exposiciones prolongadas. Existen estudios sobre repercusiones en la salud en el Area de Cartagena en los que se llega a conclusiones parciales, tales como menor capacidad pulmonar en niños en las zonas contaminadas, aumento del cáncer de pulmón y vejiga en varones en los distritos II y V de Cartagena, aumento del plomo en la sangre de cordón umbilical de niños en Cartagena en comparación con San Javier, y predominio de frecuencias de urgencias hospitalarias respiratorias procedentes de los distritos II y V. Por tanto es obvio la pertinencia de continuar con las líneas de trabajo tendentes a evaluar los daños que la contaminación está ejerciendo sobre la salud.

Otro núcleo urbano con incidencia de la contaminación atmosférica es Murcia capital y pedanías próximas, debido al continuo incremento del tráfico rodado.

**OBJETIVO 29. Mantener desde 1993, en Cartagena, los valores de inmisión de SO<sub>2</sub>, partículas, dióxido de nitrógeno y plomo por debajo de los valores límite.**

- 29.1.** A partir de 1993, aplicar criterios que contemplen sistemáticamente la evaluación del impacto ambiental y sobre la salud, en la ubicación de nuevas industrias.
- 29.2.** Actualizar y completar, durante el primer semestre de 1993, el plan operativo de vigilancia e intervención, para evitar situaciones episódicas que ocasionen incidencia en la salud, en especial en los grupos de alto riesgo, así como supervisar el cumplimiento por parte de las industrias, de las medidas correctoras para el control de los niveles de emisión.
- 29.3.** Desarrollar durante 1993, la Red Regional de Previsión y Vigilancia de la Contaminación Atmosférica prevista en el Decreto 36/1992.
- 29.4.** Dotar a la Red de Vigilancia de los mecanismos adecuados para su conversión, antes de final de 1994, en una red de alerta capaz de prever, con la suficiente antelación, los episodios nocivos para la salud.
- 29.5.** Facilitar la renovación tecnológica y, en su caso, el traslado de industrias contaminantes a zonas que no tengan influencia sobre la población y el entorno.

**OBJETIVO 30.** Para 1995 se mantendrán, a nivel regional, los valores de inmisión de contaminantes por debajo de los valores guía que están establecidos para SO<sub>2</sub>, partículas y dióxido de nitrógeno y mantenimiento del plomo por debajo de los valores límite.

**30.1.** Adopción de medidas de naturaleza urbanística, para obtener tráfico fluido y descentralizado: circunvalaciones, creación de zonas peatonales, promoción del transporte público...

**30.2.** Fomentar la utilización de combustibles menos contaminantes para su uso en calefacciones colectivas.

**30.3.** Establecer medidas de inspección periódica de las emisiones de vehículos.

**OBJETIVO 31.** Caracterizar los principales contaminantes atmosféricos en Cartagena (incluidos los contaminantes secundarios, hidrocarburos y metales pesados), así como la repercusión de los mismos sobre la salud.

**31.1.** Promover, incentivar y coordinar las líneas de investigación aplicadas, encaminadas al estudio de los contaminantes atmosféricos y de sus efectos sobre la salud a través del Plan Regional de Investigación en Salud, a elaborar durante 1993.

**Ruido** El ruido es otro contaminante ambiental en la Región. Los estudios realizados sobre los efectos que el ruido produce en la salud evidencian que una exposición continuada a unos niveles altos de ruido producen una serie de efectos perjudiciales. Los más conocidos, son los daños ocasionados a nivel de la vía auditiva pudiendo derivar en hipoacusia, para ciertos grupos de población. Pero existen otros efectos como son las perturbaciones del sueño, caracterizada en la disminución crónica del sueño paradójico, las interferencias en la comunicación hablada, la dificultad de la relajación y el reposo y otros efectos fisiológicos y psicológicos.

Igualmente resulta preocupante el destacado impacto sobre el medio escolar, donde el ruido afecta el curso de la enseñanza, la adquisición del lenguaje y la evolución de la atención, en un período importante para el desarrollo intelectual.

Entre la población se observa que el ruido que más molesta es el procedente del tráfico rodado y que debido a la situación climatológica de la Región, que obliga a mantener las ventanas abiertas en el verano, ésta es la época en que el ruido afecta en mayor proporción.

Según un reciente estudio sobre el ruido urbano en la Región de Murcia (Victoria Jumilla, 1991) el 50% de las zonas investigadas tienen un nivel su-

perior a 65 dB(A) de nivel continuo equivalente medio 24 horas, límite por encima del cual la O.C.D.E. califica un ambiente urbano como punto negro de contaminación por ruido.

Asimismo, un 90% de los puntos de medida junto a hospitales y centros docentes exceden de los niveles recomendados internacionalmente.

**OBJETIVO 32. Prevenir, a partir de 1994, la aparición de nuevos puntos negros de contaminación por ruido, limitando y reduciendo el ruido en la fuente.**

**32.1.** Elaboración, durante 1993, de una norma de carácter regional que complete la normativa actual de suelo y ordenación territorial, estableciendo los límites de inmisión para las distintas zonas y usos del suelo, así como los criterios a aplicar en el planeamiento urbano en relación con el ruido procedente del tráfico. Tendrán una consideración especial los entornos de los centros escolares y sanitarios.

**32.2.** La metodología de impacto ambiental para la instalación de nuevas actividades, reflejará sistemáticamente los aspectos relacionados con el control de las emisiones de ruido, a partir de 1994.

**32.3.** En 1994, se pondrán en marcha actividades regladas para el control de las emisiones de ruido de los diferentes vehículos.

**Radiaciones**

La exposición a radiaciones en la Región es un tema pendiente de evaluar por las repercusiones que directa o indirectamente tienen sobre la salud.

El control de las instalaciones de radiodiagnóstico y radioterapia no es el deseable, habiéndose iniciado acciones para mejorarlo a través del Programa de Registro de Centros y Establecimientos Sanitarios. El control tiene un extraordinario interés debido a las repercusiones que dichas instalaciones tienen sobre la salud de los trabajadores, usuarios y el entorno en que se ubican.

En los últimos años ha habido un incremento notable de la liberación al medio de energía electromagnética y en consecuencia una mayor exposición al hombre, sin embargo las investigaciones científicas, de posibles efectos en la salud, no han progresado paralelamente. Existe una necesidad creciente de determinar los efectos potenciales debidos a exposiciones crónicas a campos relativamente débiles.

Los estudios epidemiológicos realizados últimamente presentan controversias, pero, en la actualidad, no es racionalmente posible la exclusión de la existencia de riesgos para la población expuesta y por tanto la necesidad de mantener la atención sobre los resultados que la investigación aporte.

Entretanto, se debería introducir criterios de protección de la salud de la población, en la aprobación de realización de nuevas instalaciones de radiaciones no ionizantes (distancia a núcleos de alta población, enterramientos de líneas de alta tensión, etc.)

**OBJETIVO 33. Para 1996 existirá un control adecuado de las fuentes radiactivas en la Región.**

**33.1.** Para 1993 se habrá realizado un censo de las instalaciones radiactivas sanitarias a partir del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, así como, un censo de las instalaciones radiactivas industriales y de investigación.



## AGUAS

### **Aguas de abastecimiento**

Existe una necesidad creciente de contemplar y abordar el problema del ciclo del agua de una manera integral. La falta de depuración, los vertidos incontrolados, etc..., inciden, de forma importante, sobre el uso posterior de esa agua destinada para consumo, riego o baño, derivandose riesgos y problemas de salud.

La Región posee un sistema de abastecimiento que, en general, reúne unas condiciones adecuadas. Tanto la cobertura del abastecimiento de agua potable con garantía sanitaria como la dotación mínima de agua por habitante y día, tiene en la Región de Murcia, un índice superior al 95%, si bien se detecta de forma puntual pequeños núcleos de población que no alcanzan ese nivel. El tiempo de suministro mínimo garantizado de 24 horas alcanza el 85% de la población, aunque existen diferencias importantes entre las distintas Areas de Salud, siendo las Areas Sanitarias de Lorca y del Noroeste, las más deficitarias.

La protección de las captaciones del agua en la Región, tanto para preservar la cantidad como la calidad del recurso, se manifiestan insuficientes o inadecuadas, por lo que se hace necesario definir y proyectar perímetros de protección apropiados, tanto para aguas subterráneas como para aguas superficiales donde existen riesgos potenciales para la salud por vertidos fijos o accidentales. Por ello hay que alcanzar, a la altura de los puntos de captación, los objetivos de calidad para aguas prepotables que establece la normativa vigente y la aplicación correcta del Programa de Vigilancia de Aguas Potables y de Consumo Público, en el cual deben implicarse plenamente la totalidad de municipios de la Región.

Por otro lado, la agricultura intensiva y los vertidos industriales sin depurar hacen que exista la sospecha de determinadas concentraciones de plaguicidas, residuos de los mismos y metales pesados en las aguas destinadas al abastecimiento suponiendo un riesgo potencial para la salud por cuanto pueden rebasar la Ingesta Diaria Admisible, siendo preciso establecer estrategias de investigación y, en su caso, de intervención.

También el empleo masivo de fertilizantes en agricultura, las explotaciones ganaderas, la existencia de vertidos de aguas residuales y la frecuente reutilización de aguas de riego, son la causa de la presencia creciente de nitratos en las aguas que posteriormente se destinan al abastecimiento público, por lo que es de esperar incrementos en la concentración de este parámetro en las aguas subterráneas.

Por último, en las aguas procedentes del trasvase Tajo-Segura tras su paso por el embalse de Camarillas y su posterior circulación por los ríos Mundo y Segura se han detectado parámetros de hasta 700 y 90 mg/l de sulfato y magnesio respectivamente (Concentración Máxima Admisible 250 y 50 mg/l) que hacen necesaria la adopción de medidas para disminuir esas altas concentraciones.

**OBJETIVO 34.** Para 1996, el 100% de los núcleos de población de la Región dispondrán de agua de consumo potable superior a 100 litros/habitante/día y garantía de abastecimiento de 24 horas ante eventuales problemas de suministro.

**OBJETIVO 35.** Durante 1993 se consolidará el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo con la participación de los organismos correspondientes de la Administración, y la totalidad de municipios y empresas suministradoras y distribuidoras.

- 35.1.** Antes de fin de 1994 se habrán establecido los adecuados perímetros de protección para las captaciones de aguas destinadas al abastecimiento de consumo público.
- 35.2.** Alcanzar para 1996 los objetivos de calidad de aguas prepotables que establece la normativa vigente en los puntos de captación.
- 35.3.** Mantener los niveles de nitrato por debajo de las concentraciones máximas admisibles para aguas de consumo público.
- 35.4.** Reducir las concentraciones de sulfato y magnesio a niveles admisibles en aguas de consumo para 1996.
- 35.5.** Monitorizar durante el período 1993-1996 las concentraciones de plaguicidas y metales pesados en las aguas de consumo.

### **Aguas residuales**

En este apartado se observa que más del 15% de la población de la Región carece de sistemas de alcantarillado y que el 77,13% de la misma, tiene una red de saneamiento en un estado de conservación no adecuado y con un trazado que supone riesgos para la salud (cruces con la red de abastecimiento) en un 50%.

La deficiencia acusada de la depuración de aguas residuales urbanas (únicamente el 12% de las aguas residuales generadas en la Región es sometido a procesos de depuración) determina una contaminación creciente de las aguas superficiales y subterráneas que constituye un factor de riesgo que incide de una manera directa sobre la salud (fiebre tifoidea y paratifoidea, otros procesos diarreicos, hepatitis...). Por otra parte, no se ha realizado una evaluación apropiada de los riesgos que permita estimar el impacto que tiene sobre la salud la falta de depuración de la mayoría de las aguas residuales industriales.

Consecuencia de todo ello es la elevada contaminación de los cauces entre los cuales destaca por la importancia social y económica que posee en nuestra Región, el Río Segura. Este presenta unos índices de contaminación extremadamente preocupantes sobre todo a partir de la localidad de

Cieza debido al aporte de materia orgánica procedente de los vertidos industriales y urbanos insuficientemente depurados.

Asimismo, se encuentran altamente contaminados el Río Guadalentín a cuyo cauce van a parar sustancias químicas tóxicas (Cromo, sulfuros, cloruros...) procedentes de vertidos de industrias de curtido de Lorca y el Río Mula degradado por el importante aporte de materia orgánica sin depurar procedente de la industria conservera.

Entre las zonas del litoral más afectadas por los vertidos industriales están el Puerto de Cartagena y Escombreras, debido a su alto contenido en metales pesados e hidrocarburos.

**OBJETIVO 36. Para 1996, deberán ser sometidas a procesos de depuración adecuados el 40% de las aguas residuales generadas en la Región.**

**36.1.** Para 1994 se elaborará una normativa regional sobre vertidos de aguas residuales que contemple las características del vertido para su admisión a la red de alcantarillado y de manera especial los vertidos procedentes de centros sanitarios e industrias.

**36.2.** Para 1996, todos los municipios de la Región contarán con una Ordenanza de uso del alcantarillado.

**36.3.** Para 1994, se establecerán criterios normativos para la reutilización de aguas residuales para regadíos que contemplen el control de los riesgos para la salud.

**36.4.** En 1995, se habrá suprimido los vertidos de aguas residuales, incluso depuradas, al Mar Menor.

**36.5.** Para 1996, se habrá suprimido todo tipo de vertidos de aguas residuales sin depurar al Mar Mediterráneo.

**Aguas recreativas**

La calidad de las zonas de baño existentes en la Región está comprometida debido a las diversas situaciones expuestas anteriormente. Durante el año 1991 las tres zonas de baño medidas en aguas continentales obtuvieron la calificación de "calidad no recomendable" debido a la alta contaminación fecal causada por vertidos de aguas residuales sin depurar procedentes de núcleos de población y excedentes industriales. En cuanto a las zonas de baño marinas, aunque todas resultaron adecuadas para el baño, se observa una tendencia creciente de las zonas calificadas como "aceptables" pasando del 10% al 47% en los últimos años. Estas zonas se encuentran, en su mayoría, en la órbita de los factores de riesgo relacionados con el vertido al mar de aguas residuales no depuradas, habiendo obtenido dichas ca-

lificaciones al superar los percentiles de los valores guía que la Norma de Calidad de Aguas de Baño establece para los parámetros indicadores de contaminación fecal; no obstante, determinadas playas del Mar Menor sin factores de riesgo manifiesto obtuvieron la misma calificación debido a la escasa marea de sus aguas y su elevado grado de uso.

**OBJETIVO 37. Para 1996, el 80% de las zonas de baño marítimas controladas alcanzarán la calificación de “buena calidad”, de acuerdo con los criterios de la C.E.E.**

**OBJETIVO 38. Para 1996, el 75% de las zonas de baño del litoral dispondrán de un dispositivo de servicios adecuado (limpieza, recogida de residuos, duchas, vigilancia, señalización...)**

**OBJETIVO 39. Para 1994, el 100% de las piscinas de uso colectivo dispondrá de condiciones técnico-sanitarias y de calidad de agua de baño de acuerdo con la normativa regional.**

## **RESIDUOS**

La gestión inadecuada de los residuos sólidos urbanos y asimilables y de los residuos tóxicos y peligrosos está provocando contaminación en los terrenos, las aguas subterráneas y superficiales y en el aire debido a generación de gases y combustiones incontroladas, así como, proliferación de vectores.

Las características de los residuos que se generan hace que la gestión deba ser diferente dividiéndolos en dos tipos fundamentales: Residuos Sólidos Urbanos y Asimilables y Residuos Tóxicos y Peligrosos.

El proceso que sufren los residuos sólidos y asimilables desde su generación hasta su “eliminación” final pasa por una serie de fases intermedias como son la recogida, el transporte y el tratamiento, en las cuales es posible identificar una serie de problemas y/o riesgos que influyen de manera directa o indirecta sobre la salud de la población.

El servicio de recogida domiciliaria de residuos sólidos urbanos, siendo aceptable en líneas generales (en torno al 95% de la cobertura a nivel regional) todavía no es el óptimo alcanzable. Existen además diferencias en la cobertura entre las diversas áreas sanitarias de la Región (79% en el Area Sanitaria de Lorca frente a más del 95% en el Area Sanitaria de Murcia).

El 65% de los residuos recogidos en la Región que corresponde a los procedentes de Murcia y Cartagena se puede considerar que tiene un tratamiento tolerable, pero un 35% se dirige a 24 vertederos municipales de residuos sólidos carentes de infraestructura y gestión adecuadas. Además existen numerosos puntos de vertido clandestino repartidos por toda la geografía regional con contenidos diversos, desde materia orgánica hasta residuos potencialmente tóxicos y peligrosos, que suponen un grave riesgo para la salud de dimensiones no evaluadas.

Teniendo en cuenta el número de municipios de la Región, las características urbano/rural y sobre todo las variaciones estacionales, la gestión de los residuos necesita flexibilidad para poder adaptarse a esas condiciones. La previsión para los próximos años es de un incremento en la producción de residuos, que actualmente se cifra entorno a 1 Kg/día por persona y su composición variará hacia un descenso progresivo de la materia orgánica, con aumento del material potencialmente reciclable.

Por otra parte la ausencia de una política de reducción, reutilización y reciclaje ejerce una repercusión negativa sobre el medio ambiente y por consiguiente sobre la salud al haber una reducción de la superficie arbolada, creciente desertización, aumento de terrenos destinados a vertidos, masiva utilización de combustibles fósiles (efecto invernadero), etc...

Los residuos tóxicos y peligrosos constituyen, capítulo aparte dentro de los residuos por sus especiales características, convirtiéndose en un riesgo importante para el medio ambiente y para la salud. Actualmente no existe ningún programa de gestión de residuos tóxicos y peligrosos,

incluidos los residuos sanitarios, en la Región, a excepción de los aceites usados de automoción.

Por otro lado, existen riesgos para la salud derivados de los residuos sólidos y líquidos de las explotaciones ganaderas con la consiguiente contaminación de suelos y acuíferos.

**OBJETIVO 40. Elaboración de un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos y Asimilables en la Región de Murcia.**

**40.1.** Elaborar, en 1993, un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos y Asimilables, a través del fomento de la agrupación de municipios, con el propósito de generalizar la recogida mediante contenedores y camiones compactadores estancos para que el tratamiento de los residuos se realice con plenas garantías sanitarias y medioambientales.

**40.2.** Para el año 1996, el 100% de los 24 vertederos municipales que carecen de gestión adecuada, estarán clausurados y regenerados.

**40.3.** Para 1994 se habrán identificado los puntos de vertido clandestino dispersos por toda la geografía regional especificando su contenido, clausurando y regenerando, para 1996, el 50% de los puntos de vertido detectados.

**OBJETIVO 41. Para 1994, se elaborará un Plan Regional de Gestión de Residuos Tóxicos y Peligrosos.**

**41.1.** Realización en el año 1993 del Registro de Productores de Residuos Tóxicos y Peligrosos, especificando la tipología, la cantidad generada y la localización geográfica.

**41.2.** Para 1994 y en el marco del Plan Nacional de Residuos Tóxicos y Peligrosos, se definirán los criterios y condiciones que deben cumplir los productores y gestores de ese tipo de residuos en la Región, de forma que se garantice un tratamiento correcto. El Plan debe contemplar la puesta en marcha de la infraestructura de control necesaria y la recuperación de las áreas afectadas.

**41.3.** En 1993, se elaborará el Plan de Gestión de Residuos Sanitarios que funcionará con carácter regional en 1996.

**OBJETIVO 42. Fomento de la estrategia de la Reducción, Reutilización y Reciclaje en origen, en el cuatrienio 1993-1996.**

**42.1.** Dedicación del 2% anual de los recursos procedentes de la gestión de residuos sólidos urbanos a implantar programas de educación so-

bre la reducción, reutilización y reciclado en origen, destinados a colegios, asociaciones ciudadanas, comercios, industrias, etc.

**42.2.** En el año 1994 la Administración estará vinculada a la utilización del papel reciclado para todos sus documentos, fomentando su reutilización.

**42.3.** Generalización de los dispositivos de recogida de papel, vidrio y pilas usadas en origen para 1994.



## **HIGIENE DE LOS ALIMENTOS**

Los alimentos constituyen una de las formas más importantes de interrelación con el medio ambiente. La frecuencia y cantidad en que se consumen hace que los alimentos se conviertan en un riesgo potencial para la salud, y por tanto en un elemento privilegiado de intervención para la prevención de dichos riesgos.

Los programas de actuación sobre Higiene de los Alimentos han estado tradicionalmente ligados al control de los riesgos biológicos intentando disminuir los problemas derivados de la transmisión de enfermedades que utilizan como vehículo los alimentos, de esta forma los programas clásicos de intervención ponían el énfasis en el control sanitario del producto final a través de acciones inspectoras y analíticas centradas en el momento anterior al consumo.

Por otra parte, se han ido desarrollando a través de la tecnología alimentaria una gran cantidad y variedad de productos resultados de la manipulación de los procesos de producción o elaboración, y que somete a los alimentos a una serie de procedimientos y sustancias ajenas a los componentes naturales (platos precocinados, productos dietéticos, productos "Light" ...)

Esta situación puede derivar en la aparición de riesgos potenciales para la salud muy difíciles de detectar al ser resultado de exposiciones bajas en largo período de tiempo, con período de latencia desconocidos y cuyos efectos pueden ser consecuencia de una compleja red causal. Un exponente claro de esta situación es el empleo de medicamentos (anabólicos, beta-agonistas, etc...) para conseguir un producto más competitivo en el mercado, sin tener en cuenta los riesgos que conlleva para la salud.

La puesta en marcha de programas efectivos de intervención en Higiene Alimentaria tropieza con una dispersión en las responsabilidades de las diferentes administraciones que hace muy difícil la realización de actividades específicas por un único organismo.

En el ámbito regional las competencias están dispersas entre la Consejería de Sanidad, Consejería de Agricultura Ganadería y Pesca, Agencia Regional de Medio Ambiente y Naturaleza, Dirección General de Consumo y Administración Local. En algunos casos, incluso, las competencias son concurrentes entre diferentes Administraciones como sucede con las competencias sanitarias de la Consejería de Sanidad y la Administración Local.

Esta situación de distribución de competencias lejos de contribuir a una mejora de la actuación de la administración, crea las condiciones para concentrar actuaciones en determinadas fases y a no intervenir adecuadamente en otras, sin que ello responda a criterios previamente establecidos en busca de la eficacia, sino a la distribución de espacios de actuación entre los diferentes organismos.

Un Programa de Higiene de los alimentos sólo podrá ser eficaz en el caso de que tenga un diseño global que abarque desde la producción de la materia prima hasta el producto final, disponible para el consumidor.

La puesta en marcha de programas de Análisis de Riesgo, Identificación y Control de Puntos Críticos (A.R.I.C.P.C.) en todo el proceso que conduce desde la materia prima al consumidor, requiere, inevitablemente la definición de un programa de ámbito regional entre la Administración y los diferentes sectores productivos.

**OBJETIVO 43.** Durante el primer semestre de 1993, las diferentes administraciones con competencias en materia alimentaria, Consejería de Sanidad, Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, Agencia Regional de Medio Ambiente y Naturaleza, Dirección General de Consumo y Corporaciones Locales, elaborarán los criterios para la delimitación de funciones y mecanismos de coordinación.

**43.1.** Elaboración de criterios comunes para la realización de un censo regional de establecimientos relacionados con la alimentación. Las actividades resultantes de este grupo de trabajo se pondrán en marcha antes de enero de 1994.

**43.2.** Coordinación de procedimientos a seguir de acuerdo con la normativa de Actividades Clasificadas, Registro Sanitario y Registro de Industrias Agroalimentarias.

**43.3.** Establecimiento de bases para la coordinación del control y las inspecciones que se realizan en materia alimentaria así como tramitación de expedientes sancionadores.

**43.4.** Diseño de un programa específico de actuación dirigido a los puntos de venta y consumo de alimentos en la Región, elaborado con la participación de las organizaciones de consumidores.

**43.5.** Diseño de un sistema de información que permita conocer de forma actualizada y fiable la producción y consumo de alimentos en la Región.

**OBJETIVO 44.** Para 1996 el 60% de las industrias relacionadas con la alimentación tendrán implantado un sistema de Análisis de Riesgo, Identificación y Control de Puntos Críticos (A.R.I.C.P.), con prioridad para las industrias cárnicas y las relacionadas con la pesca.

**OBJETIVO 45.** Durante el período 1993-1996 se cumplirán los objetivos del Plan Nacional de Investigación de Residuos en Animales y Carnes en la Región.

**OBJETIVO 46.** Para 1995 todos los mataderos generales se habrán adaptado a las directrices de la C.E.E.

**OBJETIVO 47.** Durante el primer trimestre de 1993 se elaborará una norma regional que desarrolle el R.D. 1.010/1985, que regula las modalidades de venta fuera de un establecimiento permanente y que fije requisitos higiénicos de las zonas destinadas a mercados semanales y de los puntos de venta de alimentos.

**OBJETIVO 48.** Para 1995 se modificará la tendencia ascendente de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria de ámbito general.

**48.1.** Establecer convenios entre la Administración y los Gremios o Asociaciones en materia de manipulación de alimentos, tendentes a fomentar el autocontrol y las buenas prácticas higiénicas.

**48.2.** Para final de 1995 todos los manipuladores de alimentos dispondrán del correspondiente carnet actualizado.

**OBJETIVO 49.** A partir del segundo semestre de 1993 se pondrá en marcha un programa de análisis rutinarios que permita detectar los principales riesgos para la salud derivados del consumo de alimentos en la Región.



## **ANTROPOZOONOSIS**

La estimación de una alta prevalencia para diversas zoonosis, unida a la presencia de factores que facilitan la transmisión de este tipo de enfermedades a las personas, hacen muy probable que nuestros sistemas de información no esten detectando la incidencia real de antropozoonosis en la Región, ello hace necesario una coordinación eficaz entre las diversas entidades e instituciones que están implicadas en el control de las zoonosis.

Desde 1984 las tasas de brucelosis han ido disminuyendo de forma continua, si bien la tasa ha aumentado en la Región en 1991 en un 39% con respecto al año anterior (82 casos, tasa 7,8/100.000).

De los 51 casos en los que se conoce la vía de transmisión en 23 fue el contacto directo con el ganado, en 8 la ingestión de queso o leche no comercializados y en 20 coexisten ambas.

Desde 1984 no se observa una tendencia clara en las tasas de fiebre exantemática mediterránea, con fluctuaciones entre 1 y 3/100.000 hab. En 1991 se notificaron en la Región 16 casos con una tasa de 1,53/100.000.

En 1991 se han declarado dos casos de Hidatidosis con una tasa 0,19/100.000 y un caso de Leishmaniasis, con una tasa de 0,1/100.000.

No se ha registrado ningún caso de Carhunco ni de Fiebre Recurrente por garrapatas en la Región en los últimos años.

El problema de la proliferación de mosquitos resulta importante en ciertas zonas litorales y del interior de la Región, existiendo una acentuada sensibilidad de la población hacia el mismo por las molestias directas causadas. Por otra parte, el tratamiento actual de fumigaciones indiscriminadas, aparte de posibles efectos directos sobre la salud humana, conlleva episodios contaminantes que afectan a la calidad de las aguas.

En la actualidad se consideran como medidas adecuadas la aplicación de métodos de lucha integrada que permitan lograr una eficacia máxima en el control de los insectos con un impacto mínimo sobre el medio ambiente, a través de tratamientos en las zonas de reproducción con larvicidas específicos y de la menor toxicidad y persistencia, así como medidas de control biológico y gestión hidrológica adecuada.

**OBJETIVO 50.** Durante el primer semestre de 1993, se pondrá en marcha un sistema de información de zoonosis que integre los datos procedentes de la sanidad humana y sanidad animal, contando con la colaboración de todos los organismos implicados.

**OBJETIVO 51.** La Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca continuará con las acciones destinadas a la erradicación de la brucelosis ovina-caprina, brucelosis y tuberculosis bovina y tuberculosis caprina.

**OBJETIVO 52.** Durante 1993, se elaborará un programa dirigido a la prevención y control de leishmaniosis e hidatidosis.

**OBJETIVO 53.** Durante 1993, se establecerán, pautas de normalización en la actuación sobre desinfección, desinsectación y desratización a nivel regional.

**53.1.** Revisión de los criterios de autorización de industrias y elaboración de un Registro de Empresas en 1993.

**53.2.** Elaboración de un programa marco de actuación que establezca recomendaciones y pautas de asesoramiento dirigidas, sobre todo, a las Corporaciones Locales.

**OBJETIVO 54.** Durante 1993 se iniciará un programa de control de mosquitos en zonas problemáticas que con el impacto mínimo sobre el medio ambiente reduzca las molestias y riesgos para la salud de la población.

## SALUD LABORAL

### Accidentes laborales

La Región de Murcia, respecto a la siniestralidad laboral y para 1991, supera a la tasa nacional en un 16,5% en el total de accidentes, que para el caso de los accidentes graves llega hasta el 7,5%. Las tasas de accidentes mortales fueron algo inferiores en la Región.

Durante 1991 se produjeron en la Región 20.298 accidentes de trabajo, que suponen una tasa de 64,03 accidentes por mil trabajadores, 361 de ellos graves y 28 mortales. La tendencia de los accidentes en el período 1986-1991 es ascendente con un incremento de su tasa del 55%.

Los datos de evolución de la siniestralidad laboral desde 1986 a 1991 confirman la tendencia temporal creciente en la evolución de las tasas de accidentabilidad total en Murcia y en España, siendo mayor el incremento medio anual en Murcia (12,5% por 5,2%) (Tabla 4.1, Gráficas 4.1, 4.2 y 4.3)

**TABLA 4.1.** FRECUENCIA Y TASA ANUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES, GRAVES Y MORTALES. MURCIA. AÑOS 1986-1991

	TOTAL ACCIDENTES		ACC. GRAVES		ACC. MORTALES	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1986	11.054	41,25	297	1,11	16	0,060
1987	13.812	48,03	303	1,05	30	0,104
1988	15.881	52,06	402	1,32	31	0,102
1989	19.106	60,63	418	1,33	53	0,168
1990	21.855	66,68	409	1,25	43	0,131
1991	20.298	64,03	361	1,14	28	0,088

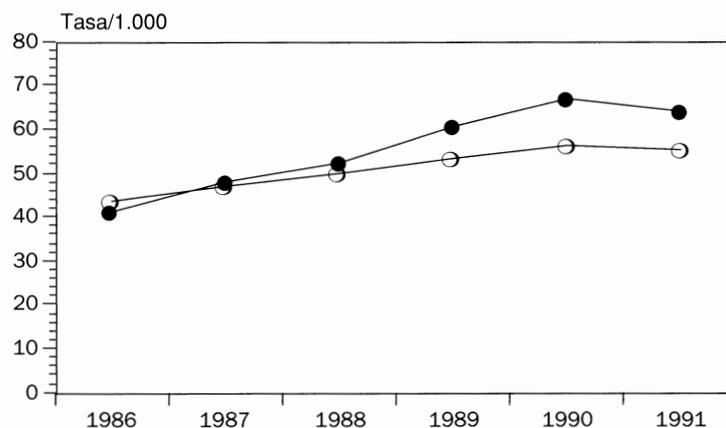
(Tasa: nº accidentes por cada mil trabajadores ocupados en ese año).

El aumento de población ocupada no es criterio suficiente para justificar el incremento de accidentabilidad, pues el número de accidentes ocurridos a lo largo de los últimos años supera significativamente el de esperados, sobre todo en el año 89 que presenta un exceso de riesgo del 185% en accidentes mortales, y en el 90 con un incremento del 64% en el total de accidentes.

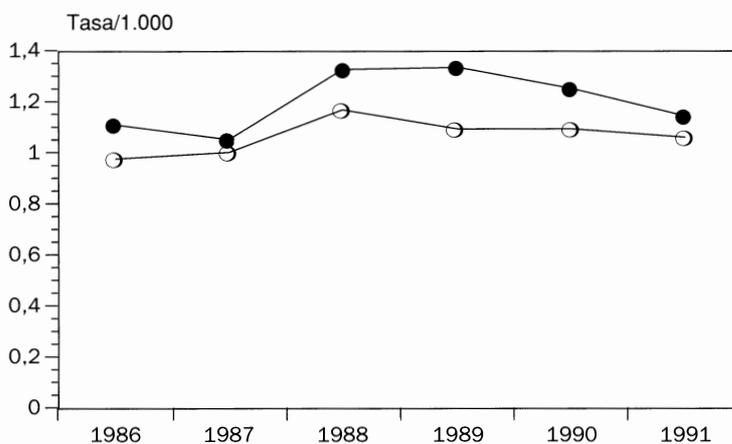
Referente a las características de la siniestralidad en 1990 observamos que:

- El mayor riesgo de accidentes lo presenta el sector Construcción seguido del sector Industria. Las actividades económicas agrupadas que presentan mayor tasa de accidentes son: Industrias de transformación de Metal (183/1000); Extracción y producción de Mineral (151/1000); Industria de la Madera (132/1000); Construcción (126/1000); Alimentación (125/1000).

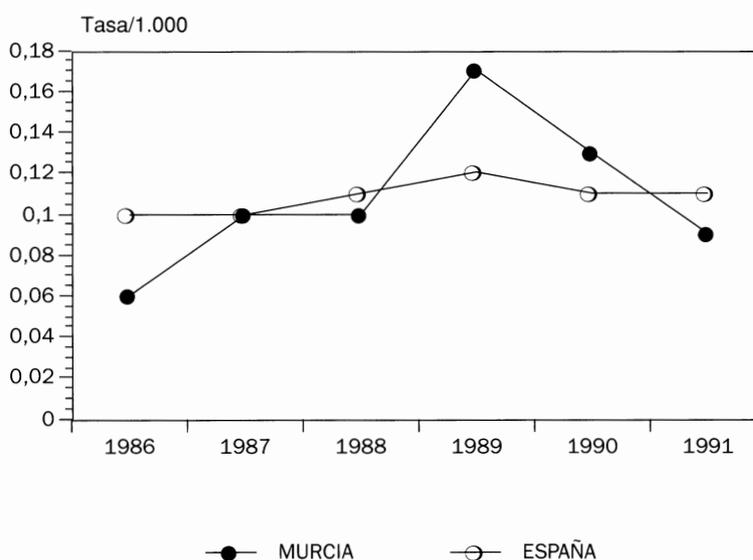
**GRAFICA 4.1.** ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



**GRAFICA 4.2.** ACCIDENTES DE TRABAJO GRAVES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



**GRAFICA 4.3.** ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



● MURCIA      ○ ESPAÑA

Las Areas de Murcia y Cartagena superan significativamente la media regional en el total de accidentes, con un exceso de riesgo del 7% y 4% respectivamente. En accidentes graves y mortales ninguna de las Areas presenta diferencia significativa respecto a la media regional.

Los varones presentan en general mayor tasa de accidentes que las mujeres, excepto en el sector Agricultura en que la tasa en mujeres supera ampliamente a la de varones. Existe mayor riesgo de accidentabilidad cuanto más joven es el trabajador.

Se da una mayor frecuencia general de accidentes en trabajadores con menor antigüedad en la empresa y en los contratados temporales, sobre todo en Construcción y Agricultura, mientras que en Industria y Servicios predominan los accidentes en contratados fijos y con antigüedad mayor. En mujeres la proporción de accidentadas con menos de un año en la empresa es aún mayor, sobre todo en Agricultura en que alcanza un 75%. Sin embargo, la frecuencia de accidentadas en contrato fijo es superior a las de contrato temporal, esto es debido a la alta frecuencia del contrato fijo-discontinuo en la mujer, sobre todo en las industrias de Alimentación en las que se encuentran más representadas.

Las tasas más altas de accidentabilidad se encuentran en la pequeña y mediana empresa, especialmente en el sector de la Construcción. Esto se interpreta debido a la mayor exigencia de control en las empresas grandes, sobre todo a partir de plantillas superiores a 100 trabajadores.

No existen importantes diferencias en la distribución mensual de los accidentes y tampoco se aprecian variaciones destacables de carácter estacional, siendo el lunes el día que presenta mayor número de accidentes.

El 90% de los accidentes totales ocurren en el centro de trabajo habitual. En accidentes graves aumentan los ocurridos en desplazamiento durante la jornada laboral (14%) y en otro centro de trabajo distinto del habitual (15%).

Durante 1990 no se ha declarado ningún accidente mortal en mujeres y el mayor número se ha producido en trabajadores mayores de 40 años. Predominan en trabajadores con antigüedad mayor de un año y en contratados fijos, al contrario de lo que ocurría en el año 89. Este año la tasa de accidentes mortales en grandes empresas alcanza un alto valor, cercano al de las mediana y pequeña empresa. Sólo el 49% tuvo lugar en el centro de trabajo habitual, siendo importante la proporción de los ocurridos en desplazamiento en jornada laboral (30%) y en otro centro o lugar de trabajo distinto del habitual (21%).

Sólo el 35% de los accidentes mortales son debidos a traumatismos específicamente laborales. Los accidentes de tráfico en desplazamientos del trabajador dentro de la jornada laboral, y las patologías no traumáticas (como el infarto de miocardio o el ictus cerebral) constituyen el mayor

número de siniestros mortales de origen laboral en la Región. Se observa que los accidentes mortales genuinamente laborales predominan en Construcción, los de tráfico en Servicios, y los debidos a patologías no traumáticas en Industria. Esta distribución es totalmente diferente a la observada en el año 89 en que las muertes por patología no traumática se daban sobre todo en Servicios no habiéndose presentado ningún caso en Industria (Tablas 4.2 y 4.3).

**TABLA 4.2.** ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES. COMPARACION SEGUN FORMA Y TIPO DE PATOLOGIA POR SECTORES ECONOMICOS. MURCIA. 1989

	Patología no traumática	Accidentes de tráfico	Accidentes no tráfico	Total
Agricultura	3	1	2	6 (11%)
Industria	0	5	5	10 (19%)
Construcción	2	1	13	16 (30%)
Servicios	6	11	4	21 (40%)
Total	11 (21%)	18 (34%)	24 (45%)	53

**TABLA 4.3.** ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES. COMPARACION SEGUN FORMA Y TIPO DE PATOLOGIA POR SECTORES ECONOMICOS. MURCIA. 1990

	Patología no traumática	Accidentes de tráfico	Accidentes no tráfico	Total
Agricultura	4	1	2	7 (16%)
Industria	8	4	3	15 (35%)
Construcción	1	0	9	10 (23%)
Servicios	2	8	1	11 (26%)
Total	15 (35%)	13 (30%)	15 (35%)	43

### **Enfermedades profesionales**

En cuanto a la evolución de la frecuencia y tasa de la enfermedad profesional en Murcia a lo largo de los últimos años es muy irregular. El escaso número de casos declarados anualmente y el efecto de acumulación o dispersión que se produce en la manifestación de procesos patológicos de larga evolución hace que los indicadores de incidencia anual se interpreten como de valor relativo (Tabla 4.4).

**TABLA 4.4.** FRECUENCIA Y TASA ANUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. MURCIA-ESPAÑA. AÑOS 1986-91

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>MURCIA</b>						
Casos	96	133	179	117	206	189
Tasas	0,36	0,46	0,59	0,37	0,63	0,59
<b>ESPAÑA</b>						
Tasas	0,25	0,25	0,27	0,27	0,31	0,34

(Tasas/1000)

Durante 1990 se declararon en Murcia 206 casos de enfermedad profesional, siendo las afecciones más importantes: saturnismo (43% de los casos) localizadas sobre todo en Cartagena, en las industrias de producción y transformación de metales; dermatitis (39%) fundamentalmente en construcción y alimentación; catorce casos de infección en personal sanitario (5 hepatitis, 3 casos de tuberculosis, 3 conjuntivitis); diez casos de hipoacusia profesional, ocho de ellos en la industria de fabricación de buques en Cartagena; ocho casos de asma profesional, distribuidos en distintas actividades económicas.

El 86% de los casos corresponde a varones y el grupo de edad más afectado es el de 30 a 39 años. Más de la mitad de los casos se presentan en trabajadores con más de tres años de antigüedad, y en empresas con plantilla superior a 200 trabajadores.

**OBJETIVO 55.** Para el año 1994 se deberá elaborar un Plan Regional de Salud Laboral, a través de una Comisión que unifique funcionalmente las actividades de las distintas administraciones implicadas en salud laboral para la elaboración y desarrollo de un Plan que comprenderá las acciones para el fomento de salud, prevención de riesgos laborales y organización de los dispositivos asistenciales. El borrador será remitido al Consejo Regional de Salud Laboral donde estarán representados los trabajadores, empresarios y la Administración Regional.

**OBJETIVO 56.** Para el año 1995 se deberá completar, ampliar y desarrollar el sistema regional de registro y vigilancia en salud laboral, a través de la explotación de los partes de declaración de accidentes de trabajo, enfermedad profesional e incapacidad.

**OBJETIVO 57.** De aquí al año 1996 debe quedar establecido un programa de información para la sensibilización de trabajadores y empresarios sobre riesgos laborales, condiciones de trabajo y organización de la prevención

en las empresas, así como un programa de asesoramiento y asistencia técnica en relación con la prevención de riesgos laborales.

**OBJETIVO 58.** Durante el cuatrienio 1993-1996, se promoverán experiencias piloto sobre detección de enfermedad profesional e investigaciones sobre exposición a contaminantes químicos de alto riesgo, causas de accidentes con elevado índice de frecuencia y gravedad y estudios sobre condiciones de trabajo y riesgos objetivos y percibidos en las actividades económicas con mayor tasa de accidentabilidad en la Región.

## **ACCIDENTES DE TRAFICO**

Aunque las comparaciones internacionales en esta materia son sumamente delicadas y difíciles es conveniente situar la realidad española en el contexto de los países europeos que integran la Conferencia Europea de Ministros de Transportes (C.E.M.T.) constituida por los doce de la Comunidad Europea más Noruega, Suecia, Finlandia, Suiza, Austria, Yugoslavia y Turquía.

El incremento producido en España respecto del número de turismos por mil habitantes (193 en 1979 y 293 en 1989) se ha visto acompañado de un incremento en el número de muertos por millón de habitantes que pasa de 184 en 1979 a 239 en 1989. Para el mismo período de tiempo la C.E.M.T. pasa de tener 254 turismos por mil habitantes a 326, sin embargo, el indicador número de muertos por millón de habitantes, experimenta un importante descenso pasando de 188 muertos a 158.

Los muertos producidos en 1989 por millón de vehículos sitúa a España con 672 muy por encima de la C.E.M.T. con 417. Todas las diferencias expuestas hasta ahora se incrementarían notablemente si la comparación se efectuase con el conjunto de la C.E.E. en vez de la C.E.M.T.

La evolución en Murcia se muestra similar a la española, incrementándose el número de accidentes con víctimas (1.900 accidentes en 1985 y 2.468 en 1989). El total general de muertos (incluidas las muertes producidas en las 24 horas siguientes al accidente) ha pasado de 105 en 1985 a 182 en 1989, si bien los datos disponibles de 1991 muestran un descenso (145 muertos). La proporción entre muertes producidas en carretera y zona urbana se mantienen en proporciones de 80 y 20.

Con datos de 1991, el 28% de los muertos se han producido por colisión del vehículo en marcha frontal, el 17% por colisión del vehículo en marcha lateral y el 14% por salida de la vía sin colisión. Otros tipos de accidentes con porcentajes destacados sería colisión con peatón, colisión con árbol o poste, colisión del vehículo en marcha trasera y el grupo otras colisiones.

Para el mismo año y dividiendo el día en cuatro franjas horarias, la distribución porcentual del número de muertes producidas sería de un 32,6% entre las 23 y las 4 horas, 22,7% entre las 5 y las 10 horas, 21,9% entre las 11 y las 16 horas y 22,7% entre las 17 y las 22 horas.

La distribución porcentual de muertes por edad de las víctimas, muestra al grupo de 18-24 años con el 31% como el más numeroso seguido muy de cerca por el de 25-44 años con el 30%, si bien hay que resaltar que el intervalo de edades de este último es mucho mayor. Es destacable también que el 7,6% de las muertes se producen en el grupo de 15-17 años.

Los Accidentes de Vehículos a Motor suponen más del 51% del total de muertes producidas por el grupo de Accidentes, Envenenamientos y Violencias, que constituyen la quinta causa de muerte de la Región de Murcia, con una tasa de 42,9 por cien mil habitantes, correspondiendo a Acciden-

tes de Vehículos a Motor una tasa de 22,4. De todo lo expuesto se deduce el enorme peso que va a suponer sobre los Años Potenciales de Vida Perdidos. Las Causas Externas se constituyen en la primera causa de A.P.V.P. siendo el apartado de Accidentes de Vehículos a Motor el de mayor entidad. Supone en valores relativos el 22,5% de todos los A.P.V.P. perdidos en la Región, lo que medido en valores absolutos son 9.228 años, de los que el 84% se han producido en el sexo masculino.

Hasta ahora se ha descrito la mortalidad, pero hay que tener en cuenta también la importancia que tanto el número de heridos como las secuelas producidas representan, ya que sólo en 1991 se produjeron un total de 1.360 heridos graves y 1.965 heridos leves.

**OBJETIVO 59. Mejorar, para 1994, los sistemas de información y registro de modo que permitan conocer los daños reales y la identificación de los factores de riesgo implicados en los accidentes de tráfico.**

**59.1.** Durante 1993, se diseñará, en el ámbito de la Comisión Regional de Tráfico, un sistema de información que permita agregar los datos procedentes de la Dirección de Tráfico, Policía Local, Altas Hospitalarias, Registro de Mortalidad y Compañías de Seguros, con seguimiento de las víctimas durante 30 días y aproximación en función del aforo de las distintas carreteras.

**OBJETIVO 60. Informar y educar a la población acerca de la problemática de los accidentes de tráfico y sus factores de riesgo haciendo posible la adquisición de hábitos de conducta tendentes a su prevención y que ayuden a crear un ambiente social menos permisivo hacia las infracciones que provocan los mismos, utilizando como estrategia básica la educación para la salud en la escuela y extendiendo en 1995 la educación vial en el currículum escolar a nivel secundario obligatorio, y con posterioridad también en B.U.P., C.O.U. y Formación Profesional hasta los 18 años.**

**OBJETIVO 61. Coordinación de los esfuerzos para proporcionar atención urgente y eficaz al accidentado, a través, del Plan de Ordenación de la Atención Continuada y Urgente prevista para 1993.**

## **ACCIDENTES INFANTILES**

Suponen la primera causa de mortalidad en el grupo de edad de 1 a 14 años, con tasas por cien mil para el año 1989, de 27,9 en el grupo de 1-4 años y de 17,7 en el grupo de 5-15 años. La distribución porcentual de la mortalidad específica por grandes grupos de causas y edad muestra el enorme peso que traumatismos y envenenamientos tienen sobre el total de la mortalidad en estos grupos de edad.

La Región de Murcia es la segunda Comunidad Autónoma en importancia tras la Comunidad Valenciana, en cuanto al número de personas que refieren algún accidente en los últimos doce meses en población de 1 a 15 años con tasas por cien de 12,7, 3,6 puntos por encima de la media española (9,1).

**TABLA 4.5. MUERTES PRODUCIDAS POR TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS POR GRUPO DE EDAD. REGION DE MURCIA. 1989**

<1 Año		1-4 Años		5-9 Años		10-14 Años	
N	%	N	%	N	%	N	%
4	3,8	15	45,4	10	55,5	23	53,5

Porcentaje sobre total de causas de muerte por grupo de edad.

**Fuente:** Registro de Mortalidad.

De los escasos datos de que se dispone se podrían extraer las siguientes conclusiones:

- Constituyen el 13,3% de ingresos en hospitales pediátricos, el 20% de consultas en Servicios de Admisión Hospitalaria y el 25% de consultas en Servicios de Urgencias.
- La mortalidad en el grupo de menores de 7 años para 1986 fue de 22 fallecimientos, cuyas causas fueron atropello de peatones (10), ocupantes de vehículos (2), quemaduras (3), sofocaciones (3), inmersiones (2) y otros (2). En el año 1989 se produjeron 43 fallecimientos en la población de 1 a 14 años por traumatismos, correspondiendo a accidentes de tráfico 24 (55,8%).
- Extrapolando los datos nacionales sobre el lugar del accidente referido en los últimos doce meses, destaca la calle con un 37,9%, seguido de la casa y escuela con un 27,7% y 27,0%, respectivamente.

**OBJETIVO 62. Reducir para 1996 en un 10% los ingresos hospitalarios causados por accidentes en la población de 1 a 14 años.**

- 62.1.** Durante 1993 se pondrá en marcha un sistema de información para el conocimiento y seguimiento de la evolución de los accidentes infantiles.
- 62.2.** Durante 1993 se realizará un estudio dirigido a identificar en los centros escolares actuales y su entorno, aquellos elementos de especial peligrosidad que requieran la puesta en marcha de medidas correctoras por las administraciones implicadas.
- 62.3.** A partir de 1994 los centros escolares de nueva construcción tendrán un tratamiento específico en el proceso de la elección de su ubicación y el control de las condiciones de infraestructuras externas e internas que garanticen el menor riesgo posible para sus usuarios.
- 62.4.** A través de la Escuela se incrementará la información y sensibilización de los alumnos, padres y profesores en los factores de riesgo de los accidentes infantiles, y especialmente aquellos relacionados con la seguridad vial.

## **5. OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO**



## **SISTEMA SANITARIO**

Es indudable que el actual sistema nacional de salud, a pesar de que su repercusión en los niveles de salud de la población es limitado, ha contribuido a la mejora de la salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales, al garantizar una cobertura prácticamente universal con unos niveles de calidad técnica y profesional equiparables a la de los países de nuestro entorno.

Sin embargo, el aumento de la demanda social, el envejecimiento de la población, el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible, junto con el carácter limitado de los recursos, han introducido determinadas tensiones en el sistema que a pesar del incremento de la calidad técnica de las prestaciones presenta un alto nivel de insatisfacción en los usuarios. Estos desajustes están relacionados con la limitación de los recursos económicos y, sobre todo, con la necesidad de reorganización del sistema de salud.

A continuación se van a señalar los problemas más relevantes de los Servicios Sanitarios de la Región de Murcia. Se han seleccionado aquellos que pueden ser abordados, al menos parcialmente, con el marco legal y administrativo vigente y en el ámbito regional. Quedan por tanto fuera de la descripción aquellos aspectos de índole general que están siendo actualmente objeto de debate, como son el modelo de financiación, la estructura y gestión de los centros sanitarios, el marco de relaciones laborales, el modelo retributivo, etc...



## **ORGANIZACION GENERAL**

El análisis de la Administración Sanitaria en la Región ofrece como característica principal la existencia de dos organizaciones paralelas, una dependiente de la Administración Central y otra de la Administración de la Comunidad Autónoma. De acuerdo con el Estatuto de Autonomía y los correspondientes Reales Decretos de Transferencias, la Comunidad Autónoma de Murcia tiene competencias en promoción de salud y salud pública, así como de planificación sanitaria en general y coordinación hospitalaria en particular. La Administración Central del Estado a través del INSALUD mantiene en nuestra Comunidad Autónoma la responsabilidad de la asistencia sanitaria sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social.

El Real Decreto 571/1990 del Ministerio de Sanidad desarrolla por primera vez desde su creación en 1978, la estructura organizativa del INSALUD. El Real Decreto prevé la puesta en marcha de los Sectores Sanitarios con una estructura articulada en una Comisión de Dirección y en una Comisión de Participación Ciudadana. La composición y funciones de dichas comisiones no coinciden con las previstas para el Consejo de Dirección y Consejo de Salud de las Areas de Salud, definidas en la Ley 2/1990 de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia.

En la Región, éste desarrollo se ha concretado en la puesta en marcha de los Equipos Directivos de Atención Primaria, organizados en los Sectores de Murcia, Cartagena y Lorca. También en los últimos años la Consejería de Sanidad ha ido desarrollando progresivamente una estructura a nivel de las Areas de Salud de Cartagena y de Lorca, que tienen la finalidad de coordinar las actuaciones propias de la Consejería de Sanidad en el Area correspondiente. Los Sectores de Cartagena y Lorca se corresponden con las Areas de Salud delimitadas por la Comunidad Autónoma, mientras que el Sector de Murcia abarca las Areas I, IV, V y VI de la Región.

Desde 1988 y a raíz de la creación de la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria se han ido celebrando diferentes convenios (Atención Primaria, Salud Mental, Planificación familiar), entre las Administraciones Central y Autonómica con el fin de coordinar las actuaciones en estos campos. Aunque los Convenios actualmente en vigor han permitido algún avance en la coordinación, no se han revelado como instrumentos útiles para profundizar en una gestión conjunta que resulta imprescindible hasta que culmine el proceso de transferencias.

En el momento actual se podría afirmar que, existe una red dedicada exclusivamente a la asistencia sanitaria gestionada por el INSALUD y en la que están incluidos parcialmente algunos recursos procedentes de la Comunidad Autónoma (Médicos y A.T.S. procedentes de los Cuerpos de Titulares), redes de servicios asistenciales de la Consejería de Sanidad que parcialmente se complementan con las de INSALUD (Salud Mental, Planificación Familiar), hospitales de la Comunidad Autónoma que funcionan

básicamente como centros concertados para la asistencia sanitaria del INSALUD y una red de salud pública específica de la Consejería de Sanidad que tiene como eje fundamental de recursos la red de Veterinarios, Farmacéuticos y Laboratorios de Salud Pública. A esto hay que sumar los dispositivos y competencias propias de las corporaciones locales.

La dispersión de las competencias de salud entre diversas instituciones, junto con la falta de homogeneidad de su organización territorial supone una falta de coordinación entre ellas, que sólo en parte se ha paliado con la creación de la Comisión de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Parece necesario, por tanto, dar paso a soluciones más integradoras que permitan una gestión única centrada en el Área de Salud.

El gasto sanitario por persona protegida en la Región de Murcia es inferior a la media estatal. De acuerdo con los datos de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, para el año 1988 el gasto por persona protegida en Murcia fue inferior a la media estatal en 4.229 ptas. (8,6%) (ver tabla 5.1). En el análisis de la composición del gasto destaca el peso creciente del gasto en farmacia causado por un aumento del consumo unido al incremento del precio medio por unidad.

**TABLA 5.1.** GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA Y POR COMUNIDAD AUTONOMA. ESPAÑA. 1988

COMUNIDAD AUTONOMA	GASTO/PERSONA PROTEGIDA	TOTAL GASTO SANITARIO
Navarra	61.458	31.966.620
Madrid	58.390	268.988.449
Aragón	57.732	67.050.456
Asturias	52.115	57.066.348
Cantabria	52.096	26.881.950
La Rioja	51.638	13.273.308
Castilla y León	50.071	130.550.848
Canarias	49.967	71.158.136
Castilla-La Mancha	48.833	81.783.023
País Vasco	48.297	102.773.874
Andalucía	47.340	315.784.439
Cataluña	47.251	279.937.659
Baleares	46.333	30.022.719
Extremadura	44.736	48.556.064
C. Valenciana	44.681	165.776.737
<b>MURCIA</b>	<b>44.619</b>	<b>44.828.860</b>
Galicia	40.594	112.561.898
Ceuta-Melilla	31.290	3.881.347
<b>MEDIA</b>	<b>48.848</b>	<b>-</b>

Fuente: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. 1990.

**OBJETIVO 63.** En 1994 y tras los oportunos acuerdos entre Ministerio de Sanidad y la Comunidad Autónoma, se realizará una experiencia piloto de implantación de un sistema de gestión en el Area de Salud de Cartagena a través de la creación de órganos de dirección, gestión y participación unificados y, tras su evaluación, se extenderá al resto de las Areas a partir de 1996.

**63.1.** A lo largo de 1993 se definirá un sistema de información único que posibilite la planificación, evaluación y gestión de los servicios sanitarios de cada Area de acuerdo con lo previsto en el Plan de Salud.

**OBJETIVO 64.** Durante 1993 se revisará el mapa sanitario para homogeneizar la distribución territorial de los organismos implicados en la asistencia sanitaria (INSALUD y Consejería de Sanidad) y otros organismos relacionados (Consejería de Asuntos Sociales).

**OBJETIVO 65.** En 1994 estarán desarrolladas y delimitadas las funciones de las Administraciones Locales dentro de las Areas de Salud.

**65.1.** Para 1994 se definirán y ordenarán dentro del Area de Salud los servicios de apoyo que ésta deberá prestar a las Corporaciones Locales.

**65.2.** Para 1996 se habrán integrado en la estructura de Area aquellos recursos de los Servicios Municipales de Salud destinados a realizar funciones asignadas a los dispositivos de Area.

**OBJETIVO 66.** En 1996 se asignarán los recursos del Area de Salud en función de la oferta de servicios.

**66.1.** Durante 1993 se definirán los criterios para establecer la oferta de servicios por Area de Salud.

**66.2.** A partir de 1994 se realizará en el Area de Salud de Cartagena una experiencia piloto de asignación de recursos en función de la oferta de servicios. Tras su evaluación se extenderá su implantación al resto de la Región.

**OBJETIVO 67.** En 1994 el gasto sanitario público por habitante tenderá a ser equivalente a la media nacional en lo que respecta al gasto corriente, sin perjuicio del esfuerzo inversor necesario para suplir los déficits estructurales existentes.



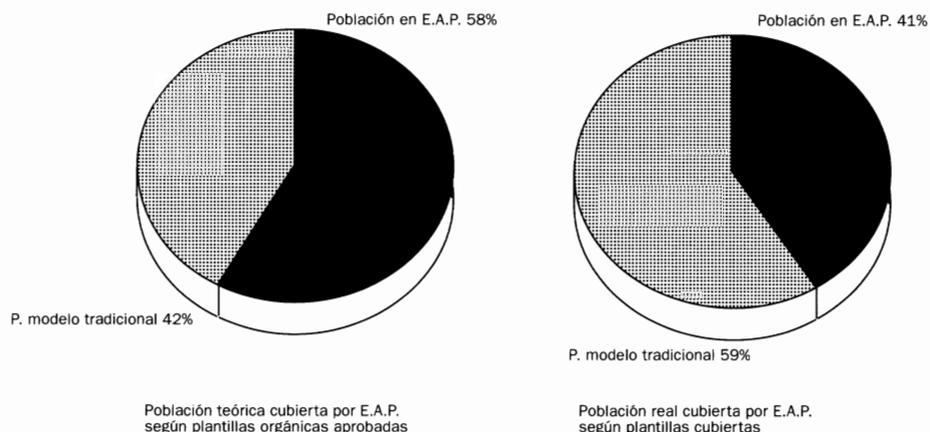
## ATENCION PRIMARIA

### Cobertura del nuevo modelo

El Mapa de Atención Primaria de la Región revisado en febrero de 1991 ha configurado un total de 67 zonas de salud.

La reforma de la Atención Primaria de la Región de Murcia se inició en 1985 con la puesta en marcha de 14 equipos de Atención Primaria. Durante el período 1986/1991 se pusieron en marcha 11 nuevos equipos de Atención Primaria, lo que representa que a 31 de diciembre de 1991 sean 30 los equipos en funcionamiento en la Región, dando cobertura real al 41,1% de la población (ver gráfica 5.1).

**GRAFICA 5.1.** POBLACION CUBIERTA POR E.A.P. REGION DE MURCIA.  
(31 de diciembre de 1991)

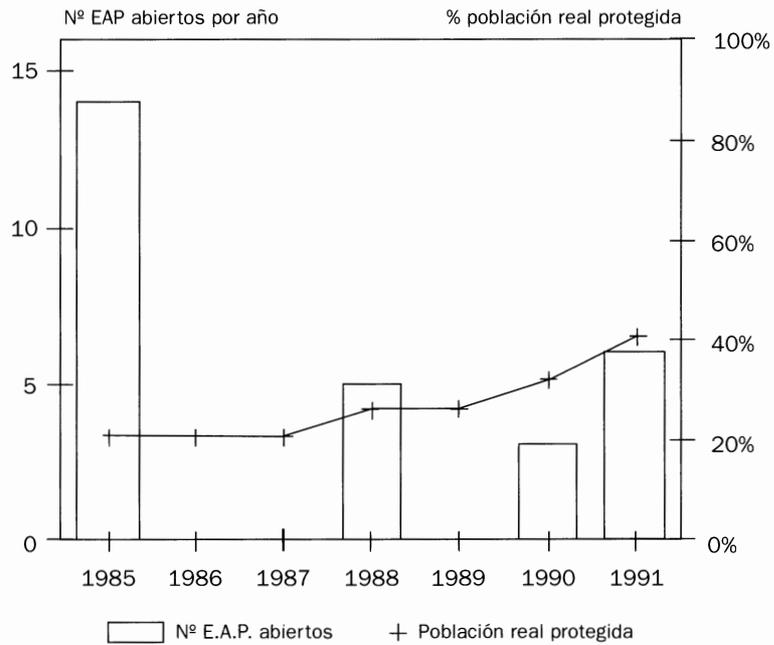


**Fuente:** Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD. 1991

En el gráfico anterior se puede observar la diferencia existente entre la población teórica cubierta por Equipo de Atención Primaria (58,0%) y la población real (41,1%), esta diferencia del 16,9% es debida al personal sanitario de A.P.D. y de zona que ha rechazado su incorporación en los Equipos de Atención Primaria, permaneciendo por tanto en el modelo tradicional. Esta situación supone que la población cuyas cartillas se encuentran adscritas al personal sanitario no integrado no se beneficia de las ventajas que representa el nuevo modelo.

En el gráfica 5.2 se muestra la evolución de la población real protegida por los Equipos de Atención Primaria en la Región de Murcia desde 1985 hasta diciembre de 1991.

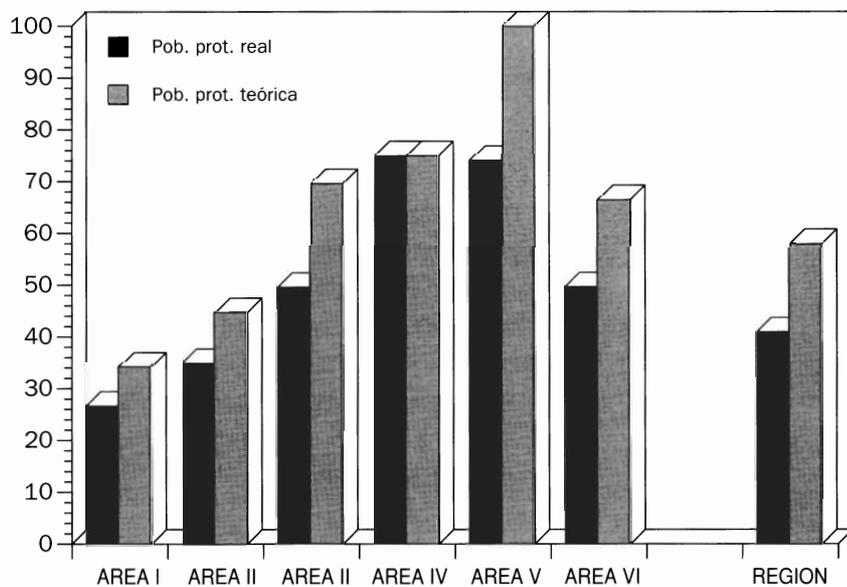
**GRAFICA 5.2.** POBLACION CUBIERTA POR E.A.P. EVOLUCION 1985-91.  
REGION DE MURCIA



**Fuente:** Dirección Programa de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud

El análisis del alcance del nuevo modelo de Atención Primaria por Areas de Salud identifica al Area de Salud I (Murcia) como la más deficitaria en cobertura por Equipos de Atención Primaria, seguida del Area de Salud de Cartagena (ver gráfica 5.3).

**GRAFICA 5.3.** POBLACION CUBIERTA POR E.A.P. AREAS DE SALUD.  
REGION DE MURCIA. 1991.



**Fuente:** Dirección Programa de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud

La Región de Murcia se sitúa 8 puntos por debajo de la media del territorio gestionado por INSALUD en cuanto a la cobertura de población real por Equipos de Atención Primaria (ver tabla 5.2).

**TABLA 5.2.** POBLACION CUBIERTA POR E.A.P. 1991

COMPARACION REGION DE MURCIA Y TERRITORIO DE INSALUD		
	MURCIA	INSALUD
Población real en EAP	41%	49%
Población real en modelo tradicional	59%	51%
Población teórica en EAP	58%	72%
Población teórica en modelo tradicional	42%	28%

**Fuente:** Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD.

### **Recursos materiales**

De los 67 centros de salud teóricos que deberán existir en la Región de Murcia, hay 28 en funcionamiento, 11 de ellos ubicados en locales provisionales que precisan construcción de un nuevo centro de salud y 17 en locales definitivos.

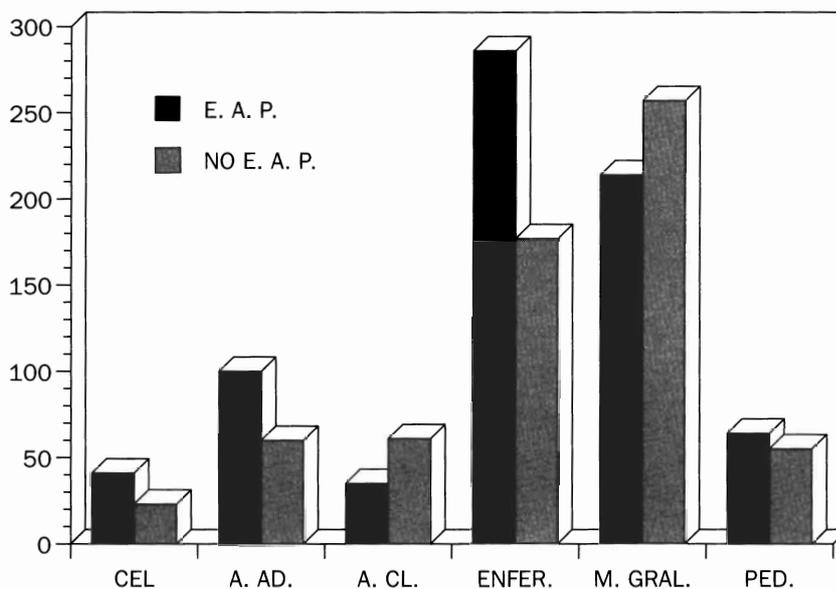
La red de Centros de Atención Primaria se caracteriza por un elevado número de puntos asistenciales (230) en la Región. La gran mayoría de estos centros no responden ni en su ubicación ni en sus características a un proceso homogéneo de planificación. La mayoría de los titulares de los consultorios son Corporaciones Locales y Asociaciones de Vecinos que soportan una importante carga económica para asegurar el mantenimiento y para cubrir las necesidades de personal no sanitario de los mismos.

El estudio realizado en la Región durante 1988 estimó en 30 los consultorios locales de nueva construcción necesarios, en 43 los que era preciso remodelar y en 135 los consultorios a equipar con material sanitario. El programa de inversiones elaborado para corregir estas deficiencias está cumplido en un 90% a diciembre de 1991.

### **Recursos humanos**

El análisis de los recursos humanos en Atención Primaria revela que por profesiones el grupo más numeroso lo constituyen los médicos generales con un total de 471 profesionales, seguido de los enfermos con 463. El tercer colectivo en importancia numérica lo constituyen los auxiliares administrativos con 160 personas y siguiendo en orden decreciente, pediatras (119), auxiliares de clínica o enfermería (96) y celadores (64). (Ver gráfica 5.4).

**GRAFICA 5.4. RECURSOS HUMANOS EN ATENCION PRIMARIA POR PROFESIONALES Y MODELO. REGION DE MURCIA. 1991**



**Fuente:** D.P. de Atención Primaria. Servicio de Salud Región de Murcia

Según el modelo de atención, algo más de la mitad, 740 (54%) de los profesionales de Atención Primaria trabajan en Equipos de Atención Primaria, mientras que los 633 (46%) restantes lo hacen en lo que se denomina modelo tradicional.

Las previsiones de personal sanitario (médicos, pediatras y enfermeras) plantean la necesidad de un total de 310 profesionales para el desarrollo previsto del modelo de Atención Primaria, lo que supondría un incremento del 30% en la plantilla de toda la Región. De los tres tipos de profesionales estudiados sólo sería necesario una reordenación de los pediatras, mientras que serían precisos 111 médicos generales y 192 enfermeros.

### **Indicadores de actividad**

Los Equipos de Atención Primaria de la Región tienen más presión asistencial que la media del territorio gestionado por el INSALUD. Destaca sobre todo la enorme presión de los médicos A.P.D. y de Cupo (modelo tradicional), lo cual puede repercutir en la calidad de la asistencia que se preste, destacando también la baja demanda que se genera en el personal de enfermería de los equipos de Atención Primaria (ver tabla 5.3).

**TABLA 5.3.** Nº DE USUARIOS POR PROFESIONAL Y DIA EN ATENCION PRIMARIA. REGION DE MURCIA-TERRITORIO DEL INSALUD. 1991

	MÉDICOS GENERALES			PEDIATRAS		ENFERMERIA			
	MOD. TRADICIONAL			MOD. TRADICIONAL			MOD. TRADICIONAL		
	EAP	CUPO	APD	EAP	MOD. TRAD.	EAP	CONSULTA	APD	
Región de Murcia	42,6	71,7	73,2	24,7	23,5	26	36,6	44,3	
Territorio del INSALUD	32,5	43,3	45,2	22,1	13,4	19,5	10,9	39,8	

**Fuente:** Indicadores de Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. 1991.

La comparación de estos datos con el resumen anual de 1989 de la Subdirección General de Atención Primaria (últimos datos publicados con el modelo de información antiguo) ofrece unos resultados similares.

El análisis de la frecuentación no ofrece diferencias importantes entre las veces que una persona consulta al año en la Región de Murcia y en el resto de Comunidades Autónomas del Territorio INSALUD para el modelo nuevo, aunque las cifras son sensiblemente más elevadas en el modelo tradicional. (Ver tabla 5.4).

**TABLA 5.4.** Nº DE CONSULTAS POR HABITANTE Y AÑO. REGION DE MURCIA-TERRITORIO DEL INSALUD. 1991

	MÉDICOS GENERALES			PEDIATRAS		ENFERMERIA			
	MOD. TRADICIONAL			MOD. TRADICIONAL			MOD. TRADICIONAL		
	EAP	CUPO	APD	EAP	MOD. TRAD.	EAP	CONSULTA	APD	
Región de Murcia	6,2	8,4	8,2	5,1	3,2	4	2,9	1,3	
Territorio del INSALUD	6,2	5,7	6,3	4,2	2,7	3,5	0,7	2,3	

**Fuente:** Indicadores de Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. 1991.

Los médicos generales de Equipo de Atención Primaria derivan el 10'5% de todas sus consultas a los servicios de apoyo de especialistas u hospital, laboratorio y radiología, observandose diferencias importantes entre lo que derivan a especialistas u hospital los médicos del modelo tradicional (8,0%) y los médicos de los Equipos de Atención Primaria. (4,5%). (Ver tablas 5.5 y 5.6).

Al finalizar 1991 en la Región había un total de 60 Programas de Salud acreditados y funcionando en los Equipos de Atención Primaria. En general se percibe la necesidad del establecimiento de grandes líneas (Programas Marco) que sirvan de referencia y orienten el trabajo por programas en la Atención Primaria de Salud, todo ello en relación con la estrategia de cartera de servicios establecida por INSALUD.

Al mismo tiempo hay que señalar la escasísima relación existente entre el nuevo modelo de Atención Primaria y los tradicionales servicios de salud pública. La normalización en la puesta en marcha de los programas de salud pública ha ido suponiendo un abandono de las actividades tradicionales del médico de A.P.D., mientras que la estructura de los programas de higiene de los alimentos y de los programas de sanidad ambiental es todavía débil y no ha llegado a conectar adecuadamente con los dispositivos de Atención Primaria.

**TABLA 5.5.** DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA. REGION DE MURCIA. 1991

DERIVACIONES %	MEDICINA GENERAL		PEDIATRIA	
	EAP	MOD. TRADICIONAL	EAP	MOD. TRADICIONAL
Especialista-Hospital	4,5	8	3,1	4,9
Laboratorio	4,2	5,3	4	4,7
Radiología	1,8	1	1,5	0,8
Total Derivaciones %	10,5	14,3	8,6	10,5

**Fuente:** Sectoriales del INSALUD. Región de Murcia. 1991

**TABLA 5.6.** DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA. TERRITORIO DEL INSALUD. 1991

DERIVACIONES %	MEDICINA GENERAL			PEDIATRIA	
	EAP	CUPO	APD	EAP	MOD.TRADI.
Especialista-Hospital	4,3	7,8	5,3	2,7	4
Laboratorio	4,6	4,5	4,2	3,4	1
Radiología	1,6	0,9	0,8	1,4	2,9
Total Derivaciones %	10,5	13,2	10,3	7,5	9,9

**Fuente:** Indicadores de Atención Primaria. Subdirección de Atención Primaria. INSALUD. 1991

**OBJETIVO 68. En 1994 se alcanzará una cobertura regional del 100% de los Equipos de Atención Primaria.**

**68.1.** En 1993 se habrá alcanzado una cobertura del 85% en Equipos de Atención Primaria y para 1994 se habrán creado 36 nuevos.

**68.2.** En 1994 se habrá completado el proceso para la integración de los sanitarios locales y de zona en los Equipos de Atención Primaria.

**OBJETIVO 69. Alcanzar un 100% de cobertura para los Consultorios Locales en 1993 y para los Centros de Salud en 1995.**

**OBJETIVO 70. Para 1993 el 100% de los Equipos de Atención Primaria ofertaran unos servicios básicos homogéneos.**

**70.1.** Para 1993 se habrán definido los servicios básicos de todos los puntos asistenciales del nivel primario.

**70.2.** Durante 1993 cada centro concretará su oferta de servicios.

**70.3.** Durante 1993 se habrán fijado los criterios de acreditación y evaluación de los servicios.



## ASISTENCIA ESPECIALIZADA

### Recursos materiales

A diciembre de 1991 se contabilizan en la Región de Murcia un total de 3.273 camas para asistencia especializada distribuidas en 21 centros hospitalarios. Hay 8 centros de titularidad pública (5 de INSALUD y 3 de la Consejería de Sanidad) con un conjunto de 2.242 camas, de las cuales 1.743 corresponden a INSALUD y 499 a la Consejería de Sanidad (tabla 5.7).

**TABLA 5.7.** DISTRIBUCION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN TITULARIDAD. REGION DE MURCIA. 1991

CENTROS PUBLICOS			CENTROS PRIVADOS		
INSALUD					
HOSPITAL	AREA	Nº CAMAS	HOSPITAL	AREA	Nº CAMAS
V. Arrixaca	I	944	*Mesa del Castillo	I	61
H. Rosell	II	378	*San Carlos	I	121
Rafael Méndez	III	216	*Cruz Roja	I	107
H. Noroeste	IV	111	*San José	I	80
H.V. del Castillo	V	94	*La Vega	I	100
INSALUD		1.743	Ntra. Sra. Belén	I	85
			Salud	I	30
			TOTAL AREA	I	584
			*Cruz Roja	II	97
			*H. Caridad	II	132
			*Perpetuo Socorro	II	88
CONSEJERIA DE SANIDAD					
HOSPITAL	AREA	Nº CAMAS	TOTAL AREA	II	317
H. General	I	285	*V. Alcázar	III	54
Los Arcos	II	98	TOTAL AREA	III	54
Psiquiátrico	III	116	*R. Piedad	IV	42
CONSEJERIA		499	*Dr. Bernal	IV	34
			TOTAL AREA	IV	76
TOTAL C. PUBLICOS		2.242	TOTAL C. PRIVADOS		1.031

\*Concertados con INSALUD

Los 13 centros de titularidad privada suman 1.031 camas, estando concertados con INSALUD para la asistencia sanitaria 11 centros que disponen de 916 camas.

El número de camas por 1.000 habitantes en la Región es de 3,2, de las cuales 2,2 son públicas y 1,0 privadas. La distribución por Area de Salud oscila entre 4,2 en el área I y ninguna cama en el área VI. (Ver tabla 5.8).

**TABLA 5.8.** DISTRIBUCION DE CAMAS POR 1.000 HABITANTES SEGUN AREA DE SALUD. REGION DE MURCIA. 1991

AREAS DE SALUD		CAMAS POR 1.000 HABITANTES
I	Murcia	4,2
II	Cartagena	3,2
III	Lorca	2,2
IV	Noroeste	3,0
V	Altiplano	1,2
VI	Vega del Segura	-
	Región	3,2

Durante el período del Plan (1993-1996) esta prevista la puesta en marcha del Hospital Morales Meseguer (Arrixaca Vieja) y del Hospital de Cieza, lo que supondría la apertura de unas 600 camas, alcanzando las 3.893 con un indicador por 1.000 habitantes de 3,7. A estas camas habría que sumarles las procedentes de un posible convenio de utilización parcial del Hospital Naval de Cartagena. Teniendo en cuenta ésto se puede afirmar que el número de camas de la Región será suficiente, no obstante sería necesario proceder a su redistribución, así como a una especialización del sector privado en los cuidados de media y larga estancia. Una primera aproximación estima las necesidades de camas para enfermos crónicos en 0'5 por mil habitantes.

### Recursos humanos

En el conjunto de la red pública de asistencia especializada hay una plantilla de 7.202 plazas de las cuales 6.215 corresponden a la red de INSALUD y 987 a la Consejería de Sanidad (Ver tabla 5.9 y 5.10).

**TABLA 5.9.** RECURSOS HUMANOS EN ATENCION ESPECIALIZADA PERTENECIENTES A INSALUD. REGION DE MURCIA. 1990

	ARRIXACA	ROSELL	R. MENDEZ	NOROESTE	V. CASTILLO	TOTAL
Personal Directivo	16	6	5	3	3	33
Facultativos	384	138	79	53	58	712
Facultativos cupo	204	79	35	10	10	338
Enfer., Matronas y Fisioterapeutas	1.144	303	196	113	119	1.875
Aux. Enfermeras y Otro Per. Sanitario	1.015	277	181	97	81	1.651
Administración y Serv. Generales	899	287	178	118	124	1.606
<b>TOTAL</b>	<b>3.662</b>	<b>1.090</b>	<b>674</b>	<b>394</b>	<b>395</b>	<b>6.215</b>

Fuente: Memoria de INSALUD. 1990

**TABLA 5.10.** RECURSOS HUMANOS EN ATENCION ESPECIALIZADA PERTENECIENTES A LA CONSEJERIA SANIDAD. REGION DE MURCIA. 1990

	H. GENERAL	LOS ARCOS	H.PSIQUIATRICO	TOTAL
Personal Directivo	6	4	1	11
Facultativos	126	35	16	177
Enfermeras, Matronas	186	70	15	271
Fisioterapeutas				
Aux. Enfermeras y	173	51	64	288
Otro Personal Sanitario	.			
Administración y	176	40	24	240
Servicios Generales				
<b>TOTAL</b>	<b>667</b>	<b>200</b>	<b>120</b>	<b>987</b>

**Fuente:** Memoria de la Consejería de Sanidad. 1990

El análisis de los recursos humanos revela una suficiencia general, aunque existen carencias en las especialidades de Microbiología, Nefrología, Neurología, Neumología y Radiología, así como una mala distribución de las especialidades de Anestesiología, Traumatología, Oftalmología y Urología, con una concentración de ellas en los hospitales de mayor nivel en detrimento de los de las Areas de Salud IV y V. El personal de enfermería asciende a un total 1.875 con un índice de 1,3 por mil habitantes, ligeramente por debajo de la media nacional (1,5 por mil). La apertura de los hospitales Morales Meseguer y de Cieza van a requerir alrededor de 700 profesionales de enfermería más.

### **Indicadores de actividad**

En la tabla 5.11 se pueden apreciar los principales indicadores de actividad de los hospitales de titularidad pública. No se ha incluido el Hospital Psiquiátrico puesto que el tipo de actividad realizada no es directamente comparable al resto de hospitales.

Durante 1990 se produjeron 70.782 ingresos con un total de 573.005 estancias, lo que unido a los ingresos realizados en los centros privados sitúa la frecuentación hospitalaria global de la Región en torno al 90 por 1.000.

La estancia media fue de 8,1 variando desde 10,5 en el Hospital General de la Arrixaca a 5,3 en el Hospital Los Arcos.

**TABLA 5.11.** INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA. REGION DE MURCIA. 1990

	Arrixaca H. General	Arrixaca M.I.	Hosp. Noroeste	Hosp. V. Castillo	Hosp. Rosell	Hosp. R. Méndez	Total INSALUD	Hosp. General	Hosp. Los Arcos	TOTAL
Nº Camas	611	324	111	94	330	154	1.624	285	86	1.995
Estancias	217.664	87.636	21.702	21.875	93.647	35.818	478.342	73.784	20.879	573.005
Ingresos	20.716	15.744	3.114	3.464	11.308	5.188	59.579	7.286	3.917	70.782
I. Ocupación	97,6	74,1	44,9	63,8	77,7	63,7	80,5	80,9	66,5	78,7
I. Rotación	33,9	48,5	28,0	36,8	34,3	33,6	36,7	26,0	45,5	35,5
Estancia Media	10,5	5,6	7,0	6,3	8,3	6,9	8,0	10,1	5,3	8,0
<b>Consultas</b>										
sucesivas	122.775	32.830	11.184	24.036	48.418	15.485	254.728	46.085	13.086	313.929
<b>Consultas</b>										
Primeras	30.417	7.954	6.032	3.643	13.246	4.075	65.367	8.783	3.459	77.609
<b>Total</b>										
Consultas	153.192	42.784	17.216	27.679	61.664	19.560	320.095	54.868	16.581	391.544
SUC/Primera	4,0	4,1	1,8	6,6	3,6	3,8	3,9	5,2	3,8	4,1
<b>Intervenciones</b>										
Programadas	6.904	3.128	659	765	2.895	1.621	15.976	5.353	1.381	22.710
<b>Intervenciones</b>										
Urgencias	3.265	1.440	567	544	1.998	854	8.668	767	655	10.090
<b>% intervenciones</b>										
Urgentes	32,0	31,5	46,2	41,5	40,8	34,5	35,1	12,5	32,2	30,7
Total interv.	10.173	4.568	1.226	1.309	4.893	2.475	24.644	6.120	2.036	32.800

**Fuente:** Memoria del INSALUD 1990. Memoria H. General 1990. Memoria H. Arcos 1990

El índice de ocupación global fue de 78,7%, siendo especialmente bajo en el Hospital del Noroeste y no alcanzando el 85% de ocupación ningún hospital público a excepción del Hospital General de la Arrixaca. Aunque un análisis más profundo requeriría el estudio por servicios o especialidades, todo parece indicar que hay una utilización por debajo de la deseable en los hospitales de menor número de camas y una presión excesiva en el Hospital General de la Arrixaca. Este análisis habría que realizarlo considerando el tipo de patología atendida, la estancia media y las listas de espera existentes. La información disponible sobre listas de espera de hospitalización indica que el problema se concentra en el hospital de referencia regional (Virge de la Arrixaca) y que afecta especialmente a Traumatología seguido de Cirugía Pediátrica, Urología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Maxilofacial, Oftalmología y Neurocirugía.

La relación entre consultas sucesivas y primeras consultas para el total de 324.331 consultas externas, oscila bastante entre los distintos centros y se sitúa en 4,1, indicando una relación por encima de lo deseable.

**OBJETIVO 71.** En 1993 se habrá definido un Plan de Ordenación de la Atención Especializada.

- 71.1.** Durante 1993 se realizará un análisis de situación de los recursos humanos en Atención Especializada destinado a conocer y cuantificar las necesidades de personal y su distribución por especialidades según la demanda actual y previsible y teniendo como marco de referencia el Área de Salud. Para ello se contemplará la integración paulatina y flexible de los especialistas de cupo en los Hospitales de Área correspondientes.
- 71.2.** Durante 1993 se realizará un análisis de situación de las camas hospitalarias destinado a cuantificar las necesidades de camas de media/larga estancia y de agudos, así como la distribución de éstas entre las diferentes especialidades.
- 71.3.** Durante 1993 se establecerá una oferta de servicios básicos para cada centro del nivel especializado, así como los criterios para su acreditación y evaluación.
- 71.4.** Durante 1993 se diseñará un sistema de Acreditación de Centros y Servicios especializados.
- 71.5.** Durante 1993 se definirá una política de conciertos basada en la complementariedad entre el sector público y privado, de forma que estos se orienten prioritariamente hacia los cuidados de mediana y larga estancia y a la oferta de determinadas prestaciones relacionadas con las nuevas tecnologías.
- 71.6.** Durante 1993 se establecerán protocolos de derivación interhospitalaria y de la Atención Primaria con el Nivel Especializado.
- 71.7.** Durante 1993 se definirán los servicios de referencia de la Región. Como norma general, estos servicios se ubicarán en el Hospital V. Arriaca, aunque, teniendo en cuenta la actual distribución de recursos y la sobrecarga asistencial de este centro, algunos de ellos pueden compartirse entre varios hospitales.
- 71.8.** Durante 1993 se diseñará un sistema de información que permita el análisis comparado por centros y servicios de los principales indicadores y procesos.

**OBJETIVO 72. A partir de 1993 se mantendrá una ocupación global en los hospitales públicos del 85%, con una estancia media de 6-8 días.**

**OBJETIVO 73. En 1993 se creará una Unidad de Evaluación de la Tecnología que podrá contar con grupos de trabajo específicos para determinar las necesidades y características de los equipos de laboratorio, diagnóstico por imagen y otros dispositivos de tecnología punta, de acuerdo con los criterios generales establecidos para el Sistema Nacional de Salud.**

**OBJETIVO 74. Durante 1993 se logrará una disminución global del 50% de pacientes con espera mayores de 6 meses.**

**74.1.** En 1993 se pondrá en marcha una unidad centralizada de gestión y se arbitrarán las medidas necesarias para la reducción de las listas de espera.

**OBJETIVO 75. Durante el período del Plan se realizará la puesta en marcha del Hospital Morales Meseguer y el Hospital de Cieza. Así mismo se culminarán las remodelaciones del Hospital Ntra. Sra. del Rosell y del Hospital V. de la Arrixaca y se utilizarán parcialmente las instalaciones del Hospital Naval.**

**COORDINACION  
ENTRE ATENCION  
PRIMARIA Y  
ASISTENCIA  
ESPECIALIZADA**

La coordinación entre los niveles primario y especializado en el conjunto del sistema sanitario es muy débil. La inexistencia de un órgano de dirección único en el ámbito del área de salud dificulta el establecimiento de objetivos comunes que implicarían la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para una adecuada coordinación.

Esta relación debería enmarcarse en el establecimiento de objetivos para alcanzar metas establecidas en los Programas de Salud, desarrollándolos a través de protocolos de intervención pactados entre los dos niveles.

Los aspectos en los que sería necesario incidir más fuertemente para mejorar la coordinación de los niveles y por tanto aumentar la eficacia global del sistema están relacionados con la atención urgente, la salud mental, los dispositivos de diagnóstico por la imagen, el laboratorio, la rehabilitación y la atención a la mujer.

**Atención Urgente**

La atención sanitaria de urgencia se realiza en dos niveles, el hospitalario y el extrahospitalario. En los hospitales la atención se presta a través de dispositivos específicos de atención de urgencias y en el nivel extrahospitalario a través de distintas unidades (S.E.D.U., S.N.U., etc.) o directamente por los profesionales sanitarios, en aquellos lugares donde no existen estos dispositivos.

La distinta titularidad y dependencia de estos dispositivos y la inexistencia de un sistema único e integrado de información sanitaria no permite el conocimiento exacto de los recursos disponibles y su utilización, por lo que la caracterización del sistema de atención urgente sólo puede ser aproximada.

Todos los hospitales públicos de la Región disponen de un Servicio de Urgencia. Exceptuando el Hospital Román Alberca (psiquiátrico), el resto de ellos disponen, en turno de urgencia, de los servicios de un hospital general. Entre los hospitales privados, nueve de ellos declaran haber realizado actividades de atención urgente.

Durante 1990, en los servicios de urgencia de los hospitales públicos de la Región, se atendieron un total de 331.159 urgencias, que suponen una frecuentación de 319,7 urgencias por cada 1.000 habitantes y 907 urgencias por día. El número de urgencias ingresadas fue de 54.973 (16,6%), siendo éstas responsables del 77,7% de los ingresos hospitalarios de la Región. Las intervenciones quirúrgicas de urgencia ascendieron a 10.090, lo que supone que el 30,7% de todas las intervenciones realizadas en la Región tuvieron un carácter urgente. La distribución entre los diferentes centros públicos aparece recogida en la tabla 5.12.

**TABLA 5.12.** INDICADORES DE URGENCIAS DE HOSPITALES PUBLICOS. REGION DE MURCIA. 1990

Hospital	URGEN. INGRESADAS			INTERVE. URGEN.		Presión Urgen. /día	Urgen. /día
	Urgencias atendidas	Número	%	Número	%		
V. Arrixaca	117.673	28.371	24,1	4.705	31,9	77,8	321
General	79.181	14.423	18,2	3.265	32,1	69,4	216
M.I.	38.492	13.948	36,3	1.440	31,5	88,5	105
Noroeste	16.494	2.502	15,2	567	46,2	80,3	45
V. Castillo	15.034	2.683	17,8	544	41,5	77,4	41
Rosell	62.647	9.797	15,6	1.998	40,8	86,6	171
R. Méndez	28.337	4.422	15,6	854	34,5	85,6	34
General	56.086	4.080	7,3	767	12,5	56,4	154
Los Arcos	34.951	3.118	8,9	655	32,3	79,6	96
<b>Total</b>	<b>331.159</b>	<b>54.973</b>	<b>16,6</b>	<b>10.090</b>	<b>30,7</b>	<b>77,7</b>	<b>862</b>

**Fuente:** Memoria de INSALUD 1990. Memoria de la Consejería de Sanidad 1990.

No ha sido posible obtener información homologable referente a los recursos humanos y materiales dedicados a la atención urgente en los hospitales de la Región. En general, se puede afirmar que estos centros públicos están relativamente bien dotados, con espacios adecuados, personal cualificado y con el apoyo de los demás servicios hospitalarios.

En cuanto a la demanda de estos servicios, en general se pueden diferenciar tres grupos de pacientes. El primero, formado por un 3-5%, incluye a los casos de urgencia vital; el segundo, estimado en un 35-40%, está constituido por urgencias percibidas como tales por el paciente, pero que, salvo excepciones, clínicamente no lo son y, por tanto, no necesitan una asistencia inmediata; y el tercero, alrededor de un 50-60%, está formado por enfermos que utilizan los dispositivos como un "cortocircuito del sistema", ya sea para ser atendidos por una patología semibanal fuera del horario de los centros asistenciales o bien para ingresar sin pasar por las listas de espera. Este último grupo es responsable de la masificación de los dispositivos de urgencia de los hospitales, cuando buena parte de la demanda que genera, junto con el segundo grupo, puede ser satisfecha por otros dispositivos sanitarios.

La asistencia sanitaria de urgencias en el medio extrahospitalario se realiza a través de tres dispositivos: los Servicios Especiales de Urgencias (S.E.D.U.), los Servicios Normales de Urgencias (S.N.U.) y el personal sanitario de las localidades sin servicios de urgencias (sistema tradicional).

El 40,5% de la población está cubierta por los Servicios Especiales de Urgencia, el 48,7% por los Servicios Normales de Urgencia y el 10,8% reciben asistencia del personal sanitario de sus respectivas localidades. La mayoría

de la población no cubierta por servicio de urgencia se encuentra en las zonas de salud de Moratalla y Caravaca, pedanías de Lorca y en el Campo de Cartagena (ver tabla 5.13).

**TABLA 5.13.** PORCENTAJE DE POBLACION ATENDIDA POR SERVICIOS DE URGENCIA. REGION DE MURCIA. 1990

AREA DE SALUD		S.N.U.	S.E.D.U.	SIN S.U.
I	Murcia	6,9	88,7	4,2
II	Cartagena	88,7	-	11,2
III	Lorca	85,4	-	14,5
IV	Noroeste	55,5	-	44,4
V	Altiplano	100	-	-
VI	Vega del Segura	41,9	45,2	12,8
TOTAL		48,7	40,4	10,8

**Fuente:** Inventario de Recursos en Atención Primaria. 1990

En la Región existe un solo Servicio Especial de Urgencias con seis centros periféricos, cinco de ellos se ubican en el Area de Salud I y uno en el Area de Salud VI. Junto a éstos hay 17 Servicios Normales de Urgencia, con una distribución similar en las diferentes Areas de Salud. La asistencia definida como modelo tradicional alcanza a 17 Zonas de Salud, el mayor número de ellas situadas en el Area de Salud II (Cartagena) con seis zonas de salud y el Area de Salud IV (Noroeste) con tres.

Los recursos humanos destinados a estos servicios asciende a 367 (192 en el S.E.D.U., 175 en el S.N.U. y 90 en los que no disponen de ellos), su distribución por tipo de profesional se recoge en la tabla siguiente.

**TABLA 5.14.** RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCION DE URGENCIAS. REGION DE MURCIA. 1991

	Médicos	A.T.S./D.U.E.	Celador	Otros	Total
S.E.D.U.	50	28	37	77	192
S.N.U.	59	55	61	-	175
SUBTOTAL	109	83	98	77	367
SIN S.U.	56	34	-	-	90
TOTAL	165	117	98	77	457

**Fuente:** Memoria del SEDU 1991. Sectores Atención Primaria.

Durante 1991 los dispositivos extrahospitalarios de urgencias atendieron 351.941 demandas, que suponen 336,3 urgencias por 1.000 habitantes de la Región, de las cuales el 46% a cargo del S.E.D.U., el 32,8% por los S.N.U. y el 21,2% restante por el personal de las localidades sin estos servicios.

Estos servicios de urgencias se caracterizan por su ubicación en locales muy deteriorados y de difícil accesibilidad, sus dotaciones de material suelen ser deficientes y los vehículos, cuando existen, son inadecuados para la evacuación de enfermos.

Dadas las características de la atención urgente, la disponibilidad de dispositivos de evacuación rápidos y adecuados es fundamental para el desarrollo eficaz de sus funciones. Aunque, según la legislación vigente sobre transporte sanitario, estos vehículos deben autorizarse por la Dirección General de Transporte tras el informe favorable de la Consejería de Sanidad, no existe normativa que defina los tipos de vehículos de transporte sanitario y características técnico-sanitarias. Tampoco se han establecido unas líneas claras para su distribución regional, propiciando su concentración en los grandes núcleos de población y alrededor de los centros hospitalarios en detrimento de otras zonas de la Región que, por su alejamiento y dispersión, están más necesitadas de ellos.

Actualmente existen alrededor de 150 ambulancias en la Región. De ellas, 84 (56%) son de propiedad privada, 43 (28,6%) pertenecen a la Cruz Roja, 15 (10%) a los Ayuntamientos y 8 (5,4%) a Insalud y Comunidad Autónoma. Ello supone la existencia de 14,3 ambulancias por cada 100.000 habitantes.

En general, se puede afirmar que existe una indefinición del modelo de atención urgente en el que se establezcan los objetivos y funciones de estos dispositivos y los dote de los recursos necesarios para ello. Tampoco existe un mecanismo de coordinación y comunicación entre los diferentes niveles y dispositivos implicados en la atención sanitaria urgente, ni de éstos con otros dispositivos (bomberos, protección civil, policía, etc.).

Por otro lado, no existe un sistema de capacitación del personal de urgencias, lo que se traduce en una escasa adecuación de los perfiles profesionales a las funciones a desarrollar. Esto, junto con las carencias en infraestructura, determina una escasa capacidad resolutoria de estos dispositivos.

Al mismo tiempo, los cambios sociales y económicos de la Región y del país han hecho que los servicios sanitarios pasen a ser un bien de consumo de primera necesidad, con el consiguiente disparo de la demanda.

**OBJETIVO 76.** En el primer semestre de 1993 se habrá realizado un análisis de situación de los recursos materiales y humanos existentes en Atención Continuada y Urgente y Transporte Sanitario, tanto públicos como privados. La realización de este análisis será coordinado por un grupo de trabajo en el que se incluyan representantes de INSALUD y de la Consejería de Sanidad.

**OBJETIVO 77. Durante 1993 se elaborará un Plan de Ordenación de la Atención Continuada y Urgente.**

- 77.1.** Se definirán para ello los tipos, clases y niveles de asistencia, los criterios de ubicación y las características técnico sanitarias de los puntos asistenciales, así como de la infraestructura, del equipamiento y del personal.
- 77.2.** El Plan de Ordenación incluirá un programa específico de formación y mejora de las condiciones de trabajo del personal que preste sus servicios en éstas unidades.
- 77.3.** La integración de los diferentes dispositivos se realizará mediante la creación de un órgano transitorio de coordinación, control y comunicación. En una primera fase tendrá como función la elaboración del Plan de Ordenación.
- 77.4.** El Plan de Ordenación incluirá un sistema que permita una comunicación rápida y ágil de los dispositivos de Atención Continuada y Urgente entre si y con los dispositivos de emergencias de otras instituciones (Policía, Bomberos, Cruz Roja, etc.), así como de los usuarios con estos dispositivos, mediante la puesta en funcionamiento de un teléfono de urgencia de tres dígitos.
- 77.5** Se establecerá, así mismo un sistema de información sanitaria de urgencias que permita la transmisión de información entre niveles asistenciales, entre éstos y el sistema de transporte y de todos ellos con los órganos de gestión.
- 77.6.** Se elaborará un programa destinado a informar a la población sobre la forma de actuar ante los síntomas que producen mayor demanda en los dispositivos de urgencia, así como el uso y acceso a estos dispositivos.

**OBJETIVO 78. En 1994 se promulgará la normativa necesaria que defina las características técnico-sanitarias de los vehículos destinados al transporte sanitario y del personal que los maneje. Se regularán las clases de transporte sanitario, los tipos de vehículos y sus dotaciones, estableciendo los criterios generales de coordinación.**

**OBJETIVO 79. Durante 1994 se realizará una experiencia piloto mediante la puesta en marcha del Plan de Ordenación de la Atención Continuada y Urgente en un Area de Salud. Una vez evaluada la experiencia se procederá a su generalización a partir de 1996.**

## **Salud Mental**

La atención a la salud mental no pertenece a las prestaciones que históricamente realizaba la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y a pesar de los planteamientos realizados en la Ley General de Sanidad su desarrollo no ha alcanzado el nivel de otro tipo de patologías.

El modelo de reforma definido en la década de los ochenta no ha contado con los apoyos necesarios para su pleno desarrollo estando pendiente su normalización e integración definitiva en la red asistencial.

Los principales problemas detectados están en relación con la puesta en marcha de Unidades de Agudos en hospitales generales, el desarrollo de estructuras intermedias (Centros de día) y la definición del modelo comunitario de intervención especialmente en su relación con la Atención Primaria.

**OBJETIVO 80. En 1995 se habrán unificado las actuales redes asistenciales de Salud Mental en un dispositivo adecuado para responder a los problemas de salud mental de la población.**

**80.1.** Durante 1993 se desarrollará el convenio existente entre Insalud y la Consejería de Sanidad en materia de salud mental con la potenciación del Comité de Enlace y la puesta en marcha de una Unidad Técnica.

**80.2.** En 1993 se procederá a la integración funcional de las Unidades de Salud Mental de Insalud.

**80.3.** Al finalizar 1994 se habrán integrado todos los Neuropsiquiatras de zona en la red regional.

**80.4.** Para 1994 se habrá elaborado un reglamento de funcionamiento de los diferentes dispositivos de salud mental.

**OBJETIVO 81. Desarrollar la infraestructura de servicios de salud mental a través de la puesta en marcha de Unidades de Agudos en los hospitales Morales Meseguer, Rosell y Rafael Méndez durante 1993 y 1994, Centros de Día en Murcia (1993) y Lorca (1994), dos Equipos de Salud Mental (1995) y Unidades de Desintoxicación en Murcia y Cartagena.**

## **Laboratorio y diagnóstico por imagen**

Tienen un papel crucial en el funcionamiento global del sistema sanitario. La eficacia de la actuación depende en gran medida del nivel y la capacidad de respuesta de los medios diagnósticos.

La puesta en marcha del programa de Extracciones Periféricas ha facilitado notablemente el acceso al servicio de laboratorio, disponiendo de él en su propia zona de salud el 87,5% de la población regional, aunque subsisten problemas relacionados con los tiempos de demora y la calidad.

Al mismo tiempo, el desarrollo del sistema plantea la necesidad de definir una red de ámbito regional que integrando las funciones clínicas y de salud pública de respuesta a las demandas existentes y mejore la rentabilidad de los recursos disponibles.

La radiología cuenta con 12 puntos de apoyo a la Atención Primaria, disponiendo del servicio en su propia zona de salud el 29% de la población regional. Es un recurso insuficientemente definido en el ámbito extrahospitalario que a menudo plantea dificultades para su desarrollo en función de criterios de eficiencia y de recursos humanos con la necesaria cualificación.

**OBJETIVO 82. En 1993 se habrá diseñado una red regional de diagnóstico por laboratorio que garantice un uso eficiente de los recursos, al tiempo que permita una mejora en la accesibilidad. Estos dispositivos se pondrán en marcha a partir de 1994.**

**82.1.** En el primer semestre de 1993 se realizará un análisis de situación, identificando los recursos humanos y técnicos existentes, así como la demanda de pruebas de laboratorio.

**82.2.** A partir del análisis de situación se definirá la tipología de laboratorios necesarios, su ubicación, oferta de servicios y dotación humana y técnica teniendo como marco de organización el Area de Salud.

**82.3.** La petición de pruebas y la toma de muestras se realizarán conforme a los protocolos establecidos al efecto.

**82.4.** La propuesta incluirá las características técnico-sanitarias de los vehículos de transporte y de los contenedores de muestras, así como de las rutas para su recogida.

**82.5.** Se propondrá un sistema de información que permita evaluar la calidad, eficacia y utilización del dispositivo.

**82.6.** En 1993 se establecerá un sistema de evaluación que permita elevar la calidad de las determinaciones de la red de laboratorios.

**OBJETIVO 83. En 1993 se diseñará un Plan para la mejora de la accesibilidad a los dispositivos de diagnóstico por imagen.**

**83.1.** A partir del análisis de los recursos humanos y materiales existentes, se establecerán los dispositivos necesarios de radiología simple y ecografía para disminuir el tiempo entre la solicitud y la realización de este tipo de pruebas.

**83.2.** Estos dispositivos se situarán preferiblemente en los Centros de Salud y estarán atendidos por un Técnico Especialista y supervisado

dos por los especialistas en Radiodiagnóstico del Area de Salud correspondiente.

**83.3.** Con objeto de prestar unos Servicios de la mejor calidad posible se normalizarán los documentos de petición de informes y se establecerá un sistema de interconsulta mediante desplazamientos de los Radiólogos de Area a los Equipos de Atención Primaria.

**OBJETIVO 84.** Durante 1994 se pondrá en marcha con carácter piloto este plan en un Area de Salud, generalizándolo al resto a partir de 1996 en función de los resultados obtenidos.

## Rehabilitación

Todos los hospitales públicos de la Región, salvo el hospital de Los Arcos, poseen unidades de rehabilitación, además existen 9 unidades de apoyo a la Atención Primaria que dan cobertura al 24,7% de la población, oscilando entre el 47,0% en el Area del Altiplano y 0% en el Area del Noroeste. (Ver tabla 5.15).

Existen 16 plazas de Médicos Rehabilitadores, cinco de los cuales dedican parte de su tiempo a realizar interconsultas en unidades del nivel primario. Ello supone un índice regional de 63.790 habitantes por Médico Rehabilitador, con oscilaciones entre 66.525 en el Area de Salud del Noroeste y ninguno en el Area de la Vega del Segura. El número de Fisioterapeutas que trabajan en unidades de rehabilitación de apoyo al nivel primario asciende a 10, además hay otros 6 adscritos a los hospitales de Caravaca y Yecla que realizan funciones a tiempo parcial en estas unidades y cuatro plazas vacantes. Hay, por tanto, un Fisioterapeuta por cada 102.064 habitantes de la Región, con unos valores entre 23.697 para el Area del Altiplano y ninguno en el Area del Noroeste (ver tabla 5.15).

**TABLA 5.15.** PRINCIPALES RECURSOS DE REHABILITACION. REGION DE MURCIA. 1992

AREA DE SALUD	I MURCIA	II CARTAGENA	III LORCA	IV NOROESTE	V ALTIPLANO V. DEL SEGURA	VI	TOTAL
Unidades de Rehabilitación	1	4	2	0	1	1	9
% población cubierta	11,4	34,4	37,7	0,0	47,0	20,7	24,7
Med. Rehabilita. Hospitalarios	6	5	3	1	1	0	16
Nº Hab/Rehab.	65.269	50.269	38.955	66.525	47.394	0	63.790
Fisioterapeutas A.P.S.	1	4	2	0	2	1	10
Nº Hab/Fisiot.	391.613	62.870	58.433	0	23.697	146.764	102.064

El número de Médicos Rehabilitadores se considera adecuado aunque habría que redistribuirlos. El número de Fisioterapeutas es claramente insuficiente, siendo necesario habilitar 37 plazas para alcanzar un índice de un Fisioterapeuta por cada 21.716 habitantes.

Es necesario acercar las actividades de rehabilitación al usuario del primer nivel evitando desplazamientos innecesarios de pacientes, con lo que se descongestionarían los servicios de rehabilitación de los hospitales y las listas de espera. Para ello estas unidades deberán integrarse, en la medida de lo posible, en los propios Equipos de Atención Primaria de Salud, potenciando al mismo tiempo la coordinación con el nivel especializado y con las instituciones relacionadas con las prestaciones sociales.

**OBJETIVO 85. En 1996 todos los Equipos de Atención Primaria dispondrán de una Unidad de Rehabilitación de apoyo.**

**85.1.** Para 1993 se habrá aprobado el Programa de Rehabilitación en el que se definirán los recursos necesarios y los protocolos de derivación y coordinación entre la Atención Primaria de Salud y el Nivel Especializado.

**Atención a la mujer**

Existe una amplia red de dispositivos relacionados con el Programa de la Mujer. Así, además de los Servicios Tocoginecológicos de nivel especializado, existen 27 centros de Planificación Familiar (24 de la Consejería de Sanidad y 3 de INSALUD), 2 Equipos de Atención Primaria disponen de un programa específico. Desde enero de 1991 existe un concierto con un centro privado para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo.

Este dispositivo garantiza, salvo en las Areas I y II, una adecuada accesibilidad física, sin embargo existe una baja cobertura en planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer de cervix, dado que sólo el 17,1% de las mujeres entre 20 y 70 años se realizan controles citológicos. Los servicios sanitarios no realizan actividades sistemáticas de diagnóstico precoz del cáncer de mama y de diagnóstico prenatal.

La dispersión de recursos existentes entre la Administración Central y Autonómica da lugar a problemas de coordinación que limitan la accesibilidad a éstos dispositivos y la calidad de la atención que prestan. Los convenios de colaboración existentes, aunque han mejorado esta coordinación, se han mostrado insuficientes para garantizarla. Por otro lado no están delimitadas las competencias y tareas de la Atención Primaria y del Nivel Especializado, tampoco existe una definición de la ubicación y el papel de las matronas.

**OBJETIVO 86. En 1993 se iniciará la implantación del Programa de Atención a la Mujer, estableciendo un único nivel de apoyo.**

**86.1.** En 1993 se habra aprobado el Programa de Atención a la Mujer en Atención Primaria.

**86.2.** Para 1994 los dispositivos asistenciales específicos para aspectos parciales del programa (Centros de Planificación Familiar, Centros de Orientación Familiar, Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica y Centro de Atención a la Mujer) habran iniciado su integración en un nivel único de apoyo.

## **SISTEMAS DE INFORMACION**

La información es un instrumento básico en todo proceso de planificación, al permitir la toma de decisiones basada en el conocimiento previo de la realidad. En los sistemas sanitarios esta información debe orientarse a la evaluación de sus objetivos estratégicos a través del conocimiento del estado de salud de la población, de los principales factores ligados al medio ambiente físico y social que inciden en ella y la monitorización de los recursos del sector salud y su utilización.

La información sobre el estado de salud de la población se recoge fundamentalmente a partir de los Registros de Mortalidad, las enfermedades de declaración obligatoria, las incapacidades (I.L.T.), los accidentes y enfermedades laborales, complementados con algunas encuestas o registros específicos. La información relacionada con el medio físico y social está prácticamente restringida a encuestas realizadas con una cobertura parcial. Finalmente la información relacionada con los servicios sanitarios dispone así mismo de sistemas continuos y de encuestas periódicas.

Por otra parte, un sistema sanitario integral orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, necesitan de unos tipos de información hasta ahora no contemplados (modos de vida, riesgos evitables, capacidad funcional de los enfermos), en gran medida producidos en otros sectores.

Todo ello implica la necesidad de establecer sistemas que integren y coordinen la información procedente de los diversos niveles del sistema sanitario y de otros sectores, a fin de responder a las necesidades de la planificación, de la gestión y de la evaluación, de apoyar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y de los factores de riesgo y constituir una fuente de información para la comunidad científica, los profesionales de la salud y para el usuario.

Los diferentes grupos de trabajo que han colaborado en la realización de este Plan de Salud, han puesto de manifiesto que, a pesar de los esfuerzos realizados ultimamente, existen deficiencias importantes en la calidad de la información sanitaria, ya sea por su inexistencia, fiabilidad, falta de integración, la contradicción entre diferentes fuentes o la dificultad para acceder a ella.

**OBJETIVO 87. En 1994 se realizará una experiencia piloto sobre un sistema de información sanitaria unificado en el Area de Salud de Cartagena que se extenderá al resto de las Areas de Salud de la Región a partir de 1995.**

**87.1.** En el primer trimestre de 1993 habrá iniciado su trabajo una comisión conjunta Insalud/Sanidad con la finalidad de tener preparado a final de año un proyecto de sistema de información sanitaria.

**87.2.** El sistema de información sanitaria recogerá las recomendaciones incluidas en el Plan de Salud, incluyendo aspectos sobre demografía, socioeconómicos, medio-ambiente, nivel de salud, utilización y recursos del sistema sanitario y satisfacción del usuario.



## **GARANTIA DE CALIDAD**

La oferta del sistema público de salud debe incluir, entre otras, actividades encaminadas a garantizar la calidad de los servicios prestados, comprobando la optimización de los resultados por medio de la metodología adecuada. Hasta ahora la calidad estaba implícitamente garantizada por la profesionalidad de personal, dependiendo ésta, a su vez, de la formación previa. Sin embargo, el proceso de atención incluye a diferentes protagonistas (administración, profesionales y usuarios) y la valoración que cada uno de ellos hace de la calidad es diferente. Así el profesional enfatiza en la calidad científico-técnica, el gestor en los aspectos de accesibilidad y eficiencia y el usuario da mayor importancia al grado de satisfacción con los servicios recibidos. En este sentido, es imprescindible recabar información de los usuarios, dado que su percepción está influida por múltiples factores, no teniendo en todos los casos relación directa con la calidad del proceso de atención. Por otra parte un proceso de probada calidad científico-técnica no tiene por qué suponer una elevada satisfacción del usuario. El problema principal que deben resolver los sistemas de garantía de calidad, reside en establecer una metodología adecuada para evaluar la calidad desde estas tres ópticas.

La O.M.S. en su Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, incluye en su objetivo 31 la necesidad de estructurar mecanismos que garantice la calidad de la atención. La Ley General de Sanidad, en su artículo 69, establece que la evaluación de la calidad "...debe ser un proceso continuado que informará a todas las actividades del Sistema Nacional de Salud. La Administración Sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial...".

Los principales problemas a los que deben enfrentarse los sistemas de garantía de calidad se refieren a la información disponible, la motivación de los profesionales, el compromiso de los gestores y a la metodología empleada.

Estos sistemas deben apoyarse en la existencia de una información que aporte datos fiables y comparables, lo que requiere de sistemas de registro fáciles y flexibles que responda a las distintas demandas de información de cualquier nivel de cuidados y de organización del sistema. El proceso de generación de información requiere, a su vez, de una actitud positiva del profesional, que debe estar convencido de que su utilidad compensa el esfuerzo para su recogida.

La garantía de calidad implica un ciclo que incluye la detección de un determinado problema, la búsqueda de una solución, su puesta en práctica, el control de su realización y la evaluación de los resultados de esa acción correctora. En la Región de Murcia no existen en la actualidad programas establecidos que analicen de forma rutinaria la calidad, para mejorarla abarcando los diferentes aspectos y dimensiones que la definen.

**OBJETIVO 88. En 1996 todos los Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento y los hospitales de la Región realizarán regularmente actividades de garantía de calidad.**

- 88.1.** En 1993 se diseñará un programa de formación en garantía de calidad.
- 88.2.** En el período 1994-1995 se habrán impartido actividades de formación en garantía de calidad al menos a 2 profesionales de todos los E.A.P. con más de un año de funcionamiento y a 150 profesionales del nivel especializado.
- 88.3.** Durante 1996 el 75% de los E.A.P. y de las unidades hospitalarias que tengan profesionales formados en garantía de calidad habrán desarrollado al menos un ciclo evaluativo completo.

## **DOCENCIA**

### **Formación universitaria**

Los actuales planes de formación en ciencias de la salud se crearon a lo largo de los años 60 y 70 tomando como eje de referencia al hospital. A él pertenecen los docentes, en él se realizan las prácticas, y cómo no, se enseñan las formas de trabajo y técnicas propias de estos centros. Inevitablemente, “la orientación de la formación que de ello resulta es curativa y especializada, y está basada en una tecnología perfeccionada y elitista” (Katz y Fulop. O.M.S., 1980). Sin embargo la diversidad de factores determinantes de la salud hace necesario un abordaje multidisciplinario de ésta respaldado por la participación de la población, con un enfoque orientado, además de a la curación, a la promoción y prevención, a una colaboración multiprofesional y multisectorial.

Esto ha supuesto el que las enseñanzas impartidas adolezcan de una escasa adecuación de las capacidades y actitudes adquiridas con las necesidades reales de la sociedad en que se insertan. En este sentido la estrategia S.P.T. 2000 debe ser el marco de referencia de los programas de formación; sin embargo, aunque ha sido asumida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, su repercusión en los planes de estudio ha sido mínima.

La ambigüedad de la política de recursos humanos en el sector salud y la falta de coordinación con el sector educativo ha dado lugar a un desequilibrio, tanto cualitativo como cuantitativo, entre la producción de recursos humanos y las necesidades de los servicios sanitarios. Hay que hacer constar la falta de adecuación de los programas docentes con las funciones actuales y previsibles a desarrollar, dado que los planes de estudios de medicina y enfermería no se han adaptado a los cambios experimentados en el sector salud y determinados contenidos, relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la planificación y gestión sanitaria o la orientación a la Atención Primaria de Salud, no son abordados por los diferentes programas o lo son de forma insuficiente. Los contenidos prácticos relacionados con los principales problemas de salud y sus determinantes no se incluyen en la formación de Veterinaria, Biológicas y Magisterio, a pesar de la implicación que tienen en el desempeño de estas profesiones.

Junto a esto asistimos, a un exceso de producción de determinados profesionales, como médicos y farmacéuticos, junto con un déficit crónico de otros, como odonto-estomatólogos y personal de enfermería.

El uso de los recursos sanitarios para la formación práctica no se hace con un criterio de racionalidad, sólo se utiliza un número reducido de centros sanitarios, casi todos ubicados en las Areas de Salud I y II. Todo esto ha dado lugar a problemas de masificación, con el consiguiente menoscabo en la calidad de la formación y en el trabajo de los profesionales.

En la Región de Murcia se forman médicos, veterinarios, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales (inicio en curso 91/92). En la actualidad existe el 2º y 3er curso de la Escuela de Estomatología, habiéndose suspendido la admisión de nuevos alumnos. En el curso 92/93 la Universidad de Murcia impartirá los estudios de Diplomados en Fisioterapia y en Optica-Optometría (unas 120 plazas para cada una) y la Licenciatura de Odontología (65 plazas).

En los últimos tres años se han formado en la Región 1.338 de estos profesionales. El número medio de egresados en cada año se ha mantenido constante durante ese mismo período (118 médicos, 89 veterinarios, 17 estomatólogos y 106 enfermeros), con la excepción de la licenciatura en psicología en donde se incrementaron en un 34% (media del período 114). Actualmente se están formando 3.595 profesionales en los diferentes cursos, tal y como se recoge en la tabla 5.16.

**TABLA 5.16.** DISTRIBUCION DE ALUMNOS POR CURSO Y PROFESIONES SANITARIAS. UNIVERSIDAD DE MURCIA. CURSO 91/92

CURSO	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	TOTAL
<b>CENTRO</b>							
Medicina	131	132	143	146	139	202	893
Veterinaria	125	132	142	175	186	-	760
Psicólogos	220	173	183	236	231	-	1.187*
Estomatólogos	-	17	17	-	-	-	34
Enfermería	268	191	129	-	-	-	588
Trab. Sociales	133	-	-	-	-	-	133
<b>TOTAL</b>	<b>877</b>	<b>645</b>	<b>614</b>	<b>557</b>	<b>556</b>	<b>202</b>	<b>3.595</b>

\* Se incluyen 144 alumnos del curso puente para egresados de otras facultades y escuelas.

**Fuente:** Centro de Proceso de Datos. Universidad de Murcia.

### **Formación de especialistas**

En la actualidad existen tres hospitales en la Región acreditados para la formación de especialistas por el sistema de Residencia (H. Virgen de la Arrixaca, H. General y H. Santa María del Rosell) que ofertan un total de 1.615 camas para la docencia. Además hay seis Centros de Salud con carácter docente (Cartagena-San Antón, Cieza, Molina, Torre Pacheco, Murcia-Bº del Carmen y Murcia-Santa María de Gracia), donde se realizan actividades destinadas a los residentes de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Los hospitales Rafael Méndez y Los Arcos han sido acreditados para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria a partir de 1993 y los Centros de Salud de Alcantarilla, Santomera, San Javier y Lorca- Las Huertas, están en proceso de acreditación docente.

En el año 1992 hay 324 residentes en los diferentes programas de especialización: 255 en el Hospital Virgen de la Arrixaca (78,7%), 30 en el Hospital General (9,3%) y 39 en el Hospital Santa María del Rosell (12,0%).

Según los estudios de licenciatura realizados hay 297 Médicos (91,7%), 21 Farmacéuticos (6,5%), 3 Químicos (0,9%) y 3 Biólogos (0,9%). Las especialidades que realizan los Farmacéuticos son Análisis Clínicos (11 residentes), Farmacia Hospitalaria (9 residentes) y Microbiología (1 residente). Todos los Químicos realizan su formación en la especialidad de Análisis Clínicos y los Biólogos en Inmunología.

En cuanto a la distribución por tipo de especialidad, en la tabla 5.17 se recoge el número de especialistas en formación y las plazas ofertadas en la convocatoria para 1993.

Por su importancia en cuanto a la demanda o en relación con las necesidades de salud, hay que poner de manifiesto la inexistencia de residentes en Cirugía Cardiovascular, Dermatología, Geriátrica, Neumología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Medicina Preventiva, así como el escaso número en las especialidades de Cirugía Pediátrica, Reumatología, Rehabilitación y Traumatología. No hay en la Región ningún hospital acreditado para la formación de especialistas de Angiología, Cirugía Torácica, Farmacología Clínica, Hidrología, Medicina del Deporte, Medicina legal y Medicina del Trabajo.

Durante 1991 se desarrolló el primer Curso de Perfeccionamiento para la Obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria destinado a 22 médicos de Atención Primaria.

Los contenidos docentes de las diferentes especialidades adolecen de un marcado carácter hospitalario y de un enfoque tecnológico para el abordaje de los problemas de salud. En general los contenidos relacionados con la atención integral, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son escasos o inexistentes. En la formación de especialistas de Pediatría, parte de los cuales desarrollarán su trabajo en los Equipos de Atención Primaria, y de otras que tienen una relación estrecha con la Atención Primaria (Psiquiatría, Obstetricia y Ginecología) no se imparten contenidos específicos relacionados con este nivel de atención.

Sería conveniente proponer a la Comisión Nacional de Especialidades la inclusión de contenidos sobre prevención y promoción, Atención Primaria de Salud, epidemiología, metodología de la investigación, sociología, relación profesional-usuario, educación para la salud y administración y gestión en los correspondientes programas de formación de especialistas.

**TABLA 5.17.** NUMERO DE RESIDENTES POR TIPO DE ESPECIALIDAD. REGION DE MURCIA. SITUACION 1992 Y OFERTA 1993

ESPECIALIDAD	RESIDENTES	OFERTA
Alergología	7	2
Análisis Clínicos	20	6
Anatomía Patológica	4	1
Anestesiología y Reanimación	28	8
Angiología y C. Vascolar	-	-
Aparato Digestivo	2	2
Bioquímica Clínica	-	1
Cardiología	5	3
C. Cardiovascular	-	-
C. General y Apto. Digestivo	15	4
C. Maxilofacial	5	1
C. Pediátrica	1	1
C. Plástica y Reparadora	5	1
C. Torácica	-	-
Dermatología	-	-
Endocrinología	4	1
Farmacia Hospitalaria	9	3
Farmacología Clínica	-	-
Geriatría	-	-
Hematología y Hemoterapia	3	2
Inmunología	3	1
Medicina Familiar	54	32
Medicina Intensiva	13	5
Medicina Interna	18	4
Medicina Nuclear	2	2
Medicina Preventiva	-	-
Microbiología y Parasitología	6	2
Nefrología	4	1
Neumología	-	1
Neurocirugía	1	1
Neurofisiología Clínica	1	1
Neurología	4	2
Obstetricia y Ginecología	16	4
Oftalmología	10	2
Oncología Médica	-	-
Oncología Radioterápica	-	-
Otorrinolaringología	10	3
Pediatría	22	6
Psiquiatría	14	3
Radiodiagnóstico	16	4
Rehabilitación	3	1
Reumatología	4	1
Traumatología y C. ortopédica	10	2
Urología	5	2
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>116</b>

**Fuente:** Centros hospitalarios docentes. Boletín Oficial del Estado.

## **Formación continuada**

La formación continuada de los profesionales sanitarios es uno de los elementos fundamentales para garantizar una atención a la salud con un nivel de calidad adecuado. La necesidad de desarrollar programas de formación continuada se justifica por el deterioro de la competencia profesional con el transcurrir del tiempo, el progreso científico-técnico, el cambio al que está sometido el sistema sanitario y la necesidad de mejorar la inadecuación de la formación básica al ejercicio posterior.

Por otro lado, su diseño debe estar condicionado por una serie de prioridades, entre las que destacan las necesidades de salud, los programas de salud existentes, los recursos disponibles y la necesidad de introducir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.

En la actualidad los profesionales sanitarios en activo no disponen de un mecanismo para adaptar sus conocimientos a los cambios experimentados en el sistema sanitario, en donde se han adoptado políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud en detrimento de las habilidades y actitudes curativo-reparadoras en las que se han formado estos profesionales.

Todos los centros dependientes de las administraciones sanitarias, en unidades de ellas, así como por distintas entidades (Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, industria farmacéutica) organizan actividades de formación continuada. Para obtener un perfil de ella en la Región de Murcia se ha recogido información sobre 139 actividades realizadas durante 1991, organizadas por once organismos diferentes (INSALUD, Consejería de Sanidad, Consejería de Asuntos Sociales, los hospitales V. de la Arrixaca, Noroeste, Rafael Méndez y V. del Castillo y las facultades de Medicina, Biológicas y Psicología y la Escuela de Estomatología). El 27% de las actividades las realizó el Hospital Virgen de la Arrixaca, el 19% la Consejería de Sanidad y el 12% fueron organizadas conjuntamente por el Insalud y la Consejería de Sanidad.

La actividad tipo tiene una duración de unas 25 horas, está dirigida a grupos de 35 profesionales, en la mayoría de los casos procedentes de más de una disciplina, sus contenidos se incluyen en el ámbito de las Ciencias Clínicas (37,4%) o de la Salud Pública (27,3%) y el presupuesto suele rondar las 500.000 pesetas. Los métodos pedagógicos utilizados, aunque van incorporando progresivamente técnicas participativas, siguen basados en gran medida en la impartición de lecciones magistrales. Las actividades realizadas no están sujetas a un sistema de acreditación y evaluación y no existe un reconocimiento oficial a los profesionales en activo que las realizan.

La realización de esta oferta, en general, no se coordina y las actividades desarrolladas suelen responder más a inquietudes de profesionales concretos, que a necesidades de salud de la población o a carencias detectadas por la organización sanitaria. Cabe destacar el esfuerzo de coordinación realizado entre la Dirección Territorial de Insalud y la Consejería de Sanidad para establecer un programa conjunto de formación en Atención Primaria basado en un estudio de necesidades efectuado previamente.

**OBJETIVO 89.** Para 1996 la Universidad de Murcia habrá revisado la currícula de pregrado de los diferentes profesionales sanitarios, adaptando sus contenidos a los problemas de salud y necesidades de la población y del sistema de salud.

- 89.1.** Introducir bloques temáticos sobre los problemas de salud detectados.
- 89.2.** Incrementar el enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud centrado en la Atención Primaria de Salud.
- 89.3.** Incluir/incrementar las habilidades sobre:
- Epidemiología
  - Sociología
  - Metodología de la investigación
  - Administración y gestión
  - Relación profesional-usuario
  - Promoción de salud
- 89.4.** Para 1994 se habrá revisado la currícula de pregrado de Magisterio, incluyendo entre sus contenidos el abordaje de la educación para la salud en relación con los problemas detectados.

**OBJETIVO 90.** Para el curso 1994/95 se habrá incrementado el número de centros para prácticas de alumnos de ciencias de la salud. Para ello, en 1993 se establecerán criterios para la acreditación de centros de prácticas y se ampliará el número de centros públicos y privados.

**OBJETIVO 91.** En 1995 la formación de especialistas se ajustará a las necesidades del sistema de salud.

- 91.1.** En 1993 se determinarán las necesidades de facultativos especialistas por un grupo de trabajo.
- 91.2.** En 1996 todos los hospitales públicos estarán acreditados para la formación de especialistas.
- 91.3.** En 1995 se habrá iniciado la formación especializada en enfermería y, en especial, la de matronas.

**OBJETIVO 92.** En 1993 se establecerá un programa de formación continuada para el personal del sector salud que, con carácter general, incluirá áreas de conocimiento sobre los problemas de salud prevalentes abordándolos desde una óptica de promoción, prevención y curación, metodología de la investigación, administración y gestión y ciencias socio-sanitarias.

- 92.1.** En 1993 se definirá un órgano o unidad responsable de la coordinación, evaluación y acreditación de las actividades de formación continuada con representación de las instituciones relacionadas con es-

tos aspectos (Insalud, Consejería de Sanidad, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, etc.).

**92.2.** Este órgano se dotará de una comisión cuya función será la de proponer los sistemas de acreditación y evaluación, así como de los programas de formación continuada.

**92.3.** Los contenidos de los programas se formularán en función de los problemas de salud detectados, las necesidades del sistema sanitario y de los profesionales.



## **INVESTIGACION**

La Estrategia Salud para Todos en el año 2000 (S.P.T. 2000), aprobada por la Oficina Europea de la O.M.S. en 1980 y asumida en su momento por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su objetivo 32 recoge la necesidad de “establecer estrategias de investigación a fin de estimular las investigaciones que mejoren la aplicación y expansión del conocimiento necesario para respaldar los programas de Salud para Todos”.

Al mismo tiempo, la Ley General de Sanidad establece que la investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud tiene que realizarse “...en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud ... ha de contribuir a la promoción de la salud de la población ... deberá considerar las causas y los mecanismos que la determinan, los modos y medios de intervención preventiva y curativas y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones “ (Art. 106.2).

En los últimos años se puede constatar un incremento en la producción científica, tanto a nivel nacional como regional, al mismo tiempo el peso de las publicaciones realizadas en la Región y reflejadas en el I.M.E. (Indice Médico Español) han pasado del 1,6% en 1985, al 2,3% en 1989. Al mismo tiempo el número de proyectos subvencionados en el período 1987/1991 ascendió a 82 con un crecimiento anual sostenido.

Según la clasificación de la Unesco, los principales campos de investigación reflejados en el I.M.E. han sido Medicina Interna con 61 artículos (20,0%), seguido por Ciencias Clínicas y Patología (48 artículos y el 15,7% cada uno) y Cirugía con 45 artículos (14,8%). Entre los cuatro representan el 66,2% de los artículos recogidos. La subvención de proyectos de investigación está algo más dispersa; así, Medicina Interna figura con 9 proyectos y el 11%, seguida por Salud Pública y Patología Médica (8 proyectos y el 9,8% cada uno), Ciencias Clínicas (6 proyectos y el 7,3%), Epidemiología, Fisiología Humana y Bioquímica (5 proyectos y el 6,1% cada uno). Por áreas de investigación, Ciencias Médicas supone el 91,5% de las publicaciones del I.M.E. y el 67,1% de los proyectos subvencionados, no apareciendo ninguna referencia en el área de demografía. Todo ello supone un mayor énfasis en la investigación relacionada con los aspectos reparadores, en detrimento de los de promoción y prevención de la salud (ver tabla 5.18).

En lo que respecta a los centros investigadores, el Hospital Virgen de la Arrixaca figura en primer lugar en cuanto a la producción incluida en el I.M.E. con el 48,5% de artículos y el tercero en proyectos subvencionados (15,9%). La Facultad de Medicina figura en segundo lugar en el I.M.E. (25,2%) y en el primero en cuanto a proyectos subvencionados (30,5%). El Hospital General ha producido el 5,9% de los artículos y ha recibido el 23,2% de subvenciones. No hay ningún proyecto subvencionado en los hospitales públicos de Caravaca, Lorca, Yecla y Cartagena (ver tabla 5.19).

**TABLA 5.18.** DISTRIBUCION DE LOS ARTICULOS PUBLICADOS Y DE LOS PROYECTOS SUBVENCIONADOS SEGUN LA CLASIFICACION UNESCO. REGION DE MURCIA.

CLASIFICACION UNESCO	Nº	I.M.E. %	PROYECTOS Nº	SUBVEN. %
Química Analítica			1	1,2
Biología Animal			2	2,4
Bioquímica			5	6,1
Biofísica			1	1,2
Biología Celular	1	0,3	2	2,4
Genética			1	1,2
Fisiología Humana	5	1,6	5	6,1
Microbiología	2	0,7	2	2,4
CC. Veterinarias	6	2,0		
CC. Clínicas	48	15,7	6	7,3
Epidemiología	11	3,6	5	6,1
Med. Forense			3	3,7
Med. Trabajo	1	0,3	2	2,4
Med. Interna	61	20,0	9	11,0
Nutrición	3	1,0	2	2,4
Patología Médica	48	15,7	8	9,8
Farmacodinámica	17	5,6	1	1,2
Farmacología	11	3,6		
Med. Preventiva	1	0,3	4	4,9
Psiquiatría	21	6,9		
Salud Pública	7	2,3	8	9,8
Cirugía	45	14,8	4	4,9
Toxicología	1	0,3	3	3,7
Otras CC. Médicas	2	0,7	1	1,2
Tecnolog. Ordenador	1	0,3		
Tecnolog. Ambtal.			3	3,7
Hª de la Medicina	1	0,3		
Patología Psicol.	1	0,3	1	1,2
Psicología niños y adolescentes	2	0,7		
Evaluación y Diagnóstico psicológ.	4	1,3		
Psicolog. Exptal.	1	0,3		
Personalidad	4	1,3		
Psicofarmacología			1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Memorias FIS, CICYT, Plan Nacional I+D y Consejería de Sanidad. Base de datos del IME.

En la actualidad no se ha definido una política regional de investigación en salud ni establecido las áreas prioritarias, de forma que la investigación realizada responde, más al interés particular del investigador, que a la existencia de unas líneas prioritarias definidas en función de los problemas de salud de la Región. Al mismo tiempo, no se puede hacer una valoración exacta sobre la investigación en salud que se realiza en la Región al no existir ningún sistema que proporcione esta información, no obstante, con los datos disponibles, se puede afirmar que no se adecúa a las necesidades de salud de la población ni a las estrategias de Salud para Todos en el año 2000.

**TABLA 5.19.** DISTRIBUCION POR CENTRO DE INVESTIGACION DE LOS ARTICULOS PUBLICADOS Y PROYECTOS SUBVENCIONADOS. REGION DE MURCIA.

CENTRO	I.M.E.		PROYECTOS	SUBVEN.
	Nº	%	Nº	%
INSALUD*			3	3,7
C. de Sanidad*	2	0,7	5	6,1
Otras Administraciones*			1	1,2
H. Los Arcos	6	2,0		
H. V. Arrixaca	148	48,5	13	15,9
H. General	18	5,9	19	23,2
H. Noroeste	6	2,0		
H. Rafael Méndez	1	0,3		
H. S. M. Rosell	13	4,3		
H. V. Castillo	7	3,3		
Centros APS	4	1,3	4	4,9
Otros Serv. Sanit.	3	1,0		
F. Medicina	77	25,2	25	30,5
F. Veterinaria	8	2,6	3	3,7
F. Biológicas	1	0,3	4	4,9
F. Químicas			3	3,7
Escuela de D.U.E.	2	0,7		
E. Estomatología	1	0,3		
Psicología-CC Educación	3	1,0	1	1,2
Politécnica Cartagena			1	1,2
Otras Universidad	1	0,3		
Otros	4	1,3		
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

\* Datos referidos a la estructura de gestión de esos organismos.

**Fuente:** Memorias FIS, CICYT, Plan Nacional I+D y Consejería de Sanidad. Base de datos del IME..

Las vías de comunicación entre los investigadores son deficientes, lo que se puede constatar por el escaso número de publicaciones o de solicitudes de ayudas que se firman conjuntamente, tanto entre los niveles investigación (básica/aplicada), como entre los niveles asistenciales (primaria/especializada) o ambos (centros de investigación/centros sanitarios). Tampoco existe una estrategia de apoyo a esta comunicación, mediante la organización de seminarios, congresos y reuniones científicas, así como habilitación de una línea de ayudas económicas para la asistencia a ellas. Este problema se hace más patente en el ámbito de la Atención Primaria, tradicionalmente aislada de los círculos de investigación.

Para garantizar una producción científica adecuada es necesario garantizar el acceso de los investigadores a determinada información. Con frecuencia los investigadores tienen que dedicar una parte no despreciable de su tiempo a buscar entre las publicaciones oficiales las convocatorias de ayudas que les permitan la financiación de sus proyectos, por otro lado de laboriosa accesibilidad en determinados ámbitos por su inexistencia o por el retraso en su llegada. Por otro lado, los circuitos informales de comunicación, de gran utilidad

entre los grupos consolidados, no incluyen a determinados sectores, como la Atención Primaria y los hospitales de las Areas de Salud periféricas.

El desarrollo del conocimiento en Ciencias de la Salud es espectacular, lo que obliga a invertir mucho tiempo en la revisión y selección, entre las numerosas publicaciones existentes, de aquello que permita una actualización continua. El gran volumen de publicaciones hace inviable el que cada centro cuente con una biblioteca dotada adecuadamente, por lo que la solución pasa por establecer sistemas de documentación que permitan esta actualización con el mayor ahorro posible de tiempo para los investigadores. Actualmente existe una hemeroteca científica en la Universidad y un Centro de Documentación en la Consejería de Sanidad, así como fondos dispersos en las diferentes facultades, departamentos y organismos públicos, que dificultan en gran medida la accesibilidad a ellos.

Los organismos públicos, regionales o nacionales, del sistema sanitario y fuera de él, recogen gran cantidad de información de interés para los investigadores, sin embargo, es frecuente que su explotación se realice con otros fines, de forma que pierden su utilidad para estos colectivos. Por otro lado el acceso a las bases de datos está muy restringido, ya sea por el mal uso del secreto estadístico o por el excesivo celo de sus custodios, como consecuencia de ello hay gran cantidad de información mal rentabilizada desde el punto de vista científico, al no ser utilizable en todas sus potencialidades. En este sentido hay que resaltar la dificultad de acceso a los datos poblacionales que limitan en gran medida la realización de estudios epidemiológicos, por lo que sería necesario establecer convenios con las instituciones correspondientes para garantizar el acceso del personal investigador a las bases de datos de interés científico.

Actualmente la formación y capacitación en aspectos relacionados con la investigación está circunscrita en gran medida a la formación postgrado, ya sea a través de los programas de doctorado o de determinadas especialidades. La capacitación que se inserta en el curriculum de pregrado es, cuando más, testimonial. Ello obedece a la idea de que el profesional de la salud sólo puede realizar estas actividades si se dedica en exclusiva a ello en centros determinados, cuando la realidad indica que la investigación debe insertarse en todos los niveles y ámbitos del sistema de salud, como un método de mejora de la calidad de los servicios y de autoformación de los profesionales.

Por otro lado, la expansión de las plantillas de las universidades ha permitido la incorporación de profesionales relativamente jóvenes con la consiguiente caída de las expectativas de aquellos que están interesados en dedicarse a la investigación. Esto, junto con la precariedad que supone el sistema de becas, la disminución del número de alumnos en determinadas ramas profesionales y la competitividad que el sistema M.I.R. ha introducido, ha provocado una disminución de los estudiantes de doctorado.

Finalmente, la posibilidad de acceder a la formación continuada, entendida ésta como la posibilidad de adquirir conocimientos en metodología de la investigación

o de mejorar los conocimientos preexistentes a través de asistencias a cursos, seminarios, reuniones y congresos no cuenta con los apoyos necesarios.

El disponer de una infraestructura en material y equipos es una necesidad de primer orden para la realización de la investigación, sin embargo las dotaciones en este sentido siguen siendo insuficientes a pesar del esfuerzo de los distintos programas de financiación. Por otro lado, con frecuencia, las inversiones no se realizan en función de su utilidad y rendimiento, ni se acompañan de las dotaciones necesarias en personal adecuado para su utilización.

Además de esta infraestructura material, hay un déficit importante de personal técnico experto en metodología de la investigación que pueda ser utilizado como asesores por diferentes grupos y que también pueda ser utilizado en labores de formación en este campo.

No cabe duda que el volumen de los recursos económicos destinados a investigación, en general, y a investigación en ciencias de la salud, en particular, ha sufrido un incremento considerable desde la puesta en marcha del Plan Nacional de I+D en 1988. Este incremento ha pasado de suponer un 0,7% del P.I.B. nacional en 1987, hasta alcanzar un porcentaje del 0,9% en 1990. No obstante los recursos son aún insuficientes si los comparamos con países como Italia (1,29% del P.I.B.), Francia (2,38%) o Alemania (2,84%).

El presupuesto destinado a investigación en salud, según la Ley General de Sanidad, debe ser del 1% del presupuesto total del sector. Los 82 proyectos financiados en el período 1987/1991 ascendieron a 203.887.800 ptas., con una mediana de 1.260.000 ptas. y un costo promedio de 2.474.245 ptas. por proyecto. En 1990 se estima que, en la Región de Murcia, se destinaron a este fin alrededor de 200 millones de pesetas, cuando debería haber ascendido a 500 millones, teniendo en cuenta los presupuestos de la Dirección Territorial de INSALUD y de la Consejería de Sanidad.

En la actualidad, no existe una política regional de investigación en salud ni un órgano de coordinación de la investigación que, a su vez, integre los recursos existentes. Ello determina una indefinición de las áreas de interés y de la estrategia de formación del personal investigador orientadas a la consecución de los objetivos de Salud para Todos.

Se puede afirmar que existe un reducido número de grupos de investigación consolidados, la mayoría de ellos pertenecientes a la universidad o a los grandes hospitales, que, en general, presentan un nivel de producción aceptable, son activos, mantienen contactos con otros grupos de investigación incluso a nivel internacional y no parecen tener excesivos problemas de financiación dentro de las limitaciones de los recursos económicos disponibles.

Diversos factores, como la limitación de los recursos económicos, la escasez de equipos multidisciplinarios, el alejamiento físico, la dispersión, la falta de interrelación y apoyos, la falta de estímulos o la presión asistencial, inciden sobre todo

en aquellos grupos menos consolidados, pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria y a los hospitales de las Areas de Salud periféricas y determinan el que la producción científica de los recursos existentes esté muy por debajo de sus potencialidades.

**OBJETIVO 93. En 1993 se habrá definido un Plan Regional de Investigación en Salud.**

- 93.1.** En el primer trimestre de 1993 se definirá una unidad responsable de la planificación, gestión y seguimiento de la investigación en salud, en el que estén representadas las instituciones sanitarias y de investigación, así como una comisión técnica asesora.
- 93.2.** En 1993 se pondrán en marcha unidades de investigación en cada Area de Salud y una Unidad Mixta de carácter regional.
- 93.3.** En el primer semestre de 1993 se establecerán las áreas de investigación en función de los problemas de salud, las líneas existentes y las propuestas emanadas del Plan de Salud.
- 93.4.** Las áreas de investigación definidas formarán parte del Plan Regional de Investigación Científico Técnico (P.R.I.C.T.).
- 93.5.** Las acciones del Plan incluirán ayudas para la realización de proyectos de investigación, infraestructuras, organización y asistencia a actividades de formación y coordinación de proyectos.
- 93.6.** Los presupuestos destinados a investigación en ciencias de la salud incluirán fondos procedentes de los Planes Nacionales, una partida proveniente del Fondo Regional de Investigación a que hace referencia el P.R.I.C.T., así como de los presupuestos de la Consejería de Sanidad. En 1995 el presupuesto de la Consejería de Sanidad destinado a investigación alcanzará el 1% de los presupuestos totales (1993, 0,33%; 1994, 0,66%; 1995, 1%).

**OBJETIVO 94. Para 1994, a partir del Centro de Documentación de la Consejería de Sanidad, se creará un Centro Regional de Documentación en Ciencias de la Salud.**

- 94.1.** El Centro Regional de Documentación gestionará la adquisición, conservación y difusión de fondos documentales garantizando la accesibilidad a ellos. Al mismo tiempo facilitará la realización de búsquedas bibliograficas mediante la utilización de bases de datos.
- 94.2.** Se creará una Comisión de Documentación que establecerá la política de adquisición de fondos documentales y supervisará el funcionamiento del Centro Regional de Documentación.

## **PARTICIPACION COMUNITARIA**

La participación comunitaria es un término que abarca una gran variedad de significados y ello da lugar a interpretaciones equívocas, cuando no contradictorias, sobre cómo se debe actuar para atender las necesidades reales de la población. Por ello se considera pertinente hacer algunas precisiones en relación con este término.

Un modelo de sistema sanitario promotor de la salud, pretende modificar condiciones y estilos de vida e influir en la elección consciente de conductas sanas y por tanto sus actuaciones no sólo se dirigen hacia los grupos y factores de riesgo, sino más bien a toda la comunidad y a los factores determinantes de la salud, entendida ésta como un recurso, patrimonio de todos y no debe tener un enfoque curativo y preventivo exclusivamente. La participación comunitaria es una exigencia técnica y esencial en éste proceso de auténtica intervención social.

Se puede concluir con el reconocimiento de la salud y de la participación comunitaria como una aspiración legítima y un derecho de todos. Desde una concepción de salud ligada indisolublemente a la comunidad, ambas forman una simbiosis, de tal forma que el logro de una va a condicionar el desarrollo de la otra, y viceversa.

### **Marco legal**

La salud de los individuos, de los grupos y de los pueblos, se ha convertido en un derecho reconocido por diferentes Organizaciones Internacionales (O.N.U., UNESCO, O.M.S.) y su promoción y protección es un deber de los Estados miembros que hayan aceptado y asumido sus Resoluciones (Declaración Universal de los Derechos Humanos y del Niño, acuerdos de Alma-Ata), incluyendo la participación comunitaria como instrumento que asegura el derecho a la educación integral y a la salud.

La Constitución reconoce y desarrolla los derechos fundamentales postulados por las Organizaciones Internacionales en las que se integra (O.N.U., UNESCO, O.M.S.), contemplando el derecho a la salud, el deber del Estado de tutelar la salud pública y estableciendo los principios generales de la participación ciudadana.

En cuanto a la participación en el sistema sanitario, y por tanto, en la planificación de intervenciones de promoción de la salud, la Ley General de Sanidad hace referencia a la administración participada, articulando la participación comunitaria en las C.C.A.A. y creando los Consejos de Salud de Área como órganos colegiados de participación.

El Real Decreto de Procedimiento de Elaboración y Seguimiento del Plan Integrado de Salud expresa la necesidad de una participación social efectiva en la elaboración del Plan y de la expresión de los objetivos del Plan en promoción y protección de la salud.

En la presente descripción por la importancia que adquieren las acciones de promoción de la salud en la edad escolar, se considera pertinente hacer

referencia a la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo que recoge la participación de la comunidad y constituye a los Consejos Escolares como órganos colegiados de participación en los Centros Docentes.

Entre las funciones y competencias del Servicio de Salud de la Región de Murcia (Ley de 5 de abril de 1990), se encuentran el fomento de la participación ciudadana, la institucionalización del Consejo de Salud como órgano Superior y consultivo de participación ciudadana, la promoción de la salud y la educación sanitaria como instrumento de la promoción de la salud.

La participación comunitaria está ampliamente contemplada en nuestro ordenamiento jurídico general, sin embargo existe un insuficiente desarrollo de la legislación general en normativas específicas, especialmente en Atención Primaria.

Finalmente la existencia de dos Administraciones con competencias (Central y Autonómica) en materia sanitaria, introduce elementos de descoordinación y duplicidad en las actuaciones e ineficiencia de los recursos, haciendo que el trabajo conjunto dependa de las relaciones que se establezcan entre ambas.

## **Organización**

En los Estados miembros de la C.E.E. se identifican diferentes órganos de Participación Comunitaria dependiendo del sistema sanitario presente en cada país. En síntesis, existen dos modelos:

**Seguro Obligatorio de Enfermedad:** Ofrece únicamente prestaciones de tipo asistencial, sólo para asegurados; está financiado por cuotas salariales (empresariales y de los trabajadores) o bien por cuotas de los asegurados (trabajadores autónomos, profesionales liberales, etc.); la gestión se hace a través de múltiples cajas aseguradoras. En este modelo los órganos participativos son del tipo "Consejo de Administración" y "Comités Ejecutivos", que actúan por delegación de las anteriores. La composición suele ser paritaria, empresarios trabajadores o bien sólo de asegurados y sus miembros elegidos por y de entre ellos. Sus funciones son todas aquellas derivadas de una concepción patrimonial del órgano gestor y las necesarias para una adecuada prestación de los servicios sanitarios.

**Sistema Nacional de Salud:** Se fundamenta en la solidaridad, universalidad de las prestaciones y en la integración de las actuaciones de Salud Pública y Medicina Preventiva y las Asistenciales. Sus órganos de participación se constituyen como asesores en la definición de Políticas Sanitarias y Planes de Salud cuando actúan a nivel Central e intervienen en los procesos de programación y adecuación de los servicios a nivel periférico. Su composición varía de unos estados a otros aunque, en general, hay representantes de las administraciones, de los usuarios y de los profesionales sanitarios.

En España, la Ley General de Sanidad, establece un modelo tipo Sistema Nacional de Salud, definiendo una estructura mínima común a todo el Estado en la que se incluyen órganos de participación y dejando que las C.C.A.A. regulen sus propios Servicios de Salud en los que se han de respetar dichos mínimos

La Ley de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia establece tres órganos de participación: el Consejo Regional de Salud, el Consejo de Salud de Área y el Consejo de Salud de Zona.

Por otra parte, y puesto que los servicios asistenciales del INSALUD aún no han sido transferidos, la Región de Murcia está dentro del ámbito de aplicación del Decreto de Reestructuración de las Direcciones Provinciales del INSALUD, que establece como órganos de participación las Comisiones Ejecutivas Territoriales y las Comisiones de Participación Ciudadana de los Sectores.

En los hospitales del INSALUD, el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los mismos (Real Decreto 521 de 15 de abril de 1987), establece la Comisión de Participación Hospitalaria y otros órganos asesores de tipo participativo.

Por otra parte, la Ley de Régimen Local de 2 de abril de 1985, además de otorgar a los municipios diversas competencias en materia de Salud Pública, posibilita la creación de órganos de participación ciudadana y define su participación en la gestión de la Atención Primaria de Salud.

El Reglamento General de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia (Decreto 53/1989 de 1 de junio), instituye el Consejo de Salud de Zona como órgano de participación, colaboración e información de los Equipos de Atención Primaria posponiendo su composición y funcionamiento a una Orden de la Consejería de Sanidad.

En la actualidad, se han constituido el Consejo Regional de Salud, la Comisión Ejecutiva Provincial del INSALUD (Órgano anterior al Comité Ejecutivo Territorial, éste aún no está constituido), todas las Juntas Técnico-Asistenciales, la mayoría de las Comisiones de Participación Ciudadana y de Bienestar Social de los Hospitales del INSALUD (tabla 5.20). A nivel local, a pesar de la falta de normativa específica, se han constituido 10 Consejos de Salud de Zona y 9 Consejos Municipales de Salud cuya distribución por Áreas se muestra en la tabla 5.21. No obstante, cabe señalar que desde el punto de vista estrictamente legal, los Consejos de Salud Municipales no son órganos del Sistema Nacional de Salud.

**TABLA 5.20.** ORGANOS DE PARTICIPACION EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD.

ORGANOS DE PARTICIPACION	HOSPITALES				
	Murcia	Cartagena	Lorca	Caravaca	Yecla
Comisión Partici., Comunitaria	No	No	Si	Si	Si
Comisión Bienestar Social	No	No	Si	Si	-
Junta Técnico Asistencial	Si	No	Si	Si	Si

**TABLA 5.21.** DISTRIBUCION DE LOS CONSEJOS DE SALUD POR AREAS DE SALUD. REGION DE MURCIA. 1992

AREAS DE SALUD	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
E.A.P. Constituidos	8	7	4	4	2	5	30
Consejos de Salud de Zona	4	2	0	1	0	3	10
Consejos Municip. de Salud	3	2	2	0	1	1	9
Total de Consejos de Salud	7	4	2	1	1	4	19

**Fuente:** Elaboración propia.

Por último, indicar que ni la Consejería de Sanidad ni el INSALUD, disponen de servicios específicos que contengan explícitamente la participación comunitaria en su contenido de trabajo.

### Intervenciones

No existen estudios que caractericen de forma global las actividades de participación comunitaria en la Región de Murcia. No obstante algunos datos disponibles permiten una aproximación. Así, la constitución de los órganos de participación previstos por la legislación en los diferentes niveles e instituciones, en algunos casos (Consejos de Salud de zona y Consejos Municipales de Salud) con una normativa insuficiente, denota una actividad positiva, al menos por parte de ciertos profesionales, hacia la participación comunitaria en el Sistema de Salud.

Por otra parte, el estudio sobre actividades de participación comunitaria en los Centros de Salud de la Región de Murcia realizado por el Grupo de Participación Comunitaria en Atención Primaria de Salud (1992), obtiene que el 2,7% de la población cubierta (9.403 personas de un total de 369.657 habitantes) participa en estas actividades desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria encuestados. Las actividades realizadas son muy variadas, la mayoría son de Educación Sanitaria y 6 de los Equipos de Atención Primaria han iniciado un proceso de Diagnóstico de Salud Participativo.

No se dispone de datos sobre actividades participativas de las Zonas de Salud en las que no existen Equipos de Atención Primaria, aunque por las propias características del Sistema Sanitario anterior (meramente asistencial) es dudosa la existencia de las mismas, por tanto el desarrollo de la participación comunitaria está claramente ligado al de la Reforma de la Atención Primaria.

Finalmente, se indican algunas características en relación con la participación comunitaria en la Región expresadas por un grupo de expertos:

1. Existencia de diferentes marcos conceptuales en la práctica de la participación comunitaria.
2. Falta de reconocimiento de la necesidad de educar para la participación.
3. Desresponsabilización de la población en relación con los problemas de salud.
4. Escasa motivación y actitudes poco favorecedoras, entre los profesionales, para la implantación de un modelo de Sistema Sanitario Participativo.
5. Falta de credibilidad de la eficacia de la participación comunitaria en la resolución de los problemas de salud.

**OBJETIVO 95. A partir de 1993 existirá en los Servicios Centrales de la Administración Sanitaria una Unidad Orgánica que asuma entre sus funciones la promoción de la participación comunitaria, el apoyo metodológico y técnico a los profesionales en este campo y el seguimiento de los objetivos de participación comunitaria. Estas funciones serán desarrolladas en las áreas a partir de 1994.**

**OBJETIVO 96. A partir de 1993 se potenciará el Consejo de Salud de la Región de Murcia para que pueda cumplir adecuadamente las funciones consultiva y de participación ciudadana. A partir de 1995 deberán estar constituidos los Consejos de Salud de Área.**

**OBJETIVO 97. A partir de 1993 todos los Equipos de Atención Primaria con más de 18 meses en funcionamiento tendrán constituido su Consejo de Salud de Zona de acuerdo a la normativa en vigor, con criterios de flexibilidad en su composición y tendiendo a evitar duplicaciones y a propiciar la coordinación con Organos de participación del mismo ámbito territorial.**

El Consejo de Salud tendrá entre otras las funciones de participar en el diagnóstico de salud de zona, participar en la elaboración, realización y evaluación de los programas específicos diseñados por el Equipo de Atención Primaria, promover el desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios del Centro de Salud y conocer la memoria anual de actividades del Equipo de Atención Primaria.

**OBJETIVO 98. A partir de 1993 todos los hospitales tendrán constituida una Comisión de Participación Hospitalaria y/o la de Bienestar Social.**

**OBJETIVO 99. A partir de 1993 todos los hospitales con más de un año de funcionamiento dispondrán de un servicio de atención al usuario en cuya planificación y evaluación intervendrá la Comisión de Atención Hospitalaria, y una de cuyas funciones será la difusión de la Carta de los Derechos y Deberes de los Usuarios.**

## **6. OBJETIVOS 1993-1996**



**OBJETIVOS  
1993-1996**

**OBJETIVO 1.** En el año 1994 el 90% de los Equipos de Atención Primaria tendrán en marcha programas sobre hipertensión arterial, siguiendo las líneas del consenso para el control de la hipertensión arterial en España.

**OBJETIVO 2.** En el año 1996 el 50% de los Equipos de Atención Primaria desarrollarán programas de intervención que permitan la reducción y el mantenimiento del peso a niveles deseables y promuevan una dieta equilibrada.

**OBJETIVO 3.** Para 1995 se promoverá entre los profesionales sanitarios la adopción de las medidas propuestas para el consenso sobre el colesterol, y se desarrollarán protocolos de control del colesterol sérico total que incluyan en lugar preferente la dieta y complementariamente la medicación.

**OBJETIVO 4.** Mejorar la calidad asistencial de los enfermos cardiovasculares durante el período 1993-96.

**4.1.** Elaboración de protocolos de actuación que definan las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y Especializada y los cauces adecuados de derivación entre ellos.

**4.2.** Incrementar los recursos en medios diagnósticos y en cirugía cardíaca y cirugía vascular periférica que permitan una atención correcta y en tiempo adecuado en la Región.

**OBJETIVO 5.** Para 1996 el 60% de mujeres con edades comprendidas entre 25-64 años participarán en un programa de despistaje de cáncer de cérvix.

Durante 1993 se elaborará el protocolo de un programa de screening de cáncer de cérvix a nivel comunitario dirigido a mujeres de 25-64 años, y basado en citologías periódicas cada tres años.

El programa comenzará a desarrollarse en 1994 en los Equipos de Atención Primaria funcionantes y tendrá un desarrollo progresivo y paralelo a la cobertura de Atención Primaria, estando implantado en todos los equipos en 1996.

**OBJETIVO 6.** Para 1996 el 40% de las mujeres comprendidas entre 50-65 años participarán en un programa de despistaje de cáncer de mama.

Durante 1993 se elaborará un programa de screening a nivel comunitario dirigido a mujeres de 50-65 años y con una periodicidad bianual. Durante 1994 se realizará la fase piloto en un Área de Salud para implantarlo en toda la Región en 1995-96.

**OBJETIVO 7. Mejorar la calidad asistencial del enfermo con cáncer en el período 1993-96.**

- 7.1. Elaboración de protocolos de actuación que definan las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y especializada y los cauces adecuados de derivación y comunicación entre ellos.
- 7.2. Incrementar los recursos actuales de modo que en el Hospital Virgen de la Arrixaca se disponga de una unidad completa de oncología médica, oncología radioterápica y cuidados paliativos, potenciándose la unidad de oncopediatria. En el Hospital General y en el Hospital Rosell se creará una unidad de oncología médica y de oncología radioterápica.

**OBJETIVO 8. Para 1994 el 90% de Equipos de Atención Primaria desarrollarán las actividades del Programa de Atención al Diabético.**

Durante el primer semestre de 1993 se formulará el programa que contemplará los apartados siguientes: Descripción de las principales variables epidemiológicas relacionadas con la enfermedad, organización de la asistencia a través de la protocolización terapéutica y normalización de los criterios de derivación entre niveles. La educación diabetológica ocupará un lugar preeminente dentro del mismo y contemplándose el estímulo del asociacionismo entre los afectados.

El programa incluirá las actividades necesarias para reducir las complicaciones crónicas y singularmente la retinopatía diabética.

**OBJETIVO 9. Para 1996 habrá mejorado la calidad de la atención a los problemas de salud mental.**

- 9.1. Durante 1993 se creará un grupo de trabajo intersectorial que elabore un programa de intervención de modo que la atención sanitaria en los problemas de salud mental se realice de forma plenamente normalizada en la red de servicios sanitarios incluyendo la atención urgente y la hospitalización.

Se procurará realizar el diagnóstico de la forma más precoz posible estableciendo protocolos adecuados de atención y derivaciones entre Atención Primaria, Equipo de Salud Mental y Unidades de Hospitalización.

Durante el proceso de atención se garantizará la continuidad entre los niveles implicados priorizando la atención en los equipos tras las altas hospitalarias y realizando un seguimiento que garantice la asistencia e impida el abandono del paciente. Como criterio general se vinculará la familia al proceso terapéutico en los casos graves, estimulando el asociacionismo de familiares de pacientes con procesos de larga duración.

- 9.2.** Para 1994 se habrán establecido los acuerdos y/o coordinación intersectorial e interinstitucional que posibilite una línea de actuación homogénea frente a la problemática de salud mental infanto juvenil.

Para ello es necesario la creación de un grupo de trabajo que eleve propuestas de actuación que potencien específicamente la colaboración entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia, dirigida a mejorar el desarrollo psicosocial del niño, reduciendo los factores de riesgo y mejorando la calidad de la atención recibida.

- 9.3.** Para 1995 se implantará un programa de rehabilitación elaborado conjuntamente con servicios sociales que defina los objetivos a lograr en los diferentes problemas de salud mental y los dispositivos necesarios con delimitación de funciones y criterios normalizados de derivación entre ellos. Este programa incluirá la definición de los cuidados y ayuda domiciliaria y las necesidades de camas asistidas para diferentes patologías y para residencias de mayores de 65 años.

**OBJETIVO 10.** Durante 1993 se pondrá en marcha el Plan Regional sobre Drogas con el objetivo de reducir a medio plazo, el consumo abusivo de las diferentes drogas y los riesgos asociados al mismo, potenciando la coordinación entre las distintas administraciones para incidir sobre las causas y factores del fenómeno, facilitar asistencia integral a los afectados y promover la reinserción social de los exdrogodependientes.

**OBJETIVO 11.** Para 1996 se habrá mejorado la calidad global del programa de detección precoz neonatal de metabolopatías, incrementando la cobertura hasta alcanzar el 98% de los recién nacidos, e incrementando al 80% las muestras recogidas entre el 5º y 7º día de vida.

**OBJETIVO 12.** Reducir la frecuencia de enfermedades congénitas garantizando que en 1996 tengan acceso al asesoramiento genético y al diagnóstico prenatal el 80% y 50% respectivamente de los individuos de riesgo, y al menos para las siguientes enfermedades: Anomalías cromosómicas, fibrosis quística, distrofias musculares de Duchenne y Becker, retinosis pigmentaria, síndrome del X frágil y hemoglobinopatías.

**OBJETIVO 13.** Puesta en marcha del Plan Regional de Intervención en materia de Discapacidades y Minusvalías para 1995.

- 13.1.** Durante 1993 se pondrá en marcha un grupo de trabajo formado por Asuntos Sociales, Sanidad y Educación que defina la operativización de los conceptos de discapacidad/minusvalía, niveles mínimos garantizados de atención, delimitación de funciones y competencias, definición

del modelo de prestación de servicios y criterios de acreditación de dichos servicios, con el fin de garantizar la atención más adecuada y precoz en los distintos tipos de minusvalías o discapacidades.

El Plan debe contemplar desde la prevención global hasta los aspectos relacionados con la rehabilitación integral (formación, mercado laboral, eliminación de barreras...).

**OBJETIVO 14. Para 1993 se habrán establecido mecanismos eficaces de coordinación entre las distintas administraciones con el fin de integrar sus actuaciones a nivel primario.**

**14.1.** Elaboración y difusión de una Guía que recoja los recursos existentes, sus funciones y los criterios de derivación.

**14.2.** Los Centros de Servicios Sociales de Zona asumirán las funciones de recogida de información y derivación de los minusválidos y discapacitados a los recursos existentes del sistema sanitario, educativo y social.

**OBJETIVO 15. Para 1996 al menos el 90% de habitantes de la Región dispondrán de agua adecuadamente fluorada a través de las redes de abastecimiento.**

**OBJETIVO 16. Para 1994 deberá estar implantado un programa de atención a pacientes con E.P.O.C. en el 50% de Equipos de Atención Primaria, y en la totalidad para 1996.**

Durante 1993 se elaborará un programa que comprenda las acciones a realizar por cada uno de los niveles asistenciales tanto en el proceso de diagnóstico, como en el de tratamiento y control de las E.P.O.C., unificando pautas de actuación y analizando de forma específica el uso adecuado de la oxigenoterapia domiciliaria.

**OBJETIVO 17. Para 1996 se realizarán anualmente 35-40 trasplantes renales. Para ello se potenciará la Unidad de Trasplantes y se fomentará la donación de órganos en el ámbito regional.**

**OBJETIVO 18. En 1993 se normalizarán las actuaciones preventivas y el manejo terapéutico adecuado dependiendo del tipo de enfermo y grado de evolución del proceso. Se realizará un análisis de las diferentes modalidades de diálisis para elaborar una estrategia encaminada a lograr la mayor eficiencia y la mejor calidad de vida del paciente, a través de la descentralización de las Unidades de Nefrología y la potenciación de la diálisis domiciliaria.**

**OBJETIVO 19. Para 1995 todos los Equipos de Atención Primaria tendrán protocolizada la intervención ante los trastornos músculo-esqueléticos.**

Para ello se consensuarán criterios de actuación ante las enfermedades reumáticas entre los Equipos de Atención Primaria y los especialistas de referencia, estableciendo los criterios de derivación entre niveles y aumentando la racionalización del uso de fármacos antiinflamatorios, así como la rehabilitación física.

**OBJETIVO 20. Disminuir la incidencia global de la infección V.I.H. y proporcionar asistencia precoz y eficaz a los afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida a través de la implantación de un Programa de Prevención y Control del S.I.D.A. en 1994.**

Durante 1993 deberá estar formulado el programa de prevención y control de S.I.D.A. que contemplará acciones preventivas encaminadas a informar adecuadamente a la población en general y especialmente a los adolescentes y a los colectivos con prácticas de riesgo, la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas, la facilitación del acceso de mujeres portadoras a los dispositivos de planificación familiar para evitar embarazos y proporcionar la posibilidad de aborto terapéutico, y la normalización en los centros sanitarios de medidas de protección universal frente a muestras biológicas.

Desde el punto de vista asistencial se protocolizarán las actuaciones para el control y seguimiento de enfermos e infectados tanto en el ámbito de Atención Primaria como de especializada.

En coordinación con servicios sociales se establecerán medidas de apoyo a través de incentivar la acogida familiar de los afectados, y propiciando en situaciones extremas la existencia de casas de acogida para enfermos sin apoyo familiar ni medios económicos.

El programa contemplará la formación del personal sanitario con especial énfasis en la mejora de las actitudes frente a esta patología, así como el apoyo a los comités ciudadanos y otras asociaciones que desarrollen su labor entre los afectados y los colectivos con prácticas de riesgo.

**OBJETIVO 21. Disminuir la morbi-mortalidad debido al virus de la Hepatitis B en los grupos de riesgo.**

**21.1.** En 1993 se normalizará la vacunación sistemática de los grupos de riesgo y la detección de embarazadas con Ags HB.

**21.2.** Durante 1993 se definirá la estrategia de vacunación universal en función de la edad más adecuada en nuestro medio, que se implantará antes de 1996.

**OBJETIVO 22. Mantener nula la incidencia de casos de poliomielitis y difteria y disminuir los casos de tosferina y tétanos no neonatal.**

- 22.1.** Alcanzar una cobertura vacunal del 95% para las dosis de vacunas frente a difteria-tétanos-tosferina, en menores de 2 años de edad, para el año 1996.
- 22.2.** Lograr una cobertura vacunal del 95% en las dosis de vacunas frente a poliomielitis y tétanos a los 6 años de edad para 1996.
- 22.3.** Lograr una cobertura mínima del 90% en las dosis de vacunas frente a tétanos y poliomielitis correspondientes a los 14 años de edad, para 1996.

**OBJETIVO 23. Disminuir la incidencia de sarampión, rubeola y parotiditis para 1996.**

- 23.1.** Lograr una cobertura vacunal del 95% para la dosis de vacuna frente a sarampión-rubeola-parotiditis a los 15 meses de edad.
- 23.2.** Lograr una cobertura vacunal del 95% para la dosis de vacuna frente a sarampión-rubeola-parotiditis a los 11 años de edad.

**OBJETIVO 24. Mantener nula la incidencia de tétanos neonatal y disminuir la incidencia de tétanos en el adulto, para 1995.**

- 24.1.** Lograr una cobertura vacunal superior al 40% para la vacuna antitetánica del adulto.
- 24.2.** Lograr una cobertura vacunal del 80% en mujeres embarazadas.

**OBJETIVO 25. Disminuir la morbi-mortalidad por gripe en la Región.**

- 25.1.** Alcanzar una cobertura vacunal del 80% de la población con 65 años o más para 1995, e incrementar la cobertura vacunal en otros grupos de riesgo.

**OBJETIVO 26. Incrementar la vacunación en población no vacunada o incompletamente vacunada para 1996.**

- 26.1.** Identificar y caracterizar los grupos de población y los factores de no vacunación, durante 1994.
- 26.2.** Elaboración de estrategias de intervención para incrementar la vacunación para 1996.

**OBJETIVO 27.** De aquí al año 1996 la tasa de morbilidad por tuberculosis debe reducirse en un 20% y la tasa de prevalencia de infección en escolares debe ser inferior a 0,5% de forma estable en escolares de primer curso de E.G.B.

**27.1.** Durante 1993 se elaborará un programa de control de la tuberculosis que contemplará como mínimo los siguientes apartados: Mejora del diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora del sistema de declaración, establecimiento de un control activo de enfermos que permita completar un correcto tratamiento, actualización del conocimiento sobre medidas terapéuticas y de control del enfermo, y pautas de actuación para el control de contactos y seguimiento de quimioprofilaxis.

**OBJETIVO 28.** Para 1996 el 50% de los municipios de la Región estarán adheridos a la red regional de Ciudades Saludables, que en el marco de la red española y considerando el protagonismo municipal, servirá de base a la colaboración intersectorial alentando políticas regionales y locales que orienten las organizaciones y sus actividades hacia la promoción de la salud.

**28.1.** Creación en 1993 de una Comisión en la que estén representados la Administración Regional y la Federación Murciana de Municipios, para estudiar la implantación a nivel regional de la Red Murciana de Ciudades Saludables y establecer los criterios para el acceso de los municipios a dicha red.

**OBJETIVO 29.** Mantener desde 1993, en Cartagena, los valores de inmisión de SO<sub>2</sub>, partículas, dióxido de nitrógeno y plomo por debajo de los valores límite.

**29.1.** A partir de 1993, aplicar criterios que contemplen sistemáticamente la evaluación del impacto ambiental y sobre la salud, en la ubicación de nuevas industrias.

**29.2.** Actualizar y completar, durante el primer semestre de 1993, el plan operativo de vigilancia e intervención, para evitar situaciones episódicas que ocasionen incidencia en la salud, en especial en los grupos de alto riesgo, así como supervisar el cumplimiento por parte de las industrias, de las medidas correctoras para el control de los niveles de emisión.

**29.3.** Desarrollar, durante 1993, la Red Regional de Previsión y Vigilancia de la Contaminación Atmosférica prevista en el Decreto 36/1992.

**29.4.** Dotar a la Red de Vigilancia de los mecanismos adecuados para su conversión, antes de final de 1994, en una red de alerta capaz de prevenir, con la suficiente antelación, los episodios nocivos para la salud.

- 29.5.** Facilitar la renovación tecnológica y, en su caso, el traslado de industrias contaminantes a zonas que no tengan influencia sobre la población y el entorno.

**OBJETIVO 30. Para 1995 se mantendrán, a nivel regional, los valores de inmisión de contaminantes por debajo de los valores guía que están establecidos para SO<sub>2</sub>, partículas y dióxido de nitrógeno y mantenimiento del plomo por debajo de los valores límite.**

- 30.1.** Adopción de medidas de naturaleza urbanística, para obtener tráfico fluido y descentralizado: circunvalaciones, creación de zonas peatonales, promoción del transporte público...

- 30.2.** Fomentar la utilización de combustibles menos contaminantes para su uso en calefacciones colectivas.

- 30.3.** Establecer medidas de inspección periódica de las emisiones de vehículos.

**OBJETIVO 31. Caracterizar los principales contaminantes atmosféricos en Cartagena (incluidos los contaminantes secundarios, hidrocarburos y metales pesados), así como la repercusión de los mismos sobre la salud.**

- 31.1.** Promover, incentivar y coordinar las líneas de investigación aplicadas, encaminadas al estudio de los contaminantes atmosféricos y de sus efectos sobre la salud a través del Plan Regional de Investigación en Salud, a elaborar durante 1993.

**OBJETIVO 32. Prevenir, a partir de 1994, la aparición de nuevos puntos negros de contaminación por ruido, limitando y reduciendo el ruido en la fuente.**

- 32.1.** Elaboración, durante 1993, de una norma de carácter regional que complete la normativa actual de suelo y ordenación territorial, estableciendo los límites de inmisión para las distintas zonas y usos del suelo, así como los criterios a aplicar en el planeamiento urbano en relación con el ruido procedente del tráfico. Tendrán una consideración especial los entornos de los centros escolares y sanitarios.

- 32.2.** La metodología de impacto ambiental para la instalación de nuevas actividades, reflejará sistemáticamente los aspectos relacionados con el control de las emisiones de ruido, a partir de 1994.

- 32.3.** En 1994, se pondrán en marcha actividades regladas para el control de las emisiones de ruido de los diferentes vehículos.

**OBJETIVO 33.** Para 1996 existirá un control adecuado de las fuentes radiactivas en la Región.

**33.1.** Para 1993 se habrá realizado un censo de las instalaciones radiactivas sanitarias a partir del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, así como, un censo de las instalaciones radiactivas industriales y de investigación.

**OBJETIVO 34.** Para 1996, el 100% de los núcleos de población de la Región dispondrán de agua de consumo potable superior a 100 litros/habitante/día y garantía de abastecimiento de 24 horas ante eventuales problemas de suministro.

**OBJETIVO 35.** Durante 1993 se consolidará el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo con la participación de los organismos correspondientes de la Administración, y la totalidad de municipios y empresas suministradoras y distribuidoras.

**35.1.** Antes de fin de 1994 se habrán establecido los adecuados perímetros de protección para las captaciones de aguas destinadas al abastecimiento de consumo público.

**35.2.** Alcanzar para 1996 los objetivos de calidad de aguas prepotables que establece la normativa vigente en los puntos de captación.

**35.3.** Mantener los niveles de nitrato por debajo de las concentraciones máximas admisibles para aguas de consumo público.

**35.4.** Reducir las concentraciones de sulfato y magnesio a niveles admisibles en aguas de consumo para 1996.

**35.5.** Monitorizar durante el período 1993-1996 las concentraciones de plaguicidas y metales pesados en las aguas de consumo.

**OBJETIVO 36.** Para 1996, deberán ser sometidas a procesos de depuración adecuados el 40% de las aguas residuales generadas en la Región.

**36.1.** Para 1994 se elaborará una normativa regional sobre vertidos de aguas residuales que contemple las características del vertido para su admisión a la red de alcantarillado y de manera especial los vertidos procedentes de centros sanitarios e industrias.

**36.2.** Para 1996, todos los municipios de la Región contarán con una Ordenanza de uso del alcantarillado.

**36.3.** Para 1994, se establecerán criterios normativos para la reutilización de aguas residuales para regadíos que contemplen el control de los riesgos para la salud.

**36.4.** En 1995, se habrá suprimido los vertidos de aguas residuales, incluso depuradas, al Mar Menor.

**36.5.** Para 1996, se habrá suprimido todo tipo de vertidos de aguas residuales sin depurar al Mar Mediterráneo.

**OBJETIVO 37.** Para 1996, el 80% de las zonas de baño marítimas controladas alcanzarán la calificación de “buena calidad”, de acuerdo con los criterios de la C.E.E.

**OBJETIVO 38.** Para 1996, el 75% de las zonas de baño del litoral dispondrán de un dispositivo de servicios adecuado (limpieza, recogida de residuos, duchas, vigilancia, señalización...)

**OBJETIVO 39.** Para 1994, el 100% de las piscinas de uso colectivo dispondrá de condiciones técnico-sanitarias y de calidad de agua de baño de acuerdo con la normativa regional.

**OBJETIVO 40.** Elaboración de un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos y Asimilables en la Región de Murcia.

**40.1.** Elaborar, en 1993, un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos y Asimilables, a través del fomento de la agrupación de municipios, con el propósito de generalizar la recogida mediante contenedores y camiones compactadores estancos para que el tratamiento de los residuos se realice con plenas garantías sanitarias y medioambientales.

**40.2.** Para el año 1996, el 100% de los 24 vertederos municipales que carecen de gestión adecuada, estarán clausurados y regenerados.

**40.3.** Para 1994 se habrán identificado los puntos de vertido clandestino dispersos por toda la geografía regional especificando su contenido, clausurando y regenerando, para 1996, el 50% de los puntos de vertido detectados.

**OBJETIVO 41.** Para 1994, se elaborará un Plan Regional de Gestión de Residuos Tóxicos y Peligrosos.

**41.1.** Realización en el año 1993 del Registro de Productores de Residuos Tóxicos y Peligrosos, especificando la tipología, la cantidad generada y la localización geográfica.

**41.2.** Para 1994 y en el marco del Plan Nacional de Residuos Tóxicos y Peligrosos, se definirán los criterios y condiciones que deben cumplir los productores y gestores de ese tipo de residuos en la Región, de forma que se garantice un tratamiento correcto. El Plan debe contemplar la puesta en marcha de la infraestructura de control necesaria y la recuperación de las áreas afectadas.

**41.3.** En 1993, se elaborará el Plan de Gestión de Residuos Sanitarios que funcionará con carácter regional en 1996.

**OBJETIVO 42. Fomento de la estrategia de la Reducción, Reutilización y Reciclaje en origen, en el cuatrienio 1993-1996.**

**42.1.** Dedicación del 2% anual de los recursos procedentes de la gestión de residuos sólidos urbanos a implantar programas de educación sobre la reducción, reutilización y reciclado en origen, destinados a colegios, asociaciones ciudadanas, comercios, industrias, etc.

**42.2.** En el año 1994 la Administración estará vinculada a la utilización del papel reciclado para todos sus documentos, fomentando su reutilización.

**42.3.** Generalización de los dispositivos de recogida de papel, vidrio y pilas usadas en origen para 1994.

**OBJETIVO 43. Durante el primer semestre de 1993, las diferentes administraciones con competencias en materia alimentaria, Consejería de Sanidad, Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, Agencia Regional de Medio Ambiente y Naturaleza, Dirección General de Consumo y Corporaciones Locales, elaborarán los criterios para la delimitación de funciones y mecanismos de coordinación.**

**43.1.** Elaboración de criterios comunes para la realización de un censo regional de establecimientos relacionados con la alimentación. Las actividades resultantes de este grupo de trabajo se pondrán en marcha antes de enero de 1994.

**43.2.** Coordinación de procedimientos a seguir de acuerdo con la normativa de Actividades Clasificadas, Registro Sanitario y Registro de Industrias Agroalimentarias.

**43.3.** Establecimiento de bases para la coordinación del control y las inspecciones que se realizan en materia alimentaria así como tramitación de expedientes sancionadores.

**43.4.** Diseño de un programa específico de actuación dirigido a los puntos de venta y consumo de alimentos en la Región, elaborado con la participación de las organizaciones de consumidores.

**43.5.** Diseño de un sistema de información que permita conocer de forma actualizada y fiable la producción y consumo de alimentos en la Región.

**OBJETIVO 44.** Para 1996 el 60% de las industrias relacionadas con la alimentación tendrán implantado un sistema de Análisis de Riesgo, Identificación y Control de Puntos Críticos (A.R.I.C.P.), con prioridad para las industrias cárnicas y las relacionadas con la pesca.

**OBJETIVO 45.** Durante el período 1993-1996 se cumplirán los objetivos del Plan Nacional de Investigación de Residuos en Animales y Cames en la Región.

**OBJETIVO 46.** Para 1995 todos los mataderos generales se habrán adaptado a las directrices de la C.E.E.

**OBJETIVO 47.** Durante el primer trimestre de 1993 se elaborará una norma regional que desarrolle el R.D. 1.010/1985, que regula las modalidades de venta fuera de un establecimiento permanente y que fije requisitos higiénicos de las zonas destinadas a mercados semanales y de los puntos de venta de alimentos.

**OBJETIVO 48.** Para 1995 se modificará la tendencia ascendente de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria de ámbito general.

**48.1.** Establecer convenios entre la Administración y los Gremios o Asociaciones en materia de manipulación de alimentos, tendentes a fomentar el autocontrol y las buenas prácticas higiénicas.

**48.2.** Para final de 1995 todos los manipuladores de alimentos dispondrán del correspondiente carnet actualizado.

**OBJETIVO 49.** A partir del segundo semestre de 1993 se pondrá en marcha un programa de análisis rutinarios que permita detectar los principales riesgos para la salud derivados del consumo de alimentos en la Región.

**OBJETIVO 50.** Durante el primer semestre de 1993, se pondrá en marcha un sistema de información de zoonosis que integre los datos procedentes de la sanidad humana y sanidad animal, contando con la colaboración de todos los organismos implicados.







Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



SALUD