



Índice

Artículos:

- Mortalidad regional por causas del año 2008.
- La administración sanitaria regional mejora la cumplimentación de las causas de la defunción más definidas o poco específicas.

Noticias Breves:

- Programa de Vigilancia de la Salud de los trabajadores expuestos al Amianto.
- P Elliott y colaboradores.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 17 a 24 de 2010.

Mortalidad regional por causas del año 2008

La **tasa de mortalidad general** de los habitantes residentes en la región de Murcia es de 7,29 fallecidos por mil habitantes, que corresponden a 10.399 defunciones. Siendo la tasa masculina de 7,46 y la femenina de 7,11 por mil.

La **esperanza de vida al nacer** en ambos sexos es de 80,5 años, y es mayor en las mujeres que en los hombres (83,2 frente a 77,9 años). La esperanza de vida en todos los grupos de edad es mayor en las mujeres que en los hombres (gráfico 1).

La tasa de **mortalidad infantil** (fallecidos <1 año) en ambos sexos es de 3,40 fallecidos por mil nacidos vivos, correspondientes a 66 muertes de 19.386 nacidos vivos y es mayor en niños que en niñas. La mortalidad neonatal (ídem en <28 días) es de 2,27 por mil nacidos vivos, tanto en la neonatal precoz (íd. <7 días) como en la tardía (íd. entre 7 y <28 días), y la mortalidad posneonatal (íd. entre 28 días y <1 año) es de 1,13 por mil nacidos vivos. La tasa de la mortalidad perinatal es 4,32 por mil nacidos vivos y muertos.

En la distribución de sectores de la gráfica 2, se pueden observar las principales grandes causas por rangos de edad de la **mortalidad proporcional**.

La mortalidad general es mayor en hombres que en mujeres (tasas ajustadas por edad de 707,53 y 437,71 por cien mil habitantes, respectivamente). En los hombres, las tres primeras **causas seleccionadas** son las enfermedades isquémicas del corazón, el cáncer de pulmón y las enfermedades cerebrovasculares; mientras que en las mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, e insuficiencia cardíaca (tabla 1).

Los **años potenciales de vida perdidos** (APVP) cuantifican la mortalidad prematura. Los APVP para todas las causas, son en promedio, de 16,0 años menos por persona residente fallecida en la Comunidad de Murcia. Los hombres representan el 68,7% y las mujeres el 31,3% de la mortalidad precoz. Las causas que restan más años a la vida

en ambos sexos, son las neoplasias (33,3%), las causas externas (24,9%), las enfermedades del sistema circulatorio (16,4%), digestivo (6,0%) y respiratorio (5,5%).

Entre las **Áreas Sanitarias**, el área de **Murcia** (Área I) presenta por las grandes causas y sexo, una mortalidad igual a

Gráfico 1. Esperanza de vida en los diferentes grupos de edad (años) por sexo. Región de Murcia, 2008.

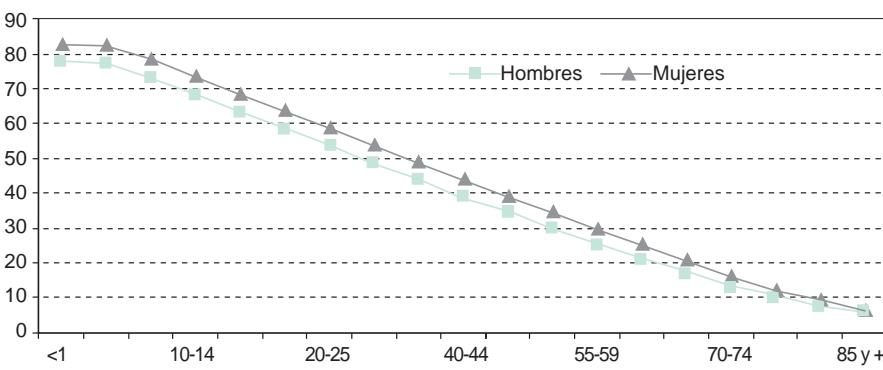


Gráfico 2. Mortalidad por grandes grupos de causas y edad en ambos sexos. Región de Murcia, 2008.

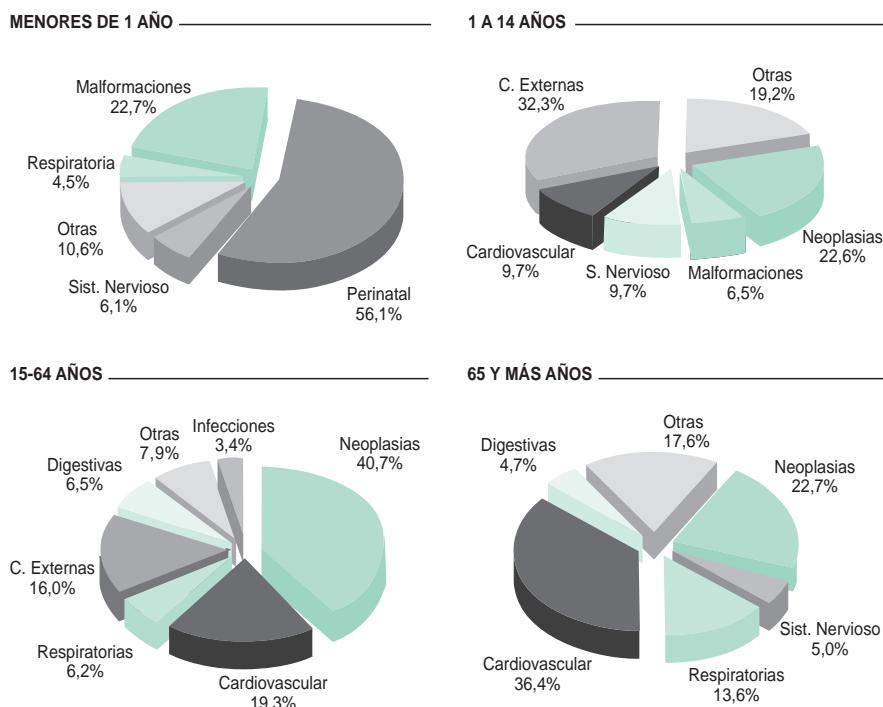
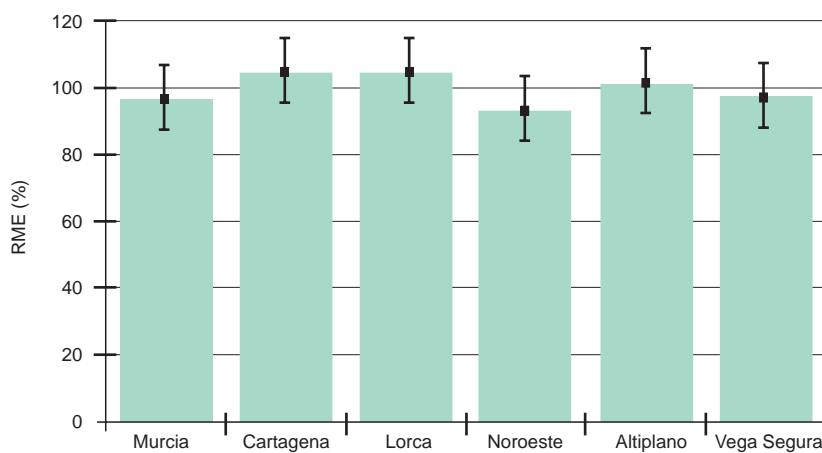


Gráfico 3. Comparación de la mortalidad general regional con las Áreas de Salud*. Todas las edades y ambos sexos, 2008.



(*) Razón de Mortalidad Estándar (RME) de las áreas de salud e intervalos de confianza al 95%.

Nota. Existe mayor mortalidad si el límite es inferior es mayor de 100%, y menor mortalidad si el límite superior es menor de 100%.

Tabla 1. Diez primeras causas seleccionadas de mortalidad. Región de Murcia, 2008.

Causas Seleccionadas	casos	%	tasa*	tasa**
HOMBRES				
Enfermedades isquémicas del corazón	552	10,2	76,35	72,53
Neoplasia maligna del pulmón	431	8,0	59,61	59,09
Enfermedades cerebrovasculares	419	7,8	57,95	53,28
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	316	5,9	23,93	21,94
Insuficiencia cardíaca	173	3,2	23,79	21,53
Neoplasia maligna de la próstata	172	3,2	19,09	17,84
Neoplasia maligna del colon	138	2,6	17,84	17,84
Neumonía	129	2,4	15,21	16,39
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	110	2,0	14,25	12,63
Diabetes mellitus	103	1,9	14,25	12,63
Total	5.397	100,0	746,47	707,53
MUJERES				
42 Enfermedades cerebrovasculares	614	12,3	87,33	49,89
40 Enfermedades isquémicas del corazón	392	7,8	55,75	32,12
41 Insuficiencia cardíaca	276	5,5	39,25	21,17
36 Enfermedad de Alzheimer	201	4,0	28,59	14,78
19 Neoplasia maligna de la mama	163	3,3	23,18	18,29
32 Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	140	2,8	19,91	10,06
38 Enfermedades hipertensivas	139	2,8	19,77	10,74
56 Enfermedades del riñón y del uréter	134	2,7	19,06	10,39
45 Neumonía	118	2,4	16,78	9,74
Total	5.002	100	711,41	437,71

* Tasa por 100.000 habitantes.

** Tasa ajustada por edad, método directo a la población europea estándar y 100.000 habitantes.

la regional, y una menor mortalidad por entidades mal definidas, tanto en hombres como en mujeres.

El área de **Cartagena** (Área II) presenta un exceso de mortalidad general (gráfico 3) y en neoplasias (9,8%) en ambos sexos y en hombres. Además existe sobremortalidad por enfermedad del sistema circulatorio en hombres (14,1%) y por trastornos mentales y del comportamiento en mujeres (36,6%). Los excesos de muertes se concretan en ambos sexos, en las neoplasias malignas (10,3%), cáncer de estómago (37,3%) y enfermedad isquémica cardíaca (16,4%). Lo mismo para los hombres, excepto el cáncer de estómago. Y en las mujeres en los trastornos mentales orgánicos senil y presenil (37,8%).

El área de **Lorca** (Área III) evidencia mayor mortalidad enfermedades del sistema respiratorio en mujeres (45,7%). En los hombres resalta la sobremortalidad por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (245,2%).

El área de salud del **Noroeste** (Área IV), destaca la mayor mortalidad por paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida (183,6%) en hombres.

El área sanitaria del **Altiplano** (Área V) exceso de mortalidad en las mujeres por cáncer de vejiga, diabetes y senilidad. Sin embargo, en los hombres se genera por accidentes de tráfico.

En la **Vega del Segura-Comarca Oriental** (Área VI) se observa en ambos性sobremortalidad en la enfermedad Alzheimer (36,8%) y en la arterosclerosis (96,6%)

Bibliografía

- (1) Cirera L, Martínez C, Madrigal E, Parga M, Cruz O, Navarro C. Estadísticas básicas de mortalidad en la Región de Murcia en 2008. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Economía y Hacienda; 2010. Disponible en: www.carm.es/econet/sicrem/PU_mortalidadBasica y www.murciasalud.es/pagina.php?id=82816&idsec=1296

Autor

Dr. Lluís Cirera
Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública.
Consejería de Sanidad y Consumo,
Murcia.

La administración sanitaria regional mejora la cumplimentación de las causas de la defunción mal definidas o poco especificadas

Introducción

El registro de mortalidad realiza una actividad continuada de mejora de la calidad en la cumplimentación de la información de los boletines estadísticos de defunción (BED) de ámbito judicial o civil, especialmente sobre las causas o las circunstancias de la muerte. Esta actividad de desarrolla desde el año 1991.

Así, el personal de enfermería del registro realiza encuestas telefónicas estructuradas, al finalizar la tanda mensual de boletines, a los médicos certificadores, al personal de los juzgados de Instrucción y de los registros civiles en

el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). La finalidad de las llamadas telefónicas es mejorar la exactitud de entidades nosológicas mal-definidas o de las patologías poco especificadas que se han consignado como causa o circunstancia de la defunción. Es decir, intentamos recabar más información de la enfermedad que origina todas las patologías que conducen directamente a la muerte, o de las circunstancias de un accidente o violencia. Ésta causa primera, se denomina causa básica, y se selecciona y codificada según normas de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (1,2), transpuestas en España por el Instituto Nacional de Estadística (INE) con la colaboración de los registros de mortalidad de las comunidades autónomas (3). A partir de la causa básica se elaboran, tanto las estadísticas autonómicas de defunción, como las nacionales que publica el INE (4,5), o las internacionales que publica la OMS (6).

Es conocido que las entidades mal-definidas o las causas de muerte poco especificadas pueden alterar el conocimiento sanitario y demográfico de un territorio (7). Así la administración sanitaria dispondría de fuentes menos válidas y fiables con la que programar sus intervenciones tácticas y estratégicas (8).

Nuestro objetivo es mostrar la evolución y el resultado global de los indicadores de calidad en la cumplimentación de las causas y circunstancias del fallecimiento en el ámbito de la Comunidad de Murcia durante el periodo de los años 1991 a 2006.

Material y métodos

Los indicadores de calidad los desglosamos por el motivo (criterio de selección de casos) y el resultado de la llamada telefónica. Los principales motivos son:

a) concepto, es decir porque los boletines están en blanco, o con una causa improbable o con información insuficiente; b) forma o letra ilegible o con inclusión de abreviaturas con varios significados; c) 'aviso' es la terminología de los registros de mortalidad de y el INE para las tablas de códigos de causas infrecuentes (raras) o de especial relevancia en salud pública (3); y d) otros motivos.

Los resultados pueden ser: a) positivos, si cambia la información sin que se mantenga un signo, síntoma o una entidad mal definida; de confirmación, si se permanece la causa declarada; b) negativos, si no se obtiene más información, al no recordarse la causa de muerte, no colaborar, no disponer de más datos; c) ilocalizables al no disponer el registro del número de teléfono, domicilio, centro de trabajo, en los listados que facilita el Colegio Oficial de Médicos de Murcia o la Administración Sanitaria de la Comunidad de Murcia.

Resultados

Se puede consultar en la distribución de las entidades mal-definidas por edad, sexo y territorio en la CARM (8). En la tabla 1 resume la mortalidad por entidades mal-definidas, y observamos que ha disminuido en el transcurso del tiempo en la CARM, y que en el último período, son muy similares entre hombres y mujeres.

En los dieciseis años descritos, se ha encuestado al personal de 188 registros civiles, 1.751 juzgados y a 2.163 médicos/unidades de documentación. Realizado un máximo de 6 llamadas por boletín sin excluir a las personas mayores, por la edad. En algunos casos, por entender de forma restrictiva la confidencialidad en personal novel de la administración del juzgado, la información solicitada habitualmente por teléfono, se dirige por fax y nominalmente al juez o magistrado.

Los motivos más frecuentes de encuesta telefónica han sido las denominadas entidades mal-definidas (signos o síntomas sin mención de otra entidad) (56,7%), el precisar las circunstancias de la muerte traumática (ver causas

Tabla 1. Causas mal-definidas según sexo*. Región de Murcia. Todas las edades, periodos anuales 1996-1999, 2000-2003 y 2004-2007.

Sexo	1996-1999	2000-2003	2004-2007
Hombres	12,74	13,66	10,22
Mujeres	12,38	11,87	10,35

*Tasa ajustada a la población europea estándar por edad a 100.000 habitantes.

Fuente: http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_mortalidadGeneral

Tabla 2. Encuestas telefónicas de boletines estadísticos de defunción por cuatrienios. Región de Murcia. Ambos sexos. Todas las edades, 1991-2006.

Motivos	1991-1994		1995-1998		1999-2002		2003-2006		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejorables en concepto ⁽¹⁾	198	22,8	192	17,9	126	12,8	124	10,5	640	15,6
Mejorables en forma ⁽²⁾	16	1,8	38	3,6	27	2,8	8	0,7	89	2,2
Causa mal definida ⁽³⁾	579	66,7	500	46,7	549	56,6	696	58,8	2.324	56,7
Aviso ⁽⁴⁾	7	0,8	23	2,1	51	5,2	93	7,8	174	4,2
Causa externa	56	6,5	317	29,6	224	22,9	262	22,1	859	20,9
Otros	12	1,4	1	0,1	2	0,2	1	0,1	16	0,4
Resultados										
Positivo	419	48,3	723	67,5	621	63,5	860	72,6	2.623	63,9
Confirmación	53	6,1	56	5,2	94	9,6	67	5,7	270	6,6
Negativo ⁽⁵⁾	202	23,3	166	15,5	158	16,1	138	11,7	664	16,2
Ilocalizable ⁽⁶⁾	155	17,8	111	10,4	88	9	90	7,6	444	10,8
Otros	39	4,5	15	1,4	18	1,8	29	2,4	101	2,5
Total	868	100	1.071	100	979	100	1.184	100	4.102	100

(1) Mejorables en concepto: boletines en blanco, con causa improbable, con información insuficiente.

(2) Mejorables en forma: letra ilegible, abreviaturas.

(3) Entidad mal definida según criterios (CIE-10, capítulo XVIII).

(4) Aviso: causas infrecuentes o de especial relevancia en salud pública.

(5) Negativo: no recuerda, no colabora, no más información.

(6) Ilocalizable: sin teléfono, cambio de dirección, contestador.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 17 a 20 (del 25 de abril de 2010 al 22 de mayo de 2010). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados			
	Semana 17			Semana 18			Semana 19			Semana 20			Semanas 17 a 20			
	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	
Gripe	78	99	117	96	115	106	85	103	103	71	81	120	330	398	398	
Tuberculosis Respiratoria	2	8	6	3	4	4	5	9	7	1	6	5	11	27	22	
Legionelosis	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	2	
Hepatitis A	0	1	0	3	0	1	0	2	1	0	1	0	3	4	4	
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	
Toxiinfecciones alimen.	4	4	2	2	2	0	0	4	4	0	2	1	6	12	8	
Varicela	352	184	278	270	317	317	349	278	362	340	376	376	1.311	1.155	1.398	
Sarampión	8	0	0	6	0	0	1	0	0	3	0	0	0	18	0	0
Parotiditis	0	2	2	1	2	1	2	3	2	5	3	2	8	10	7	
Tosferina	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	
Enfermedad Meningoco.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
Otras Meningitis	2	1	1	4	0	1	1	0	2	2	1	1	9	2	5	
Sífilis	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	3	3	3	
Infección Gonocócica	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	
Fiebre Exantemática	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	1	
Paludismo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

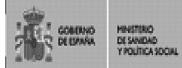
Porcentaje de declaración (*).

Semanas 17 a 20 (del 25 de abril de 2010 al 22 de mayo de 2010).

Municipios	Población	% de	Municipios	Población	% de
	(Padrón 2009)	declaración		(Padrón 2009)	declaración
Abanilla	6.589	100,00	Calasparra	10.759	75,00
Abarán	12.991	100,00	Campos del Río	2.210	100,00
Águilas	34.533	83,65	Caravaca de la Cruz	26.415	92,86
Albudeite	1.369	100,00	Cartagena	211.996	100,00
Alcantarilla	41.084	100,00	Cehegín	16.235	95,83
Aledo	1.066	25,00	Ceutí	10.174	100,00
Alguazas	8.978	100,00	Cieza	35.200	100,00
Alhama de Murcia	19.860	100,00	Fortuna	9.583	100,00
Archena	18.202	88,24	Fuente Álamo de Murcia	14.876	100,00
Beniel	10.933	100,00	Jumilla	25.685	98,68
Blanca	6.370	100,00	Librilla	4.534	100,00
Bullas	12.493	90,00	Lorca	91.906	72,35

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Programa de Vigilancia de la Salud de los trabajadores expuestos al Amianto.



Los efectos de la exposición a cualquier sustancia tóxica dependen de la dosis, la duración, la exposición, hábitos, características personales y de la presencia de otras sustancias químicas.

La exposición al amianto ocurre generalmente al respirar aire contaminado en lugares de trabajo que usan o manufacturan amianto. También se encuentra en el aire de viviendas que están siendo destruidas o renovadas. La exposición al amianto puede producir problemas serios en los pulmones y además causar cáncer.

Los minerales de amianto tienen fibras largas y resistentes que se pueden separar y son suficientemente flexibles como para ser entrelazadas y también resisten altas temperaturas. Debido a estas características, el amianto se ha usado para una gran variedad de productos manufacturados, principalmente en materiales de construcción (tejas para techo, baldosas y azulejos, productos de papel y productos de cemento con amianto), productos de fricción (embrague de automóviles, frenos, componentes de la transmisión), materias textiles termorresistente, envases, empaquetaduras, y revestimientos. Algunos productos de vermiculita o de talco pueden contener amianto.

En Diciembre de 2001 España prohibió la comercialización y la utilización del crisotilo (amianto blanco), otras variedades más perjudiciales para la salud se prohibieron en 1984 y 1993.

Por este motivo se va a poner en marcha el registro de casos de trabajadores expuestos al amianto.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 17 a 20 (del 25 de abril de 2010 al 22 de mayo de 2010). Distribución semanal

	Áreas de Salud										REGIÓN
	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Oriental	TOTAL				
Población (Padrón 2009)	553.154	382.114	170.663	74.357	60.710	205.522	1.446.520				
Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.				
Enfermedades											
Gripe	66	1.610	30	582	87	821	89	505	10	227	48
Tuberculosis Respiratoria	3	23	2	18	1	3	1	7	2	7	2
Legionelosis	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis A	3	14	0	5	0	3	0	0	0	0	4
Hepatitis B	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1
Toxiinfecciones alimen.	2	70	4	4	0	0	0	0	0	0	2
Varicela	328	965	440	1.600	226	913	247	811	4	9	66
Sarampión	2	2	0	0	0	0	0	2	16	84	0
Parotiditis	3	13	1	9	1	1	0	0	3	5	0
Tosferina	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1
Enfermedad Meningoco.	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Otras Meningitis	0	6	1	7	8	17	0	0	0	0	2
Sífilis	2	10	1	6	0	2	0	0	0	0	3
Infección Gonocócica	2	5	0	4	0	0	0	0	0	0	3
Fiebre Exantématica	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Paludismo	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).

Semanas 17 a 20 (del 25 de abril de 2010 al 22 de mayo de 2010).

Municipios	Población	% de	Municipios	Población	% de
	(Padrón 2008)	declaración		(Padrón 2008)	declaración
Lorquí	6.996	100,00	Torre Pacheco	31.495	100,00
Mazarrón	35.221	100,00	Torres de Cotillas, Las	21.062	57,69
Molina de Segura	64.065	97,62	Totana	29.211	63,64
Moratalla	8.455	87,50	Ulea	939	100,00
Mula	16.941	84,62	Unión, La	17.737	100,00
Murcia	436.870	99,76	Villanueva del Río Segura	2.270	62,50
Ojós	584	75,00	Yecla	35.025	93,52
Pliego	4.034	100,00	Santomera	15.319	100,00
Puerto Lumbreras	13.947	100,00	Alcázares, Los	15.619	100,00
Ricote	1.519	62,50			
San Javier	31.432	100,00	Total Región	1.446.520	95,02
San Pedro del Pinatar	23.738	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.



P Elliott y colaboradores¹ acaban de publicar un estudio con el objetivo de analizar si el riesgo de cáncer en la primera infancia está asociado a la exposición de la madre a las radiofrecuencias de las antenas de telefonía móvil durante el embarazo. Para ello, han realizado un estudio de casos y controles, que ha incluido a 1397 niños británicos diagnosticados de leucemia o un tumor en el cerebro o sistema nervioso central entre 1999 y 2001, y los han comparado con cuatro controles poblacionales, apareados por sexo y fecha de nacimiento. Según el abstract, no se ha encontrado asociación entre la proximidad a las estaciones de telefonía móvil de la madre durante el embarazo y el riesgo de cáncer en la infancia. Los resultados de los estudios sobre agrupaciones de casos de cáncer en la vecindad de las antenas de telefonía, la forma más frecuente de presentación del problema en nuestro entorno, son difíciles de interpretar por el bajo número de casos y por los posibles sesgos de información y de selección llevando en general a resultados negativos pero no concluyentes. Los resultados de este estudio son importantes para clarificar un tema de gran preocupación social.

1. Elliott P, Toledano MB, Bennett J, Beale L, de Hoogh K, Best N, Briggs DJ. Mobile phone base stations and early childhood cancers: case-control study. BMJ. 2010 Jun 22;340:c3077. doi: 10.1136/bmj.c3077.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 21 a 24 (del 23 de mayo de 2010 al 19 de junio de 2010). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 21			Semana 22			Semana 23			Semana 24			Semanas 21 a 24		
	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana
Gripe	43	115	71	56	55	55	44	23	57	59	44	50	202	237	237
Tuberculosis Respiratoria	4	4	4	3	6	6	5	3	5	3	3	5	15	16	18
Otras Tuberculosis	1	3	2	0	2	1	0	0	1	2	1	1	3	6	5
Hepatitis A	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	0	0	3	3	4
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	1	3	2
Toxiinfecciones alimen.	4	1	1	0	23	12	2	0	16	0	0	1	6	24	30
Varicela	368	302	445	372	370	447	490	274	471	276	310	480	1.506	1.256	1.903
Sarampión	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Parotiditis	1	3	1	0	0	1	3	1	2	0	0	1	4	4	7
Otras Meningitis	2	1	3	3	2	2	4	3	3	2	4	2	11	10	10
Sífilis	0	1	1	4	4	2	1	1	1	1	0	1	6	6	5
Infección Gonocócica	1	0	1	0	0	0	1	0	2	1	1	1	3	1	4
Fiebre Exantemática	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).

Semanas 21 a 24 (del 23 de mayo de 2010 al 19 de junio de 2010).

Municipios	Población	% de	Municipios	Población	% de
	(Padrón 2009)	declaración		(Padrón 2009)	declaración
Abanilla	6.589	100,00	Calasparra	10.759	61,11
Abarán	12.991	100,00	Campos del Río	2.210	100,00
Águilas	34.533	79,81	Caravaca de la Cruz	26.415	100,00
Albudeite	1.369	100,00	Cartagena	211.996	100,00
Alcantarilla	41.084	100,00	Cehegín	16.235	95,83
Aledo	1.066	12,50	Ceutí	10.174	100,00
Alguazas	8.978	100,00	Cieza	35.200	100,00
Alhama de Murcia	19.860	100,00	Fortuna	9.583	100,00
Archena	18.202	85,29	Fuente Álamo de Murcia	14.876	100,00
Beniel	10.933	100,00	Jumilla	25.685	94,74
Blanca	6.370	100,00	Librilla	4.534	100,00
Bullas	12.493	87,50	Lorca	91.906	75,00

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 21 a 24 (del 23 de mayo de 2010 al 19 de junio de 2010). Distribución semanal

	Áreas de Salud										REGIÓN			
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2009)	553.154		382.114		170.663		74.357		60.710		205.522		1.446.520	
Casos Acumul.	Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.			
Enfermedades														
Gripe	40	1.650	18	600	40	861	84	589	0	227	20	633	202	4.560
Tuberculosis Respiratoria	4	27	4	22	2	5	2	9	0	7	3	9	15	79
Otras Tuberculosis	0	2	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	3	8
Hepatitis A	0	14	0	5	1	4	0	0	0	0	2	6	3	29
Hepatitis B	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	1	6
Toxiinfecciones alimen.	6	76	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	6	82
Varicela	436	1.401	446	2.046	297	1.210	233	1.044	5	14	89	401	1.506	6.116
Sarampión	1	3	0	0	0	0	0	2	0	84	1	1	2	90
Parotiditis	1	14	2	11	0	1	0	0	1	6	0	0	4	32
Otras Meningitis	1	7	2	9	3	20	0	0	1	1	4	46	11	43
Sífilis	3	13	3	9	0	2	0	0	0	0	0	0	6	24
Infección Gonocócica	2	7	0	4	0	0	0	0	0	0	1	4	3	15
Fiebre Exantemática	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3
Brucelosis	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).

Semanas 21 a 24 (del 23 de mayo de 2010 al 19 de junio de 2010).

Municipios	Población		% de declaración		Municipios	Población		% de declaración	
	(Padrón 2008)					(Padrón 2008)			
Lorquí	6.996		100,00		Torre Pacheco	31.495		100,00	
Mazarrón	35.221		100,00		Torres de Cotillas, Las	21.062		98,08	
Molina de Segura	64.065		95,24		Totana	29.211		77,27	
Moratalla	8.455		81,25		Ulea	939		75,00	
Mula	16.941		88,46		Unión, La	17.737		100,00	
Murcia	436.870		99,76		Villanueva del Río Segura	2.270		50,00	
Ojós	584		100,00		Yecla	35.025		96,30	
Pliego	4.034		100,00		Santomera	15.319		100,00	
Puerto Lumbreras	13.947		90,38		Alcázares, Los	15.619		100,00	
Ricote	1.519		75,00		Total Región	1.446.520		95,58	
San Javier	31.432		100,00						
San Pedro del Pinatar	23.738		100,00						

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

externas en la tabla 2) (20,9%); y las causas de muerte mejorables en concepto (15,6%), es decir, boletines con la causas de muerte en blanco, o con causas improbable, o con información insuficiente.

En cuanto a la evolución temporal, hemos observado que las llamadas por causas raras o relevantes en salud pública (aviso) han aumentado de 0,9% a 7,8%, y que también las causas externas han aumentado a lo largo del periodo pasando del 6,5% al 22,1% por la ampliación del criterio de llamada a un número mayor de códigos CIE. Los boletines mejorables en concepto registran una tendencia descendiente (22,8% a 10,5%). De 1991 a 2006 aumenta tendencia a obtener una respuesta positiva en 24,3 puntos porcentuales entre el cuatrienio inicial y el final.

Disminuye la tendencia a la respuesta negativa en casi 12 puntos. A la vez que decrece la proporción de médicos certificadores ilocalizados en 10,2 puntos porcentuales.

Discusión

Hemos de resaltar que también otros registros de mortalidad en España refieren programas de mejora de la calidad de la cumplimentación médica tras ser consultados por correo electrónico. Así, las CCAA de Asturias, Cataluña, Navarra, Castilla-La Mancha, La Rioja y Valencia, entre otras, muestran indicadores de calidad en la cumplimentación en sus publicaciones de estadísticas anuales (10-12). Dichos programas son similares en formato y estructura al instaurado en Cataluña (13) al inicio del traspaso de competencias de la administración general del Estado a las CCAA.

Así, en la mejor de las causas de muerte declaradas en Cataluña refieren en motivos de llamada, un 50% de entidades mal-definidas, un 47% de causas en blanco, y en resultados, un 68 % de resoluciones positivas, y en un 11% no se obtiene más información en los años 2001-2005 (14). Si comparamos los resultados entre Cataluña y Murcia, se observa que en un contexto igual de casos ilocalizables (11%), los resultados positivos serían bastante similares (68% contra 68,5%), siendo el periodo en dos 2 años más amplio (1999-2006) y un

número mayor de boletines investigados (652 contra 2.163) en Murcia. Por lo antes mencionado, sugerimos que la actividad del registro murciano de mortalidad puede haber influido positivamente en mejora regional de la calidad en la cumplimentación médica y judicial de las causas y circunstancias de la muerte, y lo estimamos adecuado, pertinente y de utilidad en la exactitud de las causas de muerte de las estadísticas de mortalidad. Esperamos poder constatar los resultados observados con nuevos estudios epidemiológicos.

Agradecimientos

A los médicos certificadores y personal de los juzgados, registros civiles y unidades de documentación de los centros del Servicio Murciano de Salud.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión, 1975. Washington DC, USA: OPS; 1979.
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10). Vol. 1-3. Washington DC: OPS; 1996.
3. Instituto Nacional de Estadística. Manual de causas de defunción (CIE-10). Versión 7.1. Madrid: INE; 2005. Documentos de trabajo. Actualizado en mayo de 2007.
4. Instituto Nacional de Estadística. INEBase. Salud. Defunciones según causa de muerte. Visitado, 13 agosto de 2010. Disponible en:
www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&p_ath=%2Ft15/p417&file=inebase&L=0
5. WHO. Global Health Observatory (GHO). Disponible en: www.who.int/gho/en/; Visitado, 13 agosto de 2010.
6. Consejería de Sanidad y Consumo. Estadísticas Básicas de mortalidad en la Región de Murcia. Visitado, 13 agosto de 2010. Disponible en:
www.murciasalud.es/pagina.php?id=82816&idsec=1296
7. Segura Benedicto A. La qualitat de les estadístiques de mortalitat a Catalunya [Tesi Doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona; 1986.
8. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Visitado, 13 agosto de 2010. Disponible en:
www.murciasalud.es/pagina.php?id=144972
9. Cirera L. et al. Estadísticas agregadas de mortalidad general. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. Región de Murcia. [Quatrienios 1996-99, 2000-03 y 2004-09]. Visitado, 13 agosto de 2010. Disponible en: www.carm.es/econet/sicrem/PU_mortalidadGeneral.pdf
10. Análisis de mortalidad por departamentos de salud de la Comunidad Valenciana 2006. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.; p. 17. Monografías sanitarias. Consultado en julio 2009. Disponible en: biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/EPI/RM/MORTALIDAD_06.PDF
11. Mortalidad en 2007. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Consultado en julio 2009. Disponible en: www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/Temas/Salud/Vacunacion%20y%20Epidemiologia/Estadisticas/Archivos/mortalidad_2007.pdf
12. Anàlisis de la mortalitat a Catalunya, 2006. Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya; 2006. p. 8. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2008. Consultado en julio 2009. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1932/mortalitat2006.pdf
13. Gispert R, Segura A, Domènech J, Salas T, Procupet A, Arnau J. Validación de la notificación de las causas de defunción a través de una encuesta telefónica. Gac Sanit, 1987; 2:58-62.
14. Molina P, Gibert A, Zaragoza S, Puigdefàbregas A, Gispert R, Domènech J. Mejora de las causas de muerte declaradas en el boletín estadístico de defunción mediante llamadas telefónicas. Catalunya 2001-2005. Gac Sanit 2007;21 (Espec Congr): 123.

dad y Consumo. Región de Murcia. [Quatrienios 1996-99, 2000-03 y 2004-09]. Visitado, 13 agosto de 2010. Disponible en: www.carm.es/econet/sicrem/PU_mortalidadGeneral.pdf

10. Análisis de mortalidad por departamentos de salud de la Comunidad Valenciana 2006. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.; p. 17. Monografías sanitarias. Consultado en julio 2009. Disponible en: biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/EPI/RM/MORTALIDAD_06.PDF

11. Mortalidad en 2007. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Consultado en julio 2009. Disponible en: www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/Temas/Salud/Vacunacion%20y%20Epidemiologia/Estadisticas/Archivos/mortalidad_2007.pdf

12. Anàlisis de la mortalitat a Catalunya, 2006. Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya; 2006. p. 8. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2008. Consultado en julio 2009. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1932/mortalitat2006.pdf

13. Gispert R, Segura A, Domènech J, Salas T, Procupet A, Arnau J. Validación de la notificación de las causas de defunción a través de una encuesta telefónica. Gac Sanit, 1987; 2:58-62.

14. Molina P, Gibert A, Zaragoza S, Puigdefàbregas A, Gispert R, Domènech J. Mejora de las causas de muerte declaradas en el boletín estadístico de defunción mediante llamadas telefónicas. Catalunya 2001-2005. Gac Sanit 2007;21 (Espec Congr): 123.

Autores

Consuelo Martínez y Lluís Cirera*. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

(*) Contacto Dr. Lluis.Cirera@carm.es Tel:+34 (9)68362039

FE DE ERRATA

En el boletín epidemiológico volumen 30. Número 729. Junio 2010 Estado de salud percibido en la población inmigrante en la Región de Murcia. Comparación con la población nativa a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006. Estudio Salud y Culturas.

En la página 108 falta el gráfico 3 cuyo título es "Estado de salud percibido como Mejor/Mucho mejor o Peor/Mucho peor al de lugar de origen". La nueva versión corregida posterior a la impresión del boletín está disponible en <http://murciasalud.es/bem>

Edita:
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo.
D. G. de Salud Pública.
Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:
Lluís Cirera, M.ª Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, José Saura, M.ª José Tormo.

Coordinadora de Edición:
Visitación García Ortúzar
Coordinadora Administrativa:
M.ª Carmen Martín Moya.
Suscripción: Envío Gratuito.
Solicitudes: Servicio de Epidemiología
ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia