Medio Ambiente

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.

Actuaciones genéricas

Ciudades saludables

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 33. 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.

33.1. En 1993 se pondrá en marcha una Comisión en la que estén representadas la Agencia Regional del Medio Ambiente y la Naturaleza, la Dirección General de Urbanismo, la Consejería de Sanidad 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.

Evaluación de impacto sobre la salud

Desde la aprobación del Reglamento de Actividades Molestas, Insalubles, Nocivas y Peligrosas en el año 1961, las diversas actividades (establecimientos, industrias, etc.) que se han puesto en marcha han sido reguladas por él, en mayor o menor medida. Actualmente, el citado reglamento sigue siendo el principal instrumento que se tiene para actuar de una manera preventiva sobre el medio que rodea al individuo y disminuir su influencia sobre la salud.

El Real Decreto Legislativo de Evaluación de Impacto Ambiental que normaliza el procedimiento de preservación de los recursos naturales y la defensa del medio ambiente de una serie de actividades de gran dimensión o trascendencia, se desarrolla desde una óptica medio ambiental y, aunque los efectos sobre la población también son considerados, la metodología utilizada quizá no sea la más eficaz en la determinación de los riesgos para la salud.

Por consiguiente y dado el masivo desarrollo de actividades nuevas que en los últimos años se están realizando, se hace necesario la elaboración de una metodología común que estime el impacto sobre la salud.

OBJETIVO 34. A partir de 1994 se creará un grupo de trabajo en el que estén representadas la Consejería de Sanidad y la Agencia Regional para el Medio Ambiente y la Federación de Municipios de la Región de Murcia para normalizar la metodología de evaluación de impacto sobre la salud de las actividades contempladas en la normativa vigente de evaluación de impacto ambiental y de actividades clasificadas.

Plan de emergencia

La Región de Murcia es, por su ubicación geográfica, una zona susceptible de padecer catástrofes naturales, además de otras situaciones especiales de riesgo.

La necesidad de establecer unas líneas generales de coordinación para la puesta en marcha de medidas de protección de la población ante contingencias, justifican un amplio desarrollo de un plan regional de emergencias.

OBJETIVO 35. **Para el año 1994 se desarrollará el Plan Sectorial de Emergencia Sanitaria de la Región, por parte de un grupo de trabajo en el que estén representadas las distintas Administraciones con competencias en este área (Protección Civil, Insalud, Consejería de Sanidad y Federación de Municipios). Este Plan deberá contemplar los criterios para la delimitación de funciones y la coordinación de acciones ante situaciones de catástrofes.**

Contaminación atmosférica

Los riesgos para la salud en relación con la contaminación atmosférica se circunscriben a los núbleos 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 refinería 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 (SO_2), partículas, dióxido de nitrógeno (NO_2) y plomo (Pb). Además de estos contaminantes se analizan: ozono (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, respiratorios 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.

Según 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 SO_2 para los criterios de Percentil 98 de la normativa y las zonas de Lo Campano y Polideportivo superan los valores guía para 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 –SO_2 y partículas– supera el valor de 250 ug/m^3). En total trece días episódicos por 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_2 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_2.

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_2 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 36. En el cuatrienio 1993-96 se mantendrán en Cartagena los valores de inmisión de SO2, partículas, dióxido de nitrógeno y plomo, por debajo de los valores límite.

36.1. Para fin del primer semestre de 1993 se habrá actualizado y completado el plan operativo de vigilancia e intervención con el objeto de evitar situaciones episódicas que ocasionen incidencia en la salud, en especial en los grupos de alto riesgo; asimismo, se supervisará el cumplimiento por parte de las industrias, de las medidas correctoras para el control de los niveles de emisión.

36.2. Se desarrollará durante 1993 la Red Regional de Previsión y Vigilancia de la Contaminación Atmosférica prevista en el Decreto 36/1992.

36.3. Antes del final del año 1994 se dotará a la Red de Vigilancia de los mecanismos adecuados para su conversión en una red de alerta capaz de prever, con la suficiente antelación, los episodios nocivos para la salud.

36.4. Se potenciará a lo largo del cuatrienio la renovación tecnológica y, en su caso, dentro de las competencias de la Administración Regional, el traslado de industrias contaminantes a zonas que no tengan influencia sobre la salud de la población.

OBJETIVO 37. Para 1995 se mantendrán, a nivel regional, los valores de inmisión de contaminantes por debajo de los valores guía establecidos para SO2, partículas y dióxido de nitrógeno, manteniéndose el plomo por debajo de los valores límite.

37.1. En 1994 se creará un grupo de trabajo que estudie y emita recomendaciones de aplicación de medidas de naturaleza urbanística para la disminución de los niveles de inmisión de contaminantes atmosféricos.

37.2. Para 1994 se establecerán, de manera regular, las medidas de inspección periódica de las emisiones de vehículos.

OBJETIVO 38. Para 1996 estarán caracterizados los principales contaminantes atmosféricos en Cartagena (incluidos los contaminantes secundarios, hidrocarburos y metales pesados) y se continuarán y ampliarán los estudios de la repercusión de los mismos sobre la salud.

38.1. Se promoverán y coordinarán las líneas de investigación encaminadas al estudio de los contaminantes atmosféricos y de sus efectos sobre la salud a través del Programa 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 superior 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 39. A partir de 1994 se prevendrá la aparición de nuevos puntos negros de contaminación por ruido, limitando y reduciendo el ruido en la fuente.

39.1. Durante 1993 se elaborará 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.

39.2. En 1994 se establecerán, de manera regular, 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. Es preciso, por tanto, 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 deberían 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 40. Para 1996 se realizará un seguimiento adecuado de las fuentes radiactivas de la Región.

40.1. Para 1994 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.

40.2. Para 1993 se establecerá un grupo de trabajo que determine las medidas de prevención y protección de la salud ante la instalación de nuevas fuentes de radiaciones electromagnéticas en la Región.

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 detectan 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 41. Para 1996 el 100% de los núcleos de población de la Región mayores de 50 habitantes dispondrán de agua de consumo potable superior a 100 litros/habitante/día y de garantía de abastecimiento de 24 horas ante eventuales problemas de suministro.

OBJETIVO 42. Para 1996 se alcanzarán todos los parámetros de calidad en aguas de consumo marcados por la C.E.

42.1. Para 1993 se consolidará el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo con la participación de los organismos correspondientes de la Administración (Consejería de Sanidad, Mancomunidad de los Canales del Taibilla, Confederación Hidrográfica del Segura), los municipios, así como las empresas suministradoras y distribuidoras.

42.2. Antes de fin de 1994 se habrán establecido los adecuados perímetros de protección para las captaciones de aguas destinadas al abastecimiento de consumo público.

42.3. Se alcanzarán para 1996 los objetivos de calidad de aguas prepotables que establece la normativa vigente en los puntos de captación.

42.4. En el período 1993-1996 se mantendrán los niveles de nitrato por debajo de las concentraciones máximas admisibles para aguas de consumo público.

42.5. Se reducirán para 1996 las concentraciones de sulfato y magnesio a niveles admisibles en aguas de consumo.

42.6. Durante el período 1993-1996 se monitorizarán 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 43. Para 1996 se depurarán adecuadamente el 40% de las aguas residuales generadas en la Región.

43.1. Para 1994 se elaborará una normativa regional sobre vertidos de aguas residuales que contemple las características de los mismos para su admisión a la red de alcantarillado y su posterior tratamiento, de manera especial los vertidos procedentes de centros sanitarios e industrias.

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

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

43.4. En 1995 se habrán suprimido los vertidos de aguas residuales, incluso depuradas, al Mar Menor.

43.5. Para 1996 se habrán 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 obser-

va 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 calificaciones 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.

Durante la temporada de baño 1992 las piscinas de la Región se adecuaron a la normativa regional (Decreto 52/1989 modificado por el Decreto 58/1992) en un porcentaje superior al 75%, tanto en sus condiciones técnico-sanitarias como en los parámetros de calidad de agua de baño.

OBJETIVO 44. Para 1996 el 80% de las aguas de baño marítimas de mayor nivel de uso alcanzarán la calificación de buena calidad, de acuerdo con los criterios de la C.E.

OBJETIVO 45. Para 1996 el 75% de las zonas de baño del litoral dispondrán de un dispositivo de servicios adecuado, que contemplará, al menos, limpieza de la arena, recogida de residuos, zonas de ducha, señalización y vigilancia, auxilio y salvamento.

OBJETIVO 46. Para 1994 el 100% de las piscinas de uso colectivo dispondrán de condiciones técnico-sanitarias y de calidad de agua de baño de acuerdo con la normativa regional.

Residuos urbanos, industriales, tóxicos y peligrosos

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. También 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 47. Para 1994 se habrá iniciado un programa de gestión integral de residuos sólidos urbanos y asimilables, a nivel regional.

47.1. Se elaborará, en 1993, un Programa 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.

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

47.3. Para 1996 el 50% de los puntos de vertido clandestino detectados estarán clausurados y regenerados.

OBJETIVO 48. Para 1996 estará en marcha un Programa Regional de Gestión de Residuos Tóxicos y Peligrosos dentro del marco del Plan Nacional de Residuos Tóxicos y Peligrosos.

48.1. Para 1993 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, así como la puesta en marcha de la infraestructura de control necesaria y la recuperación de las áreas afectadas.

48.2. En el año 1993 se elaborará el Registro de Productores de Residuos Tóxicos y Peligrosos, que contemplará la tipología, la cantidad generada y la localización geográfica de los citados residuos.

48.3. Para 1993 se habrá elaborado el Programa de Gestión de Residuos Sanitarios que funcionará con carácter regional en 1994.

OBJETIVO 49. A partir de 1993 se realizarán, a nivel regional, acciones de reducción, reutilización y reciclaje en origen.

49.1. En el cuatrienio 1993-1996 se dedicará el 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 centros escolares, asociaciones ciudadanas y organizaciones empresariales.

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

49.3. En 1994 estarán generalizados los dispositivos de recogida de papel, vidrio y pilas usadas en origen.

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.

En el año 1991 se notificaron al Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria 775 casos de Toxiinfección Alimentaria, lo que supone una tasa de incidencia de 76,4 por cien mil habitantes. El 79'8% de los casos (619) se agrupan en 65 brotes. De éstos, 26 brotes (40%) fueron de ámbito general, 34 (52'3%) ocurrieron en el ámbito familiar y en 5 brotes (7'7%) no se pudo precisar el terreno epidémico. La media de afectados por brote fue de 9'5% casos, requiriendo hospitalización el 20'5% de los afectados (127 pacientes).

Por otra parte, se han ido desarrollando, a través de la tecnología alimentaria, una gran cantidad y variedad de productos resultado de la manipulación de los procesos de producción o elaboración 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 (anabolizantes, 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 50. Durante el primer semestre de 1993 las diferentes Administraciones con competencias en materia alimentaria y/o actividades clasificadas (Consejería de Sanidad, Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, Consejería de Asuntos Sociales, Federación de Municipios y Agencia Regional de Medio Ambiente y Naturaleza) elaborarán los criterios para la delimitación de funciones y mecanismos de coordinación.

50.1. Se elaborarán, durante 1993, los criterios comunes para la realización de un censo regional de establecimientos relacionados con la alimentación.

50.2. A partir de 1993 se establecerán y pondrán en marcha los procedimientos a seguir de acuerdo con la normativa en materia de Actividades Clasificadas, Registro Sanitario y Registro de Industrias Agroalimentarias.

50.3. Para 1993 se establecerán las bases para la coordinación del control y las inspecciones que se realizan en materia alimentaria, así como tramitación de expedientes sancionadores.

50.4. En 1993 se diseñará un sistema de información que permita conocer de forma actualizada y fiable la producción y consumo de alimentos en la Región.

OBJETIVO 51. 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.C.), con prioridad para las industrias cárnicas y las relacionadas con la pesca.

OBJETIVO 52. Durante el período 1993-1996 las Consejerías de Agricultura, Ganadería y Pesca y Sanidad desarrollarán el programa regional de investigación sobre residuos en animales y carnes, en el marco del Plan Nacional.

52.1. Durante 1993 se desarrollará en el ámbito regional el R.D. 1.262/1989, por el que se aprueba el Plan Nacional de Investigación de Residuos en los Animales y en las Carnes Frescas.

OBJETIVO 53. Para finales de 1995 todas las Industrias Cárnicas y Pesqueras, incluyendo mataderos y lonjas de pescado, se habrán adaptado a las directrices de la C.E.

OBJETIVO 54. Para 1994 estarán reguladas y normalizadas las actuaciones en los puntos de venta y consumo.

54.1. Se elaborará en 1993 un programa específico de actuación dirigido a los puntos de venta y consumo de alimentos en la Región, con la participación de organizaciones de consumidores y organizaciones empresariales.

54.2. Durante el primer trimestre de 1993 las Consejerías de Agricultura, Ganadería y Pesca, de Sanidad y la Federación de Municipios de la Región de Murcia elaborarán una norma regional que desarrolle el R.D. 1.010/1985, sobre modalidades de venta fuera de un establecimiento permanente.

OBJETIVO 55. Para 1995 se modificará la tendencia ascendente de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria de ámbito general.

55.1. Se establecerán convenios entre la Consejería de Sanidad y los Gremios o Asociaciones en materia de manipulación de alimentos, tendentes a fomentar el autocontrol y las buenas prácticas higiénicas.

55.2. Para fin de 1995 todos los manipuladores de alimentos dispondrán del correspondiente carné actualizado.

55.3. Para 1996 se realizará, a través del Programa de Vigilancia y Control de Infecciones e Intoxicaciones Alimentarias, la investigación del 100% de los brotes de carácter general, aumentando el porcentaje de brotes con etiología conocida a un 60% y con factores contribuyentes conocidos a un 80%.

OBJETIVO 56. A partir del segundo semestre de 1993 se pondrá en marcha un programa de análisis de laboratorio que permita monitorizar 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 estén 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 carbunco 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 57. 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 las Consejerías de Sanidad, Agricultura, Ganadería y Pesca y la Federación de Municipios de la Región de Murcia.

OBJETIVO 58. La Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca intensificará, a partir de 1993, las acciones destinadas a la erradicación

de la brucelosis ovina-caprina, brucelosis y tuberculosis bovina y tuberculosis caprina.

OBJETIVO 59. Durante 1993, se establecerá un grupo de trabajo que elabore pautas de actuación para la prevención y control de la salmonelosis, brucelosis, leishmaniasis, hidatidosis y rabia.

OBJETIVO 60. Durante 1993 se diseñará un programa marco de actuación en materia de desinfección, desinsectación y desratización por parte de las Consejerías de Sanidad y de Agricultura, Ganadería y Pesca, la Agencia Regional para el Medio Ambiente y la Naturaleza y la Federación de Municipios de la Región de Murcia.

60.1. Se revisarán en 1993 los criterios de autorización de industrias y se elaborará un Registro de Empresas relacionadas con la desinfección, desinsectación y desratización.

60.2. Durante 1993 se elaborará 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, que se pondrá en marcha a partir de 1994.

Salud laboral

En el conjunto del análisis de Salud Laboral se identifican una serie de factores condicionantes de la siniestralidad laboral en la Región de Murcia, entre los que destacan los siguientes:

- Dispersión funcional y falta de coordinación normativa de los organismos directamente relacionados con Salud Laboral.

- Desviación de accidentes y enfermedades laborales hacia patología común.

- Insuficiente información y sensibilización de empresarios y trabajadores sobre riesgos laborales y su prevención.

- Insuficiencia de los programas de formación general (trabajadores) y técnica (profesionales) en Salud Laboral en los planes de estudio.

- Insuficiente cobertura de los servicios de prevención, sobre todo en la mediana y pequeña empresa, y baja implantación de los servicios médicos de empresa respecto de lo establecido en la normativa.

- Insuficiente orientación preventiva en el control del cumplimiento de la normativa vigente.

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%.

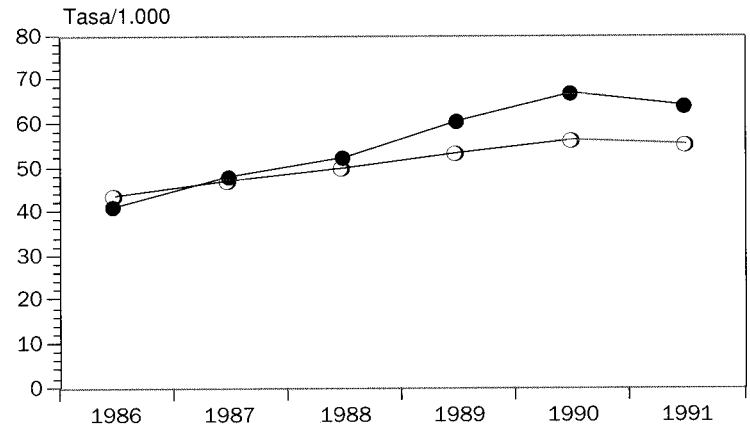
Los datos de evolución de la siniestralidad laboral desde 1986 a 1991 confirman la tendencia temporal creciente en la evolución de las tasas de accidentabilidad total en Murcia y en España, siendo mayor el incremento medio anual en Murcia (12,5% por 5,2%) (Tabla 5.1, Gráficas 5.1, 5.2 y 5.3)

TABLA 5.1. FRECUENCIA Y TASA ANUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES, GRAVES Y MORTALES. MURCIA. AÑOS 1986-1991

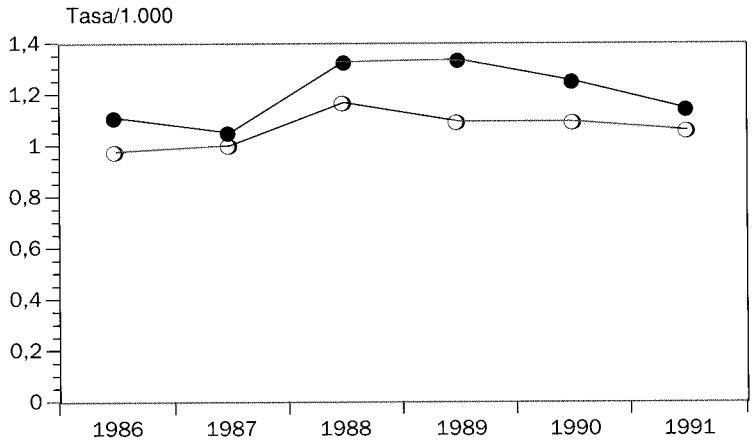
	TOTAL ACCIDENTES		ACC. GRAVES		ACC. MORTALES	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1986	11.054	41,25	297	1,11	16	0,060
1987	13.812	48,03	303	1,05	30	0,104
1988	15.881	52,06	402	1,32	31	0,102
1989	19.106	60,63	418	1,33	53	0,168
1990	21.855	66,68	409	1,25	43	0,131
1991	20.298	64,03	361	1,14	28	0,088

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

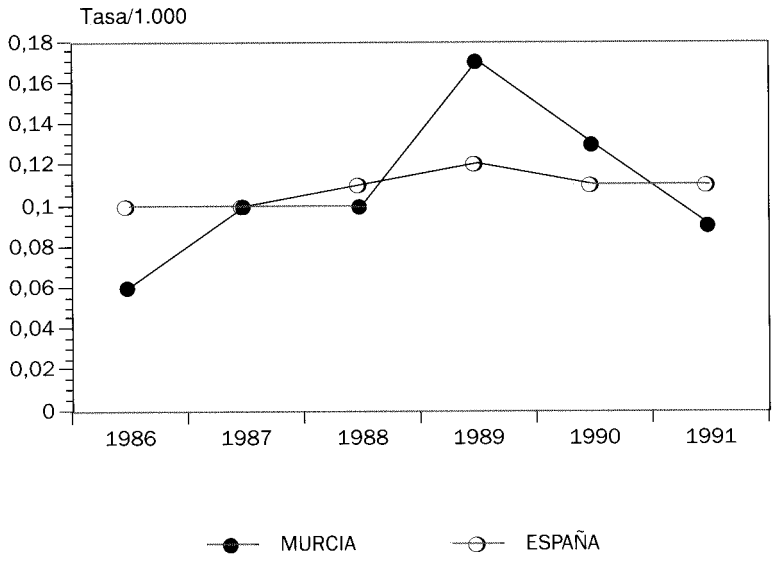
GRAFICA 5.1. ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



GRAFICA 5.2. ACCIDENTES DE TRABAJO GRAVES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



GRAFICA 5.3. ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES. EVOLUCION DE TASAS EN MURCIA Y ESPAÑA. 1986-91



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).

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 contrado 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 5.2 y 5.3).

TABLA 5.2. 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 5.3. 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 5.4).

TABLA 5.4. FRECUENCIA Y TASA ANUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. MURCIA-ESPAÑA. AÑOS 1986-91

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
MURCIA						
Casos	96	133	179	117	206	189
Tasas	0,36	0,46	0,59	0,37	0,63	0,59
ESPAÑA						
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 61. Para 1994 se elaborará de forma coordinada un Programa Regional de Salud Laboral.

61.1. En 1993 se creará una comisión técnica a nivel regional que unifique funcionalmente las actividades de las distintas Administraciones implicadas en salud laboral para la elaboración y desarrollo del Plan, que deberá contemplar acciones para el fomento de la salud de los trabajadores, prevención de riesgos laborales y organización de los dispositivos asistenciales.

OBJETIVO 62. 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 63. De aquí al año 1996 deberá establecerse 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 64. Para el año 1994 se habrá puesto en marcha un programa de control del cumplimiento de la normativa en salud laboral.

64.1. A partir de 1993 se promoverá y vigilará que las empresas con más de 100 trabajadores cuenten con un adecuado servicio médico de empresa. Igualmente, se fomentará que la mediana y pequeña empresa se beneficie de la asistencia de los servicios de prevención.

64.2. En el cuatrienio 1993-1996 se establecerá un programa coordinado entre la autoridad laboral y la sanitaria para el control preventivo del cumplimiento de la normativa vigente en salud laboral.

OBJETIVO 65. Durante el cuatrienio 1993-1996 se realizarán estudios de investigación orientados a la detección, prevención y control de riesgos laborales y condiciones de trabajo. Asimismo, se realizarán estudios sobre la trascendencia que, sobre la salud, ocasiona el desempleo.

65.1. Durante 1993 se iniciarán estudios para establecer la relación existente entre el desempleo y los problemas de salud.

65.2. A partir de 1993 se elaborará y pondrá en marcha un programa experimental de detección y prevención de la enfermedad profesional y enfermedades relacionadas con el trabajo a nivel de Atención Primaria de Salud.

65.3. En 1996 se habrán realizado proyectos de investigación sobre exposición de los trabajadores a contaminantes químicos de alto riesgo y mayor utilización, determinación de causas y factores desencadenantes de los accidentes con mayor índice de frecuencia y gravedad y estudio de las condiciones de trabajo y riesgos objetivos y percibidos en los sectores económicos con mayor frecuencia y tasa de accidentabilidad.

Accidentes de tráfico

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 66. En 1993 se diseñará un Programa Regional de Prevención y Control de Riesgos frente a los accidentes de tráfico.

66.1. Durante 1993 se elaborará, 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.

66.2. A partir de 1993, en el ámbito de la Comisión Regional de Tráfico, se realizarán los estudios pertinentes para la caracterización de los factores de riesgo de los puntos negros de accidentes de tráfico, con el objeto de eliminarlos de forma progresiva.

66.3. En el período 1993-1996 se realizarán actividades de información y educación a la población acerca de la problemática de los accidentes de tráfico y sus factores de riesgo, utilizando como estrategia básica la educación para la salud en educación primaria y extendiendo en 1995 la educación vial a la enseñanza secundaria.

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

67.1. Durante 1993 se pondrá en marcha un sistema de información para el conocimiento y seguimiento de la evolución de los accidentes infantiles.

67.2. En 1994 estará elaborado un programa de prevención de accidentes en la infancia, que priorizará las actuaciones a través de la escuela, incrementando 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. Dicho programa deberá garantizar la necesaria coordinación intersectorial.