

# **INDICE DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 2003-2007**

## **LA REGIÓN DE MURCIA. MARCO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL.**

- 1.- ENTORNO REGIONAL
- 2.- DEMOGRAFÍA
- 3.- SOCIOLOGÍA
- 4.- ECONOMIA
- 5.- OPINION/ NECESIDADES A NIVEL POBLACIONAL

## **LA SALUD DE LOS MURCIANOS Y SUS DETERMINANTES**

### **LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD**

- 6.- AÑADIR AÑOS A LA VIDA Y VIDA A LOS AÑOS, EVITANDO LA MORTALIDAD PREMATURA Y AUMENTANDO LA ESPERANZA DE VIDA.
- 7.- SALUD INFANTIL Y JUVENIL Y SALUD DE LAS MUJERES
- 8.- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: INCIDENCIA Y LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, HIPERTENSIÓN E HIPERCOLESTEROLEMIA.
- 9.- CÁNCER
- 10.- SIDA: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
- 11.- TUBERCULOSIS
- 12.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CALENDARIO VACUNAL INFANTIL
- 13.- OBESIDAD Y DIABETES
- 14.- ENFERMEDADES MENTALES
- 15.- DISCAPACIDAD
- 16.- SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA REGIÓN DE MURCIA
- 17.- ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS MÁS FRECUENTES: ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
- 18.- ASMA y EPOC EN LA REGIÓN DE MURCIA
- 19.- ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

### **VIVIR SALUDABLEMENTE Y CONDUCTAS DE RIESGO**

- 20.- LA PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES
- 21.- EJERCICIO FÍSICO.
- 22.- DIETA
- 23.- TABACO
- 24.- ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

## **RIESGOS AMBIENTALES**

- 25.- CALIDAD DE LAS AGUAS DE CONSUMO Y DE BAÑO.
- 26.- RADIACIONES ELECTROMAGNÉTICAS.
- 27.- CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA
- 28.- CONTROL DE RESIDUOS Y DE LA CONTAMINACIÓN DEL SUELO

## **SEGURIDAD ALIMENTARIA/ZOONOSIS**

- 29.- PROGRAMAS DE CONTROL OFICIAL DE ALIMENTOS
- 30.- CALIDAD SANITARIA DE LOS ALIMENTOS.
- 31.- BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS
- 32.- CONTROL DE ZOONOSIS
- 33.- PLAGUICIDAS, PRODUCTOS QUÍMICOS Y OTROS CONTAMINANTES
- 34.-CONTROL DE DETERMINADAS SUSTANCIAS Y SUS RESIDUOS EN ANIMALES VIVOS Y SUS PRODUCTOS.

## **LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS**

- 35.- LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO
- 36.- LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER MEDIANTE PROGRAMAS PREVENTIVOS DE ÁMBITO POBLACIONAL BASADOS EN LA DETECCIÓN PRECOZ
- 37.- LA PREVENCIÓN DEL SIDA
- 38.- LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO/ABUSO DE DROGAS
- 39.- LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION
- 40.- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE METABOLOPATÍAS Y ALTERACIONES GENÉTICAS
- 41.- CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

## **EL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

### **MACROMAGNITUDES DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA**

- 42.- ACTUACIONES DE FORMACIÓN Y RECURSOS HUMANOS EXISTENTES.
- 43. RECURSOS MATERIALES
- 44. USO DE LOS SERVICIOS
- 45.- ORDENACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. MAPA SANITARIO

### **EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

#### **ORGANIZACIÓN Y RECURSOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**

- 46.- INTRODUCCION. COMPETENCIAS. ORGANIGRAMA.
- 47.- EL CONTRATO DE GESTION
- 48.- NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN (FUNDACIONES, INSTITUTOS)
- 49.- POBLACIÓN PROTEGIDA, TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA, COBERTURA SANITARIA
- 50. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

#### **ATENCIÓN PRIMARIA**

- 51.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
- 52.- INFRAESTRUCTURA E INFORMATIZACIÓN
- 53. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA
- 54.- PERSONAL Y RATIOS.
- 55.- CARTERA DE SERVICIOS E INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
- 56.- INCAPACIDAD LABORAL
- 57.- FARMACIA
- 58.- PLANIFICACION FAMILIAR

#### **URGENCIAS-EMERGENCIAS-061**

- 59.- URGENCIAS-EMERGENCIAS-061

#### **ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

- 60.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA
- 61.- INFRAESTRUCTURAS
- 62.- PERSONAL, RATIOS.
- 63.- CARTERA DE SERVICIOS.
- 64.- INDICADORES DE ACTIVIDAD
- 65.- ACTIVIDAD CONCERTADA
- 66.- SALUD MENTAL Y ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES.
- 67.- CALIDAD

#### **68.- INVESTIGACION Y FORMACION**

# 1.- ENTORNO REGIONAL

Rafael Gomis Cebrian <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

## **1.1.- GENERALIDADES**

La Región de Murcia se localiza en el sureste de la Península Ibérica, ocupando una superficie de 11.314 km<sup>2</sup>, siendo su perímetro de 740 km, de los cuales 274 son marítimos peninsulares y 16 insulares. Más del 90% del territorio se sitúa en cotas inferiores a los mil metros de altitud, y la altura máxima se localiza en el municipio de Moratalla con 2.027 m (Sierra Seca, Revolcadores).

Su climatología se encuentra enmarcada dentro del tipo mediterráneo, con temperaturas medias anuales en torno a los 18º, medias de máximas de 25º y medias de mínimas de 12º. El elevado número de horas de sol (2.873 media de los últimos 20 años), contrasta con las escasas precipitaciones (272 l/m<sup>2</sup> de media para el mismo periodo). La capacidad de embalse es de 1.084 hm<sup>3</sup>, y la disponibilidad de agua en términos de litros/habitante/día es de 248, frente a los 326 de España

Existen 7 Parque Regionales y 2 Reservas Naturales, con una superficie total de 55.734 y 2.435 hectáreas, repectivamente. Los incendios forestales han afectado a un total de 883 hectáreas en el periodo 1995-2000, siendo la superficie repoblada para el mismo periodo de 1.276 hectáreas. Por contra, hay que hacer especial mención a que el año 1994 puede catalogarse como especialmente virulento en la Región en incendios, al afectar un total de 25.730 hectáreas.

El 24% de las tierras de la Región están destinadas a terreno forestal, el 54% a tierras de cultivo, el 1,5% a prados y pastizales y el resto a otras superficies. Esta distribución contrasta con la media del estado, en las que el terreno forestal total sube al 33% y los prados y pastizales al 13% y, por contra, la superficie de cultivo baja al 38%.

## **1.2.- CARRETERAS Y TRAFICO**

La red regional de carreteras en el año 2000 es de 14.599 km, de los cuales 251 km son autopistas y autovías, y 116 km carreteras de doble calzada. El parque de vehículos regional para el

mismo año es de 673.628, con una ratio de 605 vehículos por mil habitantes (España 590), de los cuales el 41% utilizan motores de gasoil y el 44% tienen una antigüedad superior a los 10 años. La matriculación de vehículos ha pasado de los 38.000 de 1995 a más de 59.000 del año 2000 (+55%), debido sobre todo al grupo correspondiente a turismos que asciende de 25.447 a 43.226 (+70%). El censo de conductores asciende a 664.557 de los que el 65% son varones, y se han producido 4.278 suspensiones de permisos de conducir. Se han producido en dicho año un total de 2.190 accidentes con víctimas (66% en zonas urbanas), que contabilizan un total de 3.831 víctimas con 163 fallecidos (77% de los fallecidos en zonas urbanas).

### **1.3.- VIVIENDA**

El número de recibos emitidos en relación a bienes inmuebles de naturaleza urbana en el año 2000 asciende a 833.302 lo que supone una base imponible total de más de 15 millones de €. La evolución del número de viviendas terminadas en la Región de Murcia muestra una tendencia ascendente para el periodo 1995-2000, con un mínimo registrado de 7.057 viviendas en 1995 y un máximo de 11.888 en el 2000. Para este último año, y según tipología, el 71% corresponden a viviendas libres y el resto a protección oficial, observándose un progresivo incremento de la construcción de vivienda libre en detrimento de la protección oficial, que ha pasado de representar porcentajes superiores al 45% hasta 1998, a cifras inferiores al 30% en los dos últimos años del periodo analizado. La comparación con España muestra que para el 2000, su porcentaje de viviendas libres sobre el total de viviendas asciende al 87%.

La evolución del precio medio del metro cuadrado de la vivienda en la Región para el periodo 1995-2000, muestra un incremento desde 396,10€ al inicio del periodo, hasta los 537,89€ en el último año (+35,8%). Respecto a España, el precio ha oscilado desde los 662,04€ hasta los 906,96€ (+37%), tendencias que se han visto incrementadas sustancialmente hasta la actualidad. Las principales características de los edificios residenciales en el año 1999 pueden resumirse en que el 51% son edificios de 1 o 2 plantas, con un número medio de plantas de 2,6 (España 50% y 2,7 respectivamente). El 89% son edificios de única vivienda, con un porcentaje de superficie útil con

relación a superficie construida del 54,8%, una superficie media útil por vivienda de 96,2 m<sup>2</sup> y con dos o más cuartos de baño en el 82% (España 83%, 57,7%, 96,6 m<sup>2</sup>, 78%, respectivamente).

#### **1.4.- EDUCACIÓN**

El número de centros docentes en funcionamiento en la Región para el curso 2000-2001 en educación infantil, primaria, enseñanzas medias y educación especial es de 672 de los cuales 530 son públicos, con un total de alumnos matriculados de 97.238 (+27% con respecto al curso 95/96).

En Educación Universitaria, se han matriculado en la Región para el curso 2000/2001 un total de 39.357 alumnos (+12% con respecto al curso 95/96). La Universidad de Murcia, con 29.437 alumnos, es con mucho la más numerosa en matriculaciones, aunque presenta una tasa de variación negativa con respecto al curso anterior (-3.72), dirigiéndose su oferta de estudios principalmente hacia licenciaturas (60%) y diplomaturas (34%). La Universidad Politécnica de Cartagena destina, obviamente, el 52% de su matriculación hacia arquitecturas e ingenierías técnicas y, finalmente, la Universidad Católica San Antonio, con 3.880 alumnos es la que presenta la más alta tasa de variación (42%) por las numerosas incorporaciones recientes en su oferta de estudios.

#### **1.5.- MAPA ELECTORAL**

El espectro político resultante de las elecciones autonómicas celebradas el 13 de Junio de 1999 estableció una composición de la Asamblea Regional en el que el Partido Popular obtuvo mayoría absoluta con 26 escaños (52,84% de los votos), seguido del Partido Socialista Obrero Español con 18 (35,91%) e Izquierda Unida con 1 escaño (7%). El escrutinio se realizó sobre un total de 616.397 votos emitidos para un censo electoral de 911.054 (participación del 67,66%).

Respecto a las elecciones generales del 12 de Marzo del 2000, se incrementó la participación al 73,54% del censo electoral, obteniendo los partidos anteriormente mencionados unos resultados del 58,08%, 32,38% y 6,24% de los votos respectivamente, frente a unos porcentajes obtenidos en España del 44,52%, 34,16% y 5,45% para los mismos partidos políticos.

## **BIBLIOGRAFIA**

Resumen elaborado íntegramente a partir de los datos recogidos en:

Consejería de Economía y Hacienda. Anuario Estadístico de la Región de Murcia 2001. Tomo I: Datos Regionales. Murcia. Imprenta Regional. 2002.

## 2.- DEMOGRAFÍA

Lauro Hernando Arizaleta.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

## 2.1.- NOTAS METODOLÓGICAS.

En el año 1.996, coincidiendo con la elaboración del último Padrón Municipal (referido a 1 de mayo), se modificó la legislación, estableciéndose un sistema de gestión continua e informatizada de los Padrones Municipales, coordinados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este cambio ocasionó que no existan datos oficiales de población para 1.997 y que, a partir de 1.998, se genere una nueva serie de datos (referidos a 1 de enero) que constituyen las cifras oficiales de población, publicadas anualmente mediante Real Decreto.

Para la valoración conjunta de las series de población anteriores a 1.988, conviene recordar que, de manera comparativa, los valores que proporcionan los Censos (elaborados por el INE, en los años acabados en 1) son inferiores a los que proporcionaban los Padrones Municipales (elaborados por los Ayuntamientos, en los años acabados en 6) y, a su vez, inferiores a las actualizaciones anuales del Padrón hasta 1.995.

Ya que en la actualidad las cifras de los Censos de Población tienen consideración puramente estadística, no se han utilizado los resultados del Censo de 2.001. Aunque puede ser ilustrativo comentar que, comparando las cifras globales de población del Censo de 2.001 (a 1 de noviembre) con las del Padrón continuo del 2.001 (a 1 de enero): España disminuye un 0.7% su población, las únicas CC AA que aumentan sus efectivos son: Castilla-La Mancha (0,31%), Aragón (0,37%), Murcia (0,61%), Madrid (0,95%) y La Rioja (2,33%).

*Las fuentes primarias de información utilizadas han sido:*

- Población Europea: Eurostat. Accesible en <http://www.europa.eu.int/comm/eurostat>. © Comunidades Europeas, 1995-2002.
- Población de España y Murcia, Movimiento Natural de la Población: INE. Accesible en: <http://www.ine.es>, salvo nacimientos en la Región de Murcia para 2.000 y 2.001 que es el Centro

Regional de Estadística (CRE). Dirección General de Economía y Estadística. Consejería de Economía y Hacienda. Datos provisionales, comunicación telefónica.

- Demografía intra-regional: Econet Dirección General de Economía y Estadística. Consejería de Economía y Hacienda. Accesible en: <http://www.carm.es/econet/>

Los ajustes de población se han realizado por interpolación aritmética.

## **2.2.- LA POBLACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA, EVOLUCIÓN EN 1.991-2.001.**

A 1 de enero de 2.001, La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tiene 1.190.378 habitantes, lo que representa un 2.9% de la población de España (41.116.842 habitantes), ocupando el lugar undécimo de las CC AA y la primera entre las uniprovinciales. Con las cifras correspondientes al año 2.000, la Región suponía un 0.3% de la población de la Unión Europea (376.481.775 habitantes).

Entre 1.991 y 2.001, el crecimiento anual medio de la población de la Región de Murcia ha sido de un 1.38%, 2.4 veces superior al de España (0.58%) y 4.1 veces superior al de la Unión Europea (0.34% hasta 2.000). El rango del crecimiento de la población por CC AA oscila entre Castilla y León (-0.26%) y Las Canarias (1.93%) y Les Illes Balears (2.39%), únicas CC AA que superan a la Región. De forma genérica se aprecia que el crecimiento poblacional es mayor en los últimos tres años del periodo mencionado, tabla 2.1.

Tabla 2.1: Evolución de la población de la Región de Murcia y España, 1.991-2.001

	1,991	1,998	1,999	2,000	2,001	1,991-1,995	1,996-2,000
<b>Región de Murcia</b>							
Población	1.045.601	1.115.068	1.131.128	1.149.328	1.190.378		
Crecimiento anual	0,7	1,4	1,6	3,4		1,0	1,7
Tasa Bruta Natalidad	13,2	11,6	11,8	12,6	13,1		
Tasa Bruta Mortalidad	8,1	8,2	8,7	8,2	8,1		
Nacimientos	13.790	12.790	13.099	14.195	14.986	65.974	65.712
Defunciones	8.480	9.060	9.692	9.270	9.211	42.132	45.467
Crecimiento Vegetativo	5.310	3.730	3.407	4.925	5.775	23.842	20.245
Crecimiento Migratorio	-1.567	12.330	14.793	36.125		29.305	68.641
Crecimiento Total	3.743	16.060	18.200	41.050		53.147	88.886
% Vegetativo	142	23	19	12		45	23
% Migratorio	-42	77	81	88		55	77
<b>España</b>							
Población	38.872.268	39.852.651	40.202.160	40.499.791	41.116.842		
Crecimiento anual	0,7	0,9	0,7	1,5		0,4	0,7
Tasa Bruta Natalidad	10,2	9,3	9,6	9,9	10,0		
Tasa Bruta Mortalidad	8,7	9,1	9,4	9,0	8,9		
Nacimientos	395.989	365.193	380.130	395.756	403.859	1.912.139	1.872.740
Defunciones	337.691	360.511	371.102	359.148	358.856	1.693.336	1.791.731
Crecimiento Vegetativo	58.298	4.682	9.028	36.608	45.003	218.803	81.009
Crecimiento Migratorio	-6.017	344.827	288.603	580.443		672.730	1.102.887
Crecimiento Total	52.281	349.509	297.631	617.051		891.533	1.183.896
% Vegetativo	112	1	3	6		25	7
% Migratorio	-12	99	97	94		75	93

Poblacion oficial a principio del periodo. Tasas por 1,000 habitantes. Fuente: INE. Elaboracion propia.

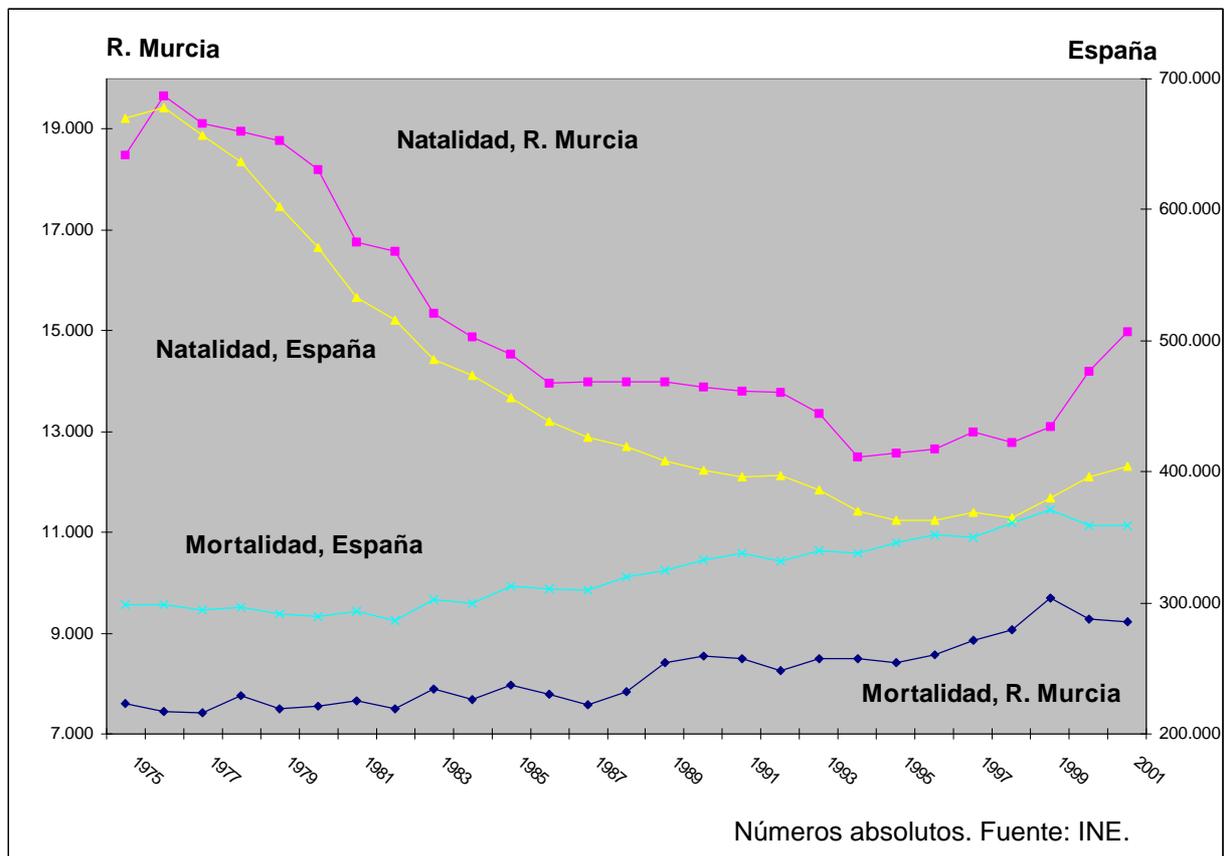
## 2.2.1 Algunas características del crecimiento poblacional.

### 2.2.1.1- Crecimiento vegetativo:

Las tasas brutas de *natalidad* en la Región de Murcia son siempre superiores a las de España. Ambas venían disminuyendo desde finales de los 70, alcanzando sus niveles más bajos a mediados de la década de los noventa. Las cifras observadas en el 2.001 tanto en la Región (14.986

nacidos, tasa de 13.1, la mayor de las CC AA), como en España (403.859 nacidos, tasa de 10) son similares a las de principios de la década de los 90 (tabla 2.1 y grafico 2.1).

Grafico 2.1: Natalidad y Mortalidad en la Región de Murcia y España, 1.975-2.001.



Sin embargo, si comparamos los nacidos vivos de madres residentes en la Región en función de la nacionalidad de la misma entre 1.996 y 2.000, observamos que, en 1.996, de los 12.649 nacidos vivos, 163 eran hijos de madre extranjera (1.3%). En 2.000 de los 14.195 nacidos vivos, 1.037 son hijos de madre con nacionalidad extranjera (7.3% del total), de los cuales 812 (5.7% del total) tienen la nacionalidad marroquí o ecuatoriana. Es decir: el 12% de incremento de los nacimientos se produce gracias a un aumento del 536% de los nacidos hijos de madre extranjera, ya que los nacidos de madre española aumentan un 5%.

El Índice Sintético de Fecundidad en la Región en 2.000, 1.51, aunque superior al de España (1.23), es inferior al de reposición, 2.1.

El número de *muertes* en la Región y España presenta un ligero aumento anual sostenido, consecuencia del crecimiento y envejecimiento de la población, su interpretación más exhaustiva se presentará en otro capítulo posterior (tabla 2.1 y gráfico 2.1).

Si sumamos los dos fenómenos presentados (natalidad y mortalidad) obtenemos el Crecimiento Vegetativo de la Población. Este indicador, que en el año 1.976 era de 12.206 personas en la Región y 378.449 para España, alcanza los niveles más bajos para la Región en el transcurso del año 1.999 (3.407 personas) y 1.998 para España (4.682 personas). De manera comparativa: en la Región en el año 1.999, el crecimiento vegetativo supuso un 3 por mil de la población; en España, en 1.998, un 0.1 por mil. Aunque la magnitud relativa del crecimiento vegetativo era 25 veces superior en la Región, en la práctica, la disminución de la natalidad provoca que el crecimiento vegetativo sea inapreciable.

#### *2.2.1.2- Movimientos migratorios:*

Expresar el saldo migratorio como el resultado de restar, al crecimiento de la población, el crecimiento vegetativo, presenta inconsistencias cuando no se utiliza la misma fuente para la población (por ejemplo, comparar actualizaciones del Padrón con Censo). Entre los años 1.998 y 2.000, son los últimos para los que se pueden realizar los cálculos con fuentes de población iguales (Padrón Continuo), tabla 2.1.

El año 2.000, el saldo migratorio de la Región (41.050 personas), fue un 144% superior al año anterior, por un 101% en el conjunto de España (580.443 personas).

Otra forma de acercamiento a los movimientos migratorios lo proporciona el estudio de la población residente en función del lugar de nacimiento. Según el Padrón Continuo de 2.000, un 14.5% de la población residente en la Región, no ha nacido en la misma (166.481 personas),

porcentaje inferior al observado en España (21.5%). Por el contrario, 205.417 personas nacidas en la Región están empadronadas en otras CC AA del Estado Español.

#### *2.2.1.3 –Evolución del patrón del crecimiento poblacional:*

Si en el quinquenio 1.991-1.995 el crecimiento poblacional de la Región de Murcia se realizaba de manera casi igual entre la parte vegetativa (45%) y la migratoria (55%), en el quinquenio 1.996-2.000, el crecimiento poblacional se realiza a expensas de los movimientos migratorios, que proporcionan un 77% del mismo, tabla 2.1. Aún mas, en el año 2.000, el 88% del crecimiento poblacional se debe a las migraciones, porcentaje que se eleva a un 91%, cuando descontamos de la natalidad los nacidos de madre residente en la Región con nacionalidad extranjera y los sumamos al saldo migratorio.

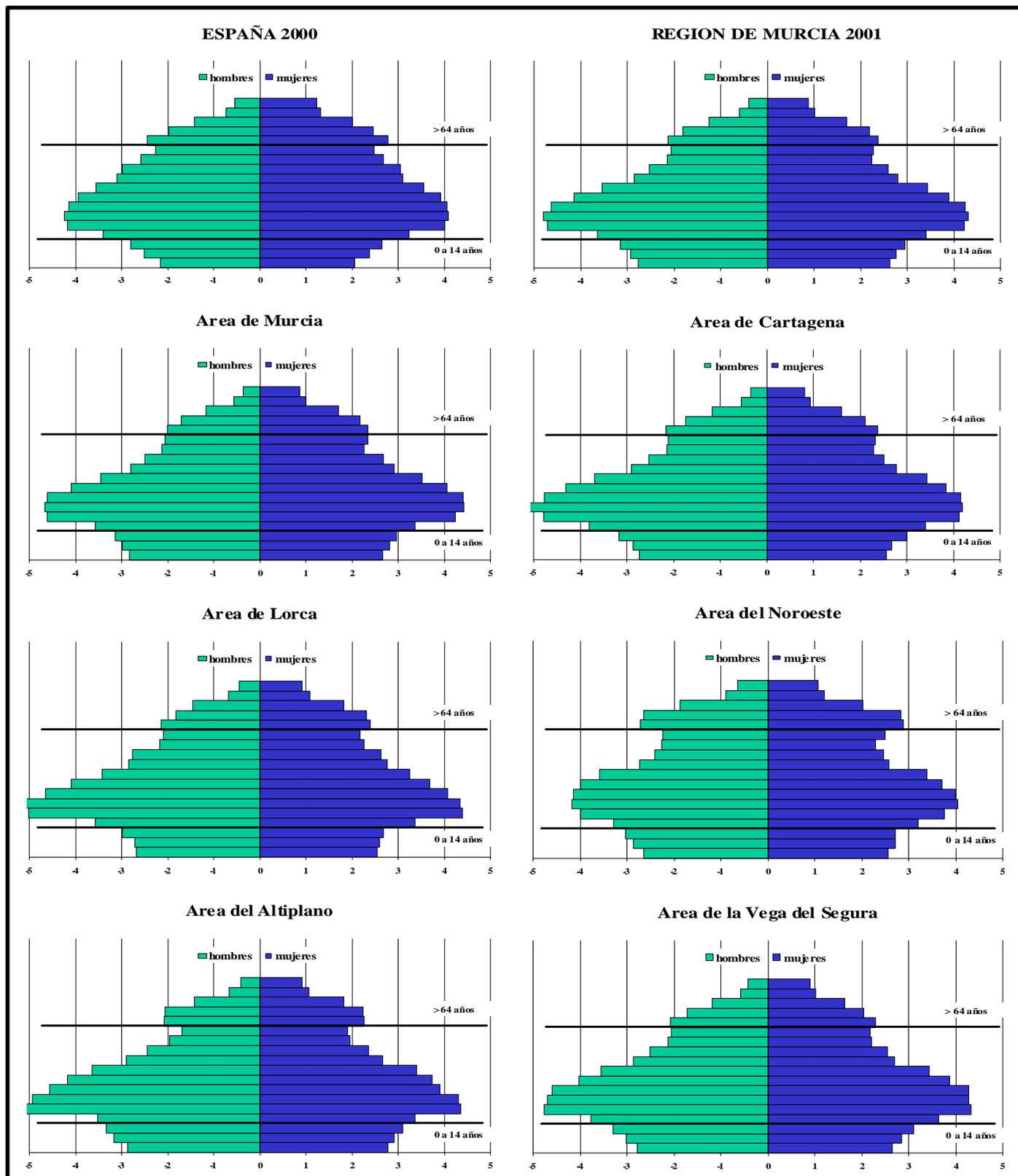
#### **2.2.2 Distribución de la población por edad y sexo.**

En el año 2.000, la estructura poblacional de la Región de Murcia, con respecto a España, se caracteriza por presentar un predominio del estrato joven, población de 0 a 14 años (un 17.7% en la Región por un 14.6 en España) y menor presencia del estrato de los mayores de 64 años (14.5% y 16.9%, respectivamente). Siendo el estrato medio equiparable, esto configura una pirámide poblacional envejecida en ambos casos.

En la evolución de las pirámides de población entre 1.991 y 2.000, se aprecia una tendencia al envejecimiento, con un aumento relativo de los mayores de 64 años superior al de España en su conjunto. Siendo la disminución del estrato de jóvenes en la Región (menores de 15 años) menor que en España (reflejo de una mayor natalidad) y en el resto de edades la evolución es similar.

La razón de masculinidad, similar entre la Región (0.97) y España (0.96) en 1.991, ha aumentado en la Región en el ultimo decenio (0.98). La única explicación consistente de este fenómeno es un predominio del género masculino en el saldo migratorio, factor al que apunta la pirámide de población de la Región, gráfico 2.2, donde se aprecia un acumulo de efectivos de genero masculino en los grupos de edad de 20 a 34 años.

Gráfico 2.2: Pirámides de población, Región de Murcia, sus Áreas de Salud y España (en % del total).



Si bien es normal una sobre representación del género masculino en los estratos jóvenes (en el nacimiento la razón oscila entre 1.05 y 1.07). Entre los 20 y 34 años, en España, en 1.991, la razón de masculinidad de la población era de 1.03, igual a la del 2.000, en la Región de Murcia se ha pasado del 1.02 (año 1.991) al 1.06 (2.000), llegando al 1.11 en el 2.001.

### **2.3 - LA POBLACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD, EVOLUCIÓN EN 1.991-2.001.**

Entre los años 1.991 y 2.001, la evolución de la población de los municipios de la Región ha seguido un patrón muy variado. Ciertos municipios pierden población de manera constante (Ojos (1.4% de media anual), Ulea (0.9%), Ricote (0.8%) y Moratalla (0.6%)). En el caso de Cartagena, con un escaso crecimiento en el primer quinquenio (0.3% de media anual), se acerca al crecimiento medio regional en el segundo periodo (1%, 0.9% de media anual en el decenio). Murcia (1.2% de media anual), se sitúa por debajo de la Región en el segundo quinquenio, mientras que Lorca (1.16% de media anual), dispara su crecimiento hasta un 7% en el último año. Los municipios que, en media anual, crecen más del doble que la Región (1.4%) son: San Pedro del Pinatar (3.5%), Santomera (3.6%), Fuente-Álamo (3.7%), San Javier (3.9%), Mazarrón (4.6%), Torre-Pacheco (4.6%) y Los Alcázares (12.4%, que pasó de 3.683 habitantes en 1.991 a 8.470 en 2.001).

En el análisis por Áreas de Salud se observa una ganancia de población (a expensas del último quinquenio) en la de Cartagena (que supone un 25.2% de la población regional en el 2.001) y Lorca (11.9%), el Área de Murcia crece por debajo de la Región, aunque agrupa a un 38.9% de la población total, tabla 2.4.

Tabla 2.4: Evolución de la población de las Áreas de Salud.

	Región			Área de Murcia			Área de Cartagena			Área de Lorca			Área del Noroeste			Área del Altiplano			Área Vega del Segura		
	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001	1,991	1,996	2,001
Población total	1.046	1.097	1.190	412	435	463	252	266	300	122	128	141	63	64	66	47	49	53	190	196	167
0 a 14	238	211	205	93	83	81	67	61	51	27	24	23	13	11	11	11	10	10	36	31	30
15 a 64	684	738	815	272	236	318	166	180	208	79	85	97	41	41	43	30	32	36	97	105	114
65 y más años	124	149	171	47	56	64	29	35	41	16	19	21	9	11	12	6	7	8	17	20	23
% del Total																					
0 a 14	22,7	19,2	17,2	22,6	19,2	17,4	22,8	19,2	17,0	22,2	18,4	16,2	20,0	17,8	16,5	23,6	20,3	18,2	24,1	20,1	17,7
15 a 64	65,4	67,2	69,5	66,0	67,9	69,7	65,8	67,7	69,2	64,6	66,6	68,7	65,2	64,8	64,7	62,8	64,7	66,9	64,7	67,0	68,4
65 y más años	11,8	13,5	14,3	11,3	13,0	13,9	11,4	13,1	13,8	13,2	14,9	15,1	14,8	17,4	18,8	13,4	15,1	14,9	11,2	12,8	13,9
Aumento anual medio																					
Población total		0,94	1,56		1,06	1,22		1,06	2,28		0,85	1,91		0,41	0,56		0,57	1,61		0,62	1,30
0 a 14		-2,55	-0,61		-2,34	-0,72		-2,50	-0,02		-3,03	-0,60		-1,98	-0,97		-2,85	-0,48		-2,95	-1,24
15 a 64		1,46	1,90		1,56	1,46		1,60	2,66		1,43	2,46		0,26	0,54		1,12	2,22		1,48	1,67
65 y más años		3,34	2,68		3,44	2,51		3,50	3,23		3,06	2,11		3,38	1,99		2,81	1,42		3,21	2,72
Razón de masculinidad	0,97	0,97	1,00	0,95	0,95	0,97	0,98	0,99	1,03	0,98	0,98	1,03	1,00	1,00	1,00	0,99	0,99	1,04	0,98	0,98	1,00
% de la Región	100	100	100	39,4	39,6	39,9	24,1	24,2	25,2	11,7	11,6	11,9	6,0	5,8	5,5	4,5	4,5	4,5	14,3	14,2	14,0

Población en miles de habitantes. Fuente: CRE. Elaboración propia.

Todas las Áreas presentan una pirámide de población envejecida, similar a la Regional (gráfico 2.2), aunque se pueden destacar varios hechos:

- El Área del Noroeste presenta el menor ritmo de crecimiento global, con el mayor nivel de envejecimiento.
- El Área de Cartagena presenta el mayor aumento en el estrato de los mayores (que podría ser debido a movimientos migratorios) y la mejor evolución de los estratos jóvenes.
- La razón de masculinidad no se distribuye de manera homogénea intra regionalmente. Salvo en el Noroeste, ha aumentado en todas las Áreas, sobrepasando el 1 en Cartagena (1.03, razón de masculinidad entre 20 y 34 años de 1.17), Altiplano (1.04 y 1.16) y Lorca (1.03 y 1.15).

## 2.4 - A MODO DE CONCLUSIONES.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se caracteriza por tener un ritmo de crecimiento superior a la media de España, con una fecundidad en fase de recuperación y una población envejecida.

Sin tener en cuenta *los movimientos migratorios*, en el próximo decenio es de esperar:

- Un descenso en el número de nacimientos debido a que se incorporan a la edad de procreación generaciones menos numerosas, aunque se pueda continuar con la recuperación del Índice de Fecundidad.
- Y un estancamiento/disminución relativo del peso de las personas mayores de 64 años, debido a la incorporación de las cohortes nacidas al final de la década de los años 30. Sin embargo las personas con edades superiores a los 74 años (las que presentan una mayor dependencia y necesidades de cuidados) seguirán aumentando.

Mas dificultades presenta estimar *la tendencia de los movimientos migratorios*, ya que dependerán, en gran medida, de la evolución de los sectores económicos que proporcionan empleo. En un entorno conservador, aunque no aumente la población inmigrante, parece razonable esperar un aumento de la reagrupación familiar, con incremento de la población femenina y de los nacimientos, debido a las características socioculturales de sus países de origen.

Tabla 2.2: Habitantes en función del lugar de nacimiento. Región de Murcia y España, 2.000.

	Total	misma C A		resto España		Extranjero	
		Nº Abs	%	Nº Abs	%	Nº Abs	%
Region de Murcia	1.149.328	982.847	85,5	128.708	11,2	37.773	3,3
España	40.499.790	31.789.760	78,5	7.237.572	17,9	1.472.458	3,6

Fuente: Padrón Continuo. INE

Tabla 2.3: Evolución de la población por edad. Región de Murcia y España. 1991, 1.996 y 2.000.

	España			Región de Murcia		
	1.991	1.996	2.000	1.991	1.996	2.000
Poblacion total	38.872.268	39.669.393	40.499.790	1.045.601	1.097.246	1.149.329
0 a 14	7.532.668	6.361.632	5.895.000	237.649	210.780	202.974
15 a 64	25.969.348	27.111.262	27.762.647	684.111	737.822	780.082
65 y más años	5.370.252	6.196.499	6.842.143	123.841	148.644	166.273
% del Total						
0 a 14	19,4	16,0	14,6	22,7	19,2	17,7
15 a 64	66,8	68,3	68,6	65,4	67,2	67,9
65 y más años	13,8	15,6	16,9	11,8	13,5	14,5
Aumento anual medio						
Poblacion total		0,4	0,5		0,9	1,1
0 a 14		-3,7	-2,0		-2,5	-1,0
15 a 64		0,8	0,6		1,5	1,4
65 y más años		2,7	2,4		3,3	2,7
Razon de masculinidad	0,960	0,957	0,959	0,969	0,973	0,984

Fuente: INE y CRE. Elaboración propia.

### **3.- SOCIOLOGÍA**

M<sup>a</sup> Angeles Ruiz Lapuente.<sup>1</sup>

Rafael Gomis Cebrián.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

### 3.1.- LA INTEGRACIÓN SOCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.

En este capítulo se introducen los objetivos y actuaciones de los Planes de ámbito Regional que se están desarrollando en respuesta a la diversidad de necesidades sociales de la población murciana. Asimismo, se tratan los temas de la inmigración y discapacidad que por su tendencia y magnitud se consideran especialmente relevantes.

#### 3.1.1.- Aspectos sociales de la inmigración.

En el fenómeno de la inmigración se han producido cambios legislativos que han condicionado su evolución más reciente, como son la publicación del Reglamento de la Ley 8/2000 que limita y pone fin a los procesos extraordinarios de regularización iniciados con la publicación de la Ley 4/2000, correspondientes a la regularización extraordinaria del año 2000, el retorno voluntario de ecuatorianos y la regularización por situación de arraigo. En virtud de estos procedimientos se regularizaron en el año 2001, 25.744 personas en la Región de Murcia . (1)

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) tanto en territorio nacional como regional se ha mostrado una tendencia creciente a la inmigración desde 1990 ( tabla 3.1.1.). La cifra de extranjeros con residencia legal en España en el año 2001 era de 1.109.060, de los cuales 27.512 tienen residencia en la Región de Murcia, lo que supone una tasa de 23,1 por 1000 habitantes que es inferior a la media nacional. (2)

Tabla 3.1.1.: Evolución de la población inmigrante de la Región de Murcia y España, 1.990-2.001

	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2001	Extranjeros
	Extranjeros	Extranjeros	Extranjeros	Extranjeros	Extranjeros	Extranjeros	Población	por 1000 hab.
ESPAÑA	407.647	430.422	538.984	801.329	895.720	1.109.060	41.116.842	26,9
R .MURCIA	3.422	7.550	7.939	16.319	22.823	27.512	1.190.278	23,1

Fte : INE

No obstante, parece que la cifra de extranjeros residentes podría ser bastante más elevada ya que se estima que en la Región de Murcia había 16.000 extranjeros residentes antes del inicio del proceso ordinario de regularización del 2000 y a que el número de extranjeros afiliados a la Seguridad Social en diciembre de 2001, igual a 33.420, era superior al indicado por el INE. De esta cifra, el 69 % fueron inscritas en el régimen agrario, 25,4% en el general y 3,7% en el de autónomos. Por lo tanto, es el sector agrario el mayoritario, donde los trabajadores extranjeros suponen el 35 % de los trabajadores agrarios en situación de alta en la Seguridad Social. En referencia a la nación de origen corresponde en su mayoría a Marruecos ( 49,9 %), seguida de Ecuador (30 %) y en un 6,5 % perteneciente a la Unión Europea. (1)

La distribución del colectivo inmigrante dentro de la Región está condicionada por el predominio de la agricultura intensiva. Así, son los municipios de Mazarrón, Los Alcázares, Fuente Álamo y Torre Pacheco, donde la población inmigrante alcanza alrededor del 20 % de la población total.

La aproximación al entorno social de este colectivo ha sido abordada en el diagnóstico de situación presentado en el Plan de Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2002-2004. La situación de irregularidad, precariedad y explotación laboral, las dificultades en la obtención de una vivienda, la marginación social y cultural, el desconocimiento del idioma y la mayor vulnerabilidad de los colectivos de menores, de adolescentes y mujeres han sido señalados como problemas prioritarios. Los objetivos generales del Plan encaminados a mejorar esta situación, enmarcados en el Área Social, son impulsar los instrumentos y organismos responsables de la política regional en materia de inmigración, conocer el perfil del inmigrante, favorecer su acceso a los recursos sociales, mantener e incrementar los programas de atención y acogida básica para prevenir situaciones de marginación y exclusión social y por último comprometer a la sociedad de acogida en la integración de los inmigrantes y corresponsabilizar a estos en dicho proceso.

En el Área de Salud, la elevada prevalencia de tuberculosis en la población extranjera, del 20 %, el desconocimiento del estado vacunal de la población adulta e infantil, la necesidad de realizar un

seguimiento de su estado vacunal y de inculcar un estilo de vida saludable en el colectivo, son problemas de salud destacados en el Plan (3)

### 3.1.2.- Los discapacitados y el Plan de Acción Integral

Para valorar la prevalencia de discapacidad se parte de la definición de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, que considera discapacidad a toda limitación grave que afecta o se espera que vaya afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Igualmente, una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

De acuerdo con esta misma fuente, en el año 1999 en el rango de edad de 6 a 64 años había 1.405.992 personas con discapacidad en España, de las cuales pertenecían a la Región de Murcia un total de 48.701, cifra que supone una tasa por 1000 habitantes igual a 55,9 que es superior a la media nacional igual a 45,9 y que la sitúa como la segunda CCAA con mayor número de discapacitados tras Andalucía.

En el grupo etario de mayores de 65 años, la Región de Murcia tiene 62.558 personas con discapacidades de las 2.077.652 del total español, lo que supone una tasa por 1000 habitantes de 404,9 muy superior a la media nacional que es de 322,1 y superior al resto de las CCAA. Las deficiencias que originan la discapacidad en este grupo de edad son con mayor frecuencia osteoarticulares, seguidas de las visuales ( tabla 3.1.2.1)

Tabla 3.1.2.1: Personas de 65 y más años con alguna discapacidad según los grupos de deficiencias que la han originado. Región de Murcia.

	Personas con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes de 65 y más años
TOTAL	62.588	404,90
Deficiencias mentales	9.054	58,60
Deficiencias visuales	19.699	127,50

Deficiencias del oído	15.050	97,41
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	1.493	9,66
Deficiencias osteoarticulares	29.008	187,75
Deficiencias del sistema nervioso	5.262	34,06
Deficiencias viscerales	6.802	44,03
Otras deficiencias	9.481	61,36
No consta	182	1,18

Fte: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

Las personas mayores de 65 años que presentan dificultades en la realización de actividades diarias, tanto a nivel nacional como regional, tienen un grado de discapacidad que es mayoritariamente severa y total. (Tabla 3.1.2.2.) (4) Consecuentemente son muchos los mayores que se ven muy limitados en actividades básicas, circunstancia que debe ser tenida en cuenta por su elevada magnitud en la planificación de recursos sociales.

Tabla 3.1.2.2: Personas de 65 y más años con discapacidades para las actividades de la vida diaria según el máximo grado de severidad.

	ESPAÑA		REGIÓN DE MURCIA	
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	1.423.961		45.452	
Discapacidad moderada	425.049	29,8 %	11.911	26,2 %
Discapacidad severa	479.870	33,7 %	17.647	38,8 %
Discapacidad total	487.843	34,3 %	15.712	34,5 %
No consta	31.199	2,2 %	182	0,5 %

Fte: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

Nota: Las actividades de la vida diaria consideradas son: realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

El proyecto de integración de discapacitados de la Región se encuadra en El Plan de Acción Integral para personas con discapacidad (2002-2004), que establece como objetivos básicos en el ámbito de lo personal, lograr el máximo de autonomía e independencia de la persona con discapacidad y en el ámbito de lo social, impulsar una presencia más activa y una mayor participación

de la vida económica y social de este colectivo. Como estrategias prioritarias se establecen entre otras la cooperación interinstitucional e intersectorial, la equidad en la distribución de recursos y la mejora de la calidad y eficiencia en los servicios (5).

### **3.1.3- Otras iniciativas sociales de ámbito regional**

A continuación se comentan las iniciativas sociales de ámbito regional que se están desarrollando a través de los distintos Planes.

El Plan Regional de Inclusión Social realiza una aproximación al fenómeno de exclusión social mediante la detección de factores y valoración de su incidencia entre la población en situación de riesgo. Se determinan como principales factores de exclusión social la pobreza económica que se establece por debajo del umbral del 60 % de la renta familiar media y grave por debajo del 30 % , la falta de empleo, la exclusión educativa, la inaccesibilidad a una vivienda adecuada y la exclusión a la salud y al ámbito de las relaciones sociales.

El Plan propone las distintas actuaciones para personas en situación de exclusión social: facilitar ayudas económicas a los hogares más desfavorecidos para posibilitar la superación de los niveles de pobreza extrema; establecer mecanismos de inserción laboral; favorecer el acceso a una vivienda; facilitar la integración educativa; potenciar el uso de recursos sanitarios en los términos de población general ; tutelar el proceso de incorporación social y por último corresponsabilizar a toda la sociedad en la prevención de los procesos de exclusión y en la solución a la marginación social. (6)

En el ámbito de la educación, el Instituto Nacional de la Calidad y Evaluación (INCE) sitúa la tasa de escolarización de la población española comprendida entre los 3 y 29 años de edad para el curso de 1996-1997 en torno al 64 % que sería similar en la Región de Murcia. No obstante, la distribución del porcentaje de analfabetismo, que es del 4 % en la Región, la desescolarización de menores y la proporción de personas con estudios inferiores a la enseñanza obligatoria no es homogénea, ya que afecta fundamentalmente a minorías étnicas y a otros hogares afectados por factores de exclusión.

En este sentido, El Plan Regional de Solidaridad en la Educación de la Región de Murcia (2001-2003) desarrolla la planificación en materia de compensación de desigualdades en el ámbito educativo. El destinatario es el alumnado de las enseñanzas no universitarias que se encuentra en determinadas situaciones desfavorables como la desventaja social o residir en un entorno rural, pertenecer a minorías étnicas o culturales, razones sociales familiares que impiden que pueda seguir un proceso normalizado de escolarización o que por decisiones judiciales o razones de salud necesite atención educativa fuera de las instituciones escolares.

En relación al incremento del alumnado extranjero que ha pasado de 1996 de 976 alumnos a 7910 en 2001 y cuyas características en relación a su procedencia, idioma y cultura son diversas, el Plan establece que se debe favorecer la integración socioeducativa y el desarrollo personal del mismo en el conjunto de la sociedad murciana (1).

Finalmente, mencionar que se está considerando el desarrollo de un programa específicamente dirigido al alumnado gitano que favorezca su integración escolar (6)

### **3.2.- A MODO DE CONCLUSIONES**

La evolución creciente de la población inmigrante en la Región, durante este último período requiere de actuaciones tendentes a favorecer su integración social y educativa que se enmarcan en los Planes Regionales de Integración Social de los Inmigrantes (2002-2004) y en el de Solidaridad en la Educación (2001-2003).

La Región de Murcia presenta una elevada prevalencia de discapacitados por encima de la media nacional y en el grupo de mayores de 65 años es también la CCAA con la tasa más elevada de discapacitados.

#### Bibliografía:

1. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 2001. Murcia 2002.
2. Migraciones. Instituto Nacional de Estadística. Accesible en: <http://www.ine.es>
3. Plan para la Integración Social de los Inmigrantes en la Región de Murcia (2002-2004). Murcia 2001 .
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Madrid 2001.
5. Plan Regional de Acción Integral para personas con discapacidad (2002-2004). Murcia .
6. Consejería de Trabajo e Inclusión Social. Plan Regional de Inclusión Social de la Región de Murcia 2001.

## **4.- ECONOMIA**

Rafael Gomis Cebrian <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

#### 4.1.- CRECIMIENTO ECONOMICO

Durante el año 2001, la economía de la Región de Murcia ha experimentado una notable ralentización en su ritmo de crecimiento, siendo éste uno de los rasgos más relevantes que se aprecia al analizar su comportamiento, que reproduce una característica ya habitual de ejercicios pasados como es el de obtener un crecimiento económico que no establece distancias con el español, susceptible de promover la corrección de las desigualdades de renta y riqueza que, por el contrario, se amplían. También se han producido otras características novedosas en este año como el de no converger a los niveles de producción y renta de la Unión Europea aunque, en la vertiente favorable, el leve avance registrado en la productividad del factor trabajo ha sido suficiente para superar al logrado en España.

Para el conjunto del período 1995-2001, el VAB pb a precios constantes ha crecido en Murcia a razón de una tasa interanual del 4,1% frente al 3,7% en España. Ese crecimiento diferencial, basado fundamentalmente en las mejores campañas agrarias y, en menor medida, en el conjunto de los sectores no agrarios, ha resultado insuficiente para corregir las desigualdades que Murcia mantiene con España en términos de producción y renta. La creciente interrelación de las economías desarrolladas está generando que las diferencias territoriales de crecimiento económico se acorten respecto a épocas pretéritas, como viene sucediendo en las últimas anualidades y, una vez más, ha pasado en el 2001, cuya desaceleración afectó a todas las comunidades autónomas que experimentan caídas comprendidas entre -0,9 puntos del País Vasco y -2,9 puntos en Andalucía (-1,07 Murcia).

La justificación de la divergencia de la economía regional respecto a los niveles de desarrollo españoles de los últimos años, viene dada por el índice de VAB pb por habitante del año 2001, que suponía en la región el 78,1% del español. En un año ha retrocedido 1,6 puntos porcentuales y 3,4 puntos desde 1997, cuando alcanzó el valor más elevado desde mediados de la pasada década. El índice regional de 2001 sólo supera a los de Andalucía (73,6%) y Extremadura (70,1%), pero mientras estas regiones convergen el promedio nacional (sus índices han aumentado 1,4 y 1,3 puntos respectivamente en igual período) Murcia se aleja, siendo su distancia respecto a la comunidad

autónoma con valor más elevado de 52,6 puntos (Madrid 130,7%). Dicha conclusión es idéntica si se utiliza el producto interior regional bruto por habitante, cuyo valor para el año 2001 es el 79% del nacional, tras reducirse 1,7 puntos respecto al año anterior y 2,9 puntos desde 1997.

La explicación más simple para explicar, al menos parcialmente, esta trayectoria declinante de la economía regional en términos por habitantes, atribuiría tal comportamiento al importante crecimiento de la población regional, que tanto por factores demográficos (una tasa de natalidad superior a la española y entre las más altas de las regiones españolas), como por la inmigración, aumenta a un ritmo significativamente superior al español. Desde 1995, el aumento de la población residente en Murcia ha sido del 8,84%, 2,4 veces la tasa nacional. El importante aumento de la población regional se concentra en la cohorte que puede trabajar, la población mayor de 16 años, que aumentó en el 2001 el 4,1% frente al 1,61% en España (12,4% y 5,6% respectivamente desde 1995) a la que, sin embargo, el mercado de trabajo regional tiene dificultades para integrar. La estructura sectorial del empleo en la Región y su comparación con España, aparecen en la Tabla 4.1.

**Tabla 4.1.- Estructura Sectorial del Empleo 2000. Medias Anuales**

	Región de Murcia			España		
	Población Activa	Ocupados	Parados	Población Activa	Ocupados	Parados
Agricultura y Pesca	10.6	11.3	6.2	7.1	6.8	8.8
Industria	17.3	17.7	14.4	18.3	19.9	8.9
Construcción	11.2	11.7	8.1	10.5	11.0	7.8
Servicios	56.7	59.4	38.0	58.5	62.3	35.7
No Clasificables	4.2		33.2	5.5		38.8

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa

Otra razón explicativa es la baja productividad aparente del factor trabajo de Murcia. Aunque ya se ha referido el moderado incremento del pasado año y el hecho de que ha logrado un progreso mayor que en España, la distancia con el promedio nacional es acusada y difícil de corregir. La productividad ha pasado en la región de representar el 84,6% en 1995 al 80,9% en 2001, si bien este año ha recuperado 1,3 puntos porcentuales. Algunas de las razones que pudieran explicar la baja productividad obedecen al tipo de estructura económica que predomina en la región, en general basada en ramas económicas intensivas en mano de obra poco cualificada, con reducida presencia de capital tecnológico y baja inversión en I+D, y persistente deficiencia de dotación de infraestructuras de comunicaciones (tan sólo destacables avances en carreteras) y de recursos hídricos.

La convergencia con la Unión Europea era uno de los rasgos característicos del comportamiento de la economía regional durante los últimos años. El notablemente superior crecimiento compensaba sobradamente el también mayor avance poblacional debido a que, a su vez, la ocupación progresaba con más dinamismo, por lo que el índice de convergencia había pasado del 65,2% en 1995 al 70% en el 2000. El año pasado se ha interrumpido el proceso de convergencia al cifrarse dicho índice en el 69,1%. Incluso en términos de poder de compra, la convergencia ha experimentado un retroceso de 8 décimas en un año.

#### **4.2.- RENTA**

La evolución de la renta familiar en la región de Murcia durante el año 2001 no es favorable. Aun cuando la renta crece, lo hace con una intensidad inferior a la española, por lo que se amplía la distancia que la separa del promedio nacional. Si se considera la renta familiar bruta disponible total, la relación entre ambos territorios se ha deteriorado en los últimos años, ya que representa el 83,1% de promedio español en el año 2001, cuando representaba el 87,4% del mismo en el año 1995.

La capacidad adquisitiva de la renta familiar disponible está condicionada por los diferentes niveles de los precios al consumo, de tal forma que aquellas regiones con precio promedio inferiores a los nacionales, se encuentran con una capacidad real de gastos superior. Murcia se halla en esta situación, aunque la persistente inflación de las últimas anualidades ha eliminado prácticamente esa

ventaja. Así, si en 1995 el Índice Relativo de Precios al Consumo de Murcia se encontraba 2,8 puntos porcentuales por debajo de la media nacional, el pasado año se había reducido a sólo 0,1 puntos. Considerando, por tanto, la renta familiar disponible total en términos de poder de compra, evaluados en euros constantes de 1995, resulta que el crecimiento regional asciende al 3,1% frente al 3,7% en España. En el período 1995-2001, se mantiene en el crecimiento inferior (23,9% en Murcia y 27,4% en España), lo que sitúa a Murcia en el último lugar de las regiones españolas en índice de renta familiar disponible en términos de poder de compra (83,2%).

En resumen, la evolución de la economía regional presenta una estrecha interrelación con la española, progresa con fortalezas desde mediados de la pasada década, pero se halla sometida igualmente a debilitamientos cíclicos y no demuestra capacidad para lograr crecimientos significativamente superiores a los nacionales, susceptibles de promover la convergencia hacia el nivel de producción por habitante español. Por el contrario, el moderado mayor crecimiento del pasado sexenio en términos de VAB ha sido insuficiente para mantener incluso la relación por habitante respecto a España, y no se ha trasladado a la renta, que aumenta con más intensidad en España y ha provocado el alejamiento del nivel de renta familiar disponible por habitante nacional.

## **BIBLIOGRAFIA**

Resumen elaborado íntegramente a partir de los datos recogidos en:

Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. Memoria 2001 sobre la Situación Socioeconómica y Laboral. Murcia. Compobell S.L. 2002.

## **5.- OPINION/ NECESIDADES A NIVEL POBLACIONAL**

Rafael Gomis Cebrián.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

En este apartado se comenta la percepción sobre la situación económica y las principales preocupaciones del ciudadano murciano a partir de los datos de una encuesta de ámbito regional realizada en febrero de 2002 a los mayores de 18 años por el Grupo Opinión Pública de la Región de Murcia.

La situación económica actual de la Región de Murcia se consideró por el 35,3 % de los encuestados como buena o muy buena, por el 46,6 % regular y por el 15,9 % mala o muy mala, mientras que la situación económica personal o familiar fue calificada por el 46,2 % como buena o muy buena, por el 42,7 % regular y por el 10,5 % como mala o muy mala. Por lo tanto, la valoración del ciudadano del entorno económico en el ámbito particular es más positiva que la comunitaria de la Región.

Con respecto a las preocupaciones, se preguntó sobre el problema más importante que tiene actualmente la Región de Murcia, el 18 % de los encuestados consideraron el empleo, el 16,4 % la asistencia médica y sanitaria y el 16,3 % la educación. (tabla 5.1) Si se valora conjuntamente el primer y segundo problema más importante de la Región, el empleo seguido de la asistencia médica y sanitaria siguen siendo los más frecuentes y la situación de inmigrantes extranjeros pasa a ocupar el tercer lugar. (1)

Tabla 5.1.: Problema más importante de la Región de Murcia en opinión de los encuestados

	Porcentaje
El empleo	18,01
La asistencia médica y sanitaria	16,42
La educación	16,30
Situación de inmigrantes extranjeros	15,32
La seguridad ciudadana	11,76
La protección del medio ambiente	4,66
La vivienda	4,04
Abastecimiento para el agua de riego	3,92
La seguridad e higiene en el trabajo	2,94
El desarrollo de las nuevas tecnologías	1,38
Abastecimiento de agua para el consumo doméstico	1,35
Vigilancia de calidad de productos alimentarios	1,23

Infraestructuras de comunicación	0,86
El turismo	0,12

### **5.1.- A MODO DE CONCLUSIONES**

La percepción de la situación económica personal o familiar es positiva.

El 16, 4 % de los encuestados consideran la asistencia médica y sanitaria el principal problema de la Región

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Barómetro de la Región de Murcia.2002. Accesible en: [http:// www.um/sociopol](http://www.um/sociopol)

**6. AÑADIR AÑOS A LA VIDA Y VIDA  
A LOS AÑOS, EVITANDO LA MORTALIDAD PREMATURA Y  
AUMENTANDO LA ESPERANZA DE VIDA.**

Lluís Cirera Suárez<sup>1</sup>

Olalla Cruz Mata<sup>2</sup>

Miguel Rodríguez Barranco<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

<sup>2</sup> Centro Regional de Estadística. D.G. de Economía y Estadística. Consejería de Economía y Hacienda

## 6.1. MORTALIDAD GENERAL EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA

En el período 1996-98 (tabla 6.1), la tendencia regional sería a disminuir levemente, gracias a una menor mortalidad femenina, mientras que la tendencia en el cuatrienio no sería concluyente para el conjunto de España (1)

Tabla 6.1. Tasas estandarizadas\* de mortalidad general en la Región de Murcia y en España por sexo, 1995-1998

	Año de defunción			
	1995	1996	1997	1998
<b>Murcia, región</b>				
Hombres	10,67	10,64	11,05	10,68
Mujeres	7,79	7,67	7,65	7,42
Total	9,11	9,03	9,20	8,91
<b>España</b>				
Hombres	11,25	11,19	10,89	11,01
Mujeres	7,73	7,51	7,36	7,71
Total	9,21	9,18	8,95	9,20

(\*) Tasas estandarizadas por el método directo a la población estándar europea por 1.000 habitantes

Fuente: elaboración propia con datos INE, 1996-1998.

## 6.2. MORTALIDAD POR GRANDES CAUSAS

Las cinco principales grandes causas de muerte en ambos sexos son: las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, las patologías respiratorias y digestivas (tabla 6.1). En los hombres y las mujeres coinciden las tres primeras causas. La cuarta posición la ocupan las causas externas de traumatismos y envenenamientos en los hombres y las entidades endocrino-inmunológicas en las mujeres.

## 6.3. ESPERANZA DE VIDA

Si comparamos la Región de Murcia con el resto de las CC.AA. y con el promedio español en diversos años de 1975 a 1998 observamos que Murcia se sitúa entre las últimas regiones con un diferencial de 2,6 años con la Comunidad Autónoma con mejor magnitud (Comunidad de Madrid) y 1 año por debajo del promedio (tabla 6.2) para el año más reciente. A lo largo de los años estudiados

ha aumentado el diferencial negativo de la región, tanto con la Comunidad mejor situada (1,8 años en 1975 a 2,5 en 1998), como con España (0,2 años en 1975 a 1,0 año en 1998) (1).

Tabla 6.2. Esperanza de vida al nacer por CC.AA. Ambos sexos. España, varios años.

	Año de nacimiento					
	1975	1980	1985	1990	1995	1998
España (promedio)	73,3	75,6	76,5	76,9	78	78,7
C. Madrid	74,7	76,3	77,7	77,7	79,2	80,3
Castilla y León	73,9	76,3	77,6	78,2	79,7	80,2
Navarra	73,6	75,3	76,8	78,1	79,3	79,9
Castilla-La Mancha	74,1	75,6	76,7	77,7	78,9	79,5
Aragón	74,9	76,5	77,2	78,0	78,9	79,3
Cantabria	73,7	75,5	76,8	77,4	78,2	79,2
Rioja	73,7	74,7	76,3	77,0	78,5	79,1
Cataluña	74,2	76,9	77,3	77,3	78,5	79,1
País Vasco	73,1	75,0	76,2	77,1	78,1	79,0
Galicia	73,2	75,2	76,1	76,6	77,9	78,9
Total	73,3	75,6	76,5	76,9	78,0	78,7
Extremadura	73,0	74,8	75,9	76,6	78,0	78,7
C. Valenciana	73,2	74,9	76,0	76,5	77,5	78,0
Asturias	73,3	74,8	75,8	76,4	77,2	78,0
Baleares	73,5	75,8	74,8	75,9	77,1	77,9
R. Murcia	<b>73,1</b>	<b>74,7</b>	<b>76,0</b>	<b>76,2</b>	<b>77,7</b>	<b>77,7</b>
Canarias	73,4	74,2	75,4	76,1	77,4	77,6
Ceuta y Melilla	71,4	71,7	72,9	73,3	76,3	77,6
Andalucía	72,7	74,5	75,5	76,0	77,1	77,5

Fuente: INE

La esperanza de vida en el nacimiento en el periodo 1996-99 es de 82 años en las mujeres y de 74,9 años en los hombres, con un diferencial entre sexo de 7,1 años, que se mantiene a favor de la mujer a lo largo de los años de vida (tabla 6.3).

TABLA 6.3 MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS Y SEXO. REGIÓN DE MURCIA, 1996-99.

Grandes grupos de causas	Ambos Sexos			Hombres			Mujeres		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
I Infecciosas	399	1,1	8,98	211	1,1	9,61	188	1,1	8,36
II Neoplasias.....						245,8			
III Endocrino-inmunológicas .....	8.621	23,8	193,93	5398	28,3	3	3.223	18,9	143,27
IV Sangre.....	197	0,5	4,43	91	0,5	4,14	106	0,6	4,71
V Trastornos mentales.....	1.133	3,1	25,49	409	2,1	18,63	724	4,2	32,18
VI Nerviosas y de los sentidos.....	690	1,9	15,52	319	1,7	14,53	371	2,2	16,49
VII Cardiovasculares.....	13.586	37,5	305,62	6072	31,8	276,5	7.514	44,0	334,03

							3			
VIII	Aparato respiratorio.....						112,7			
		3.990	11,0	89,76	2476	13,0	6	1.514	8,9	67,30
IX	Aparato digestivo.....	1.893	5,2	42,58	1111	5,8	50,60	782	4,6	34,76
X	Genitourinarias.....	992	2,7	22,32	446	2,3	20,31	546	3,2	24,27
XI	Complicaciones embarazo .....	2	0,0	0,09	0	0,0	0,00	2	0,0	0,09
XII	Piel .....	92	0,3	2,07	27	0,1	1,23	65	0,4	2,89
XIII	Ósteo-musculares .....	309	0,9	6,95	91	0,5	4,14	218	1,3	9,69
XIV	Anomalías congénitas .....	210	0,6	4,72	121	0,6	5,51	89	0,5	3,96
XV	Perinatales .....	150	0,4	3,37	82	0,4	3,73	68	0,4	3,02
XVI	Mal definidas .....	683	1,9	15,36	239	1,3	10,88	444	2,6	19,74
XVII	Causas externas .....	1.799	5,0	40,47	1381	7,2	62,89	418	2,4	18,58
							869,8			
	Todas .....	36.192	100,0	814,16	19.099	100,0	0	17.093	100,0	759,85

Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

Por áreas sanitarias y municipios de más de 50.000 habitantes, observamos cifras negativas en el área y municipio de Cartagena, tanto en el total, como en hombres y mujeres. Y en el área y municipio de Lorca, en el total y en los hombres. Obteniéndose la máxima de diferencia de -1,6 años en hombres en la ciudad de Cartagena.

#### 6.4. MORTALIDAD PROPORCIONAL POR GRUPOS DE EDAD

6.4.1. De 0 a 14 años. Las anomalías congénitas, las enfermedades perinatales, las causas externas, las neoplasias y las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, son las seis primeras causas de muerte en ambos sexos, hombres y mujeres.

6.4.2. De 15 a 39 años. Las causas externas, las neoplasias, los trastornos endocrino-inmunitarios son las primeras causas en ambos sexos, hombres y mujeres. Le siguen las enfermedades digestivas y las neoplasias en los hombres, y las cardiovasculares y digestivas en las mujeres.

6.4.3. De 40 a 64 años. Las grandes causas comunes en el total, hombres y mujeres, son las neoplasias y las cardiovasculares. Las siguientes posiciones las ocupan las entidades digestivas, respiratorias y endocrino-inmunitarias en los hombres, y las causas externas, respiratorias y endocrino-inmunitarias en las mujeres.

6.4.4. De 65 y más años. Las dos primeras causa comunes son las mismas que en los 40-64 años. A continuación, los hombres, le siguen las enfermedades respiratorias, digestivas y las génito-uritarias; y continúan en las mujeres, con las patologías respiratorias, endocrino-inmunitarias y las enfermedades mentales.

## 6.5. MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, el EPOC y afines, el cáncer de pulmón, la diabetes, el cáncer de intestino grueso, y la cirrosis hepática, son las siete primeras causas específicas de mortalidad en ambos sexos (tabla 6.5.1). Es de mención, por su magnitud (tasa de 13,34 por 100.000 personas), la presencia del cáncer de mama femenino, entre las diez primeras causas de mortalidad en ambos sexos. La enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte en el hombre (tasa de 101,24 defunciones por cada 100.000 hombres) en el período 1996-99 (tabla 6.5.2). Destaca la aparición de los accidentes de tráfico en el quinto lugar, la cirrosis hepática mantiene el sexto lugar, y está seguida del cáncer de próstata. En la mujer, la primera causa específica es la enfermedad cerebrovasculares (tasa de 117,89 por 100.000 mujeres) (tabla 6.5.3), y a diferencia del total, la diabetes y el cáncer de mama se sitúan en tercera y cuarta causa de muerte, y aparece la enfermedad hipertensiva en sexta posición (tasa de 17,69).

**Tabla 6.5.1 PRIMERAS CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD. AMBOS SEXOS. REGIÓN DE MURCIA, 1996-99.**

Causas Seleccionadas	Casos	%	Tasa
Enf. cerebrovasculares	4.529	12,5	101,88
Enf. isquémicas del corazón	4.025	11,1	90,54
Bronquitis-enfisema-asma	2.069	5,7	46,54
Cáncer broncopulmonar	1.652	4,6	37,16
Diabetes	1.012	2,8	22,77
Cáncer del intestino grueso	576	2,1	17,01
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	727	2,0	16,35
Nefritis, Sd. nefrótico y nefrosis	693	1,9	14,07
Enf. sist nervioso y órganos de los sentidos	690	1,9	16,49
Cáncer de mama de la mujer	593	1,6	13,34
Enf. hipertensivas	582	1,6	13,09
<b>Total</b>	<b>36.192</b>	<b>100,0</b>	<b>814,16</b>

Tasa específica por 100.000 personas

Se excluyen los grupos de otras o resto de causas

Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

**Tabla 6.5.2 PRIMERAS CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD. HOMBRES. REGIÓN DE MURCIA, 1996-99.**

Causas Seleccionadas	Casos	%	Tasa
Enf. isquémicas del corazón	2.223	11,6	101,24
Enf. cerebrovasculares	1.877	9,8	85,48
Bronquitis-enfisema-asma	1.528	8,0	69,59
Cáncer broncopulmonar	1.501	7,9	68,36
Accidentes de tráfico	601	3,1	27,37
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	556	2,9	25,32
Cáncer de próstata	529	2,8	24,09
Cáncer del intestino grueso	395	2,1	17,99
Diabetes	367	1,9	16,71
Cáncer de estómago	324	1,7	14,76
Suicidio	322	1,7	14,66
<b>Total</b>	<b>19.099</b>	<b>100,0</b>	<b>869,80</b>

Tasa específica por 100.000 hombres  
Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

**Tabla 6.5.3 PRIMERAS CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD. MUJERES. REGIÓN DE MURCIA, 1996-99.**

Causas Seleccionadas	Casos	%	Tasa
Enf. cerebrovasculares	2.652	15,5	117,89
Enf. isquémicas del corazón	1.802	10,5	88,11
Diabetes	645	3,8	28,67
Cáncer de mama	590	3,5	26,23
Bronquitis-enfisema-asma	541	3,2	24,05
Enf. hipertensivas	398	3,2	17,69
Nefritis, Sd. nefrótico y nefrosis	384	2,3	17,07
Enf. sist nervioso y órganos de los sentidos	371	2,2	16,49
Cáncer del intestino grueso	361	2,1	16,05
Neumonía	260	1,5	11,56
Enf. osteomusculares y del tejido conjuntivo	218	1,3	9,69
<b>Total</b>	<b>17.093</b>	<b>100,0</b>	<b>759,85</b>

Tasa específica por 100.000 mujeres  
Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

## 6.6. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Los hombres están más afectados por la mortalidad prematura que las mujeres, al constituir el 71,4% frente al 28,6% de las mujeres, del total de APVP. Por grandes grupos de causas, al hombre se le restan de vida en promedio, prácticamente los mismos años (15,1 años) que a la mujer (13,9

años). Las principales causas que quitan años de vida a los hombres son: las causas externas (23,6% del total de ambos sexos), las neoplasias (18%), y las causas cardiovasculares (11,6%). En las mujeres la proporción es de menor cuantía y destacan: los tumores (12,1% del total de ambos sexos) y las causas externas (5,1%).

Los accidentes de tráfico son entre las enfermedades específicas, los que mayor mortalidad prematura causan al hombre (11,6% del total), le siguen el cáncer de pulmón (5,1 %) y la enfermedad isquémica del corazón (5,1 %), el suicidio (4,7%) y el SIDA (3,9%). En la mujer son, el cáncer de mama (3,2%) y los accidentes de tráfico (2,7%).

## **6.7. MORTALIDAD ESPECÍFICA Y POR GRANDES CAUSAS EN LAS ÁREAS DE SALUD**

La mortalidad general del área sanitaria de Murcia se equipara a la regional, sin diferencias significativas entre sexos. Existe una mayor mortalidad en los trastornos mentales, sin que se pueda distinguir a que sexo afecta más. Un exceso en enfermedades digestivas en los hombres (+12%), y una menor mortalidad por entidades mal-definidas (signos, síntomas...), sin que sobresalga ni en hombres ni en mujeres. También se registra un menor índice por causas externas (accidentes, suicidios y otras) en el total y en el hombre, que se concreta en menos accidentes de tráfico y menos suicidios, aunque con más caídas accidentales en la mujer. En éstas, obtenemos un menor índice de enfermedades reumáticas del corazón e hipertensivas, y de causas mal definidas.

Existe un exceso de mortalidad general en el área de salud de Cartagena, que se manifiesta tanto en los hombres como en las mujeres. No existe ninguna gran causa con menor mortalidad que la regional. La sobremortalidad es debida a los tumores en ambos sexos, a las enfermedades cardiovasculares y a las causas externas en el hombre, a las enfermedades hemáticas, génito-urinarias, y de la piel en la mujer. La mayor mortalidad por tumores se debe a los tumores malignos de vesícula biliar y de localización indeterminada en ambos sexos, y al cáncer broncopulmonar en el hombre. Asimismo se observa una mayor mortandad por SIDA, enfermedades hipertensivas e isquémicas del corazón, y accidentes de tráfico en los varones, y en otras enfermedades de corazón y de la circulación pulmonar, y cerebrovasculares en las féminas.

El área de salud de Lorca presenta una mayor mortalidad cardiovascular en hombres y mujeres, y en causas externas en los hombres. A la vez que se registra una menor mortalidad por entidades endocrino-metabólicas, trastornos mentales en ambos sexos (total), por patologías digestivas y ósteomusculares en la mujer. Destacando el aumento diferencial de los tumores malignos de la cavidad bucal y faringe en el total, y de intestino grueso en la mujer, pero con menor mortalidad en cánceres de la piel y en linfomas no-Hodgkin. También se incrementan las enfermedades isquémicas y reumáticas del corazón (ambas en el total), las hipertensivas en la mujer, y los ahogamientos, suicidios en el hombre. A su vez hay una menor mortalidad por SIDA (total), psicosis no-alcohólicas (hombres), EPOC y afines (mujeres).

En el área sanitaria del Noroeste se mueren más de enfermedades respiratorias (total) que en el conjunto regional, pero menos en enfermedades infecciosas (total), tumorales, endocrino-inmunitarias (ambas en total y hombres), digestivas (hombres), y génito-urinarias (total). La menor mortalidad tumoral se explicita por el cáncer de esófago y broncopulmonar (ambos en el total), y por el cáncer de páncreas y de intestino grueso (total y hombres). La menor mortalidad endocrino-inmunitaria, por la diabetes y el SIDA. La menor mortalidad digestiva por la cirrosis hepática. A la vez que el Noroeste presenta una menor mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en total, hombres y mujeres.

En el área del Altiplano el exceso de mortalidad se manifiesta también en las causas respiratorias (total), en las enfermedades osteomusculares y en las entidades mal-definidas (ambas en total y mujer). La menor mortalidad general se expresa en tumores (total y hombres), y se concreta en cáncer de cavidad bucal y faringe (total), en el broncopulmonar (total y hombres), en tumores sin mención del lugar anatómico (total y hombres), en las leucemias (total); en las patologías cardiovasculares (total, hombres y mujeres), en las enfermedades isquémicas del corazón (total, hombres y mujeres), aunque con aumentos en cerebrovasculares y EPOC en el hombre, y de las mal-definidas y de los suicidios en la mujer. Existe menor mortalidad en las grandes causas génito-urinarias (total y mujeres).

En la Comarca Oriental-Vega del Segura, el único de exceso es por mala certificación, junto con una menor mortalidad por enfermedades endocrino-metabólicas (total y hombres) enfermedades del aparato circulatorio (total), enfermedades génito-urinarias (total, hombres y mujeres). Las enfermedades cerebrovasculares (total), la arteriosclerosis y la neumonía estén aumentadas (ambas en total y mujeres). Es de mención la menor mortalidad total por SIDA.

#### **6.8. MORTALIDAD ESPECÍFICA Y POR GRANDES CAUSAS EN LOS MUNICIPIOS DE CARTAGENA, LORCA Y MURCIA (MÁS DE 50.000 HABITANTES)**

La ciudad de Cartagena registra un exceso de mortalidad general (+10%), tanto masculina (+13%) como femenina (+7,5%). El municipio de Lorca no se distingue del promedio regional. Y en la capital murciana se obtiene una menor mortalidad en ambos sexos, sin que se pueda diferenciar por sexo.

Así, la ciudad de Murcia presenta una mayor mortalidad por trastornos mentales, debida a causas distintas de la sicosis alcohólica en ambos sexos, si bien también, de fallecimientos por cirrosis hepática en hombres, junto con más caídas accidentales en la mujer, y un menor índice de suicidios en el hombre, y de enfermedad hipertensiva y de certificaciones mal definidas en la mujer.

La mayor mortalidad general del municipio de Cartagena se traduce en una mayor mortalidad por tumores y en enfermedades génito-urinarias (total, hombres y mujeres), hemáticas (total), afecciones endocrino-metabólicas y cardiovasculares (ambas en total y hombres), y en enfermedades de la piel (total y mujeres). Así están aumentados el cáncer de pulmón en ambos sexos, el cáncer de piel, el SIDA, también en las enfermedades isquémicas del corazón (éstas tres últimas en el hombre), y de los accidentes industriales (total), pero están disminuidas las enfermedades cerebrovasculares y las caídas industriales (ambas en el total).

En el municipio de Lorca la mortalidad está por debajo del promedio en las enfermedades digestivas (total, hombres y mujeres), en trastornos mentales (total y hombres), y en enfermedades de la piel (mujeres). Están descendidas la cirrosis hepática y los trastornos mentales distintos a la

sicosis alcohólica (ambas en total y hombres), pero presenta sobremortalidad en tumores malignos de la cavidad bucal (total y hombres) y del intestino grueso (total y mujeres), y en mala certificación (total).

Tabla 6.4. Esperanza de vida por grupos de edad, sexo y ámbito geográfico, 1996-1999

Total	Región	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Murcia	Cartag	Lorca
< 1 año	78,42	78,70	77,41	78,20	79,41	79,07	79,03	78,89	77,09	78,31
1-4 años	77,99	78,29	76,97	77,65	78,98	78,67	78,66	78,46	76,65	77,83
5-9 años	74,09	74,41	73,07	73,74	75,09	74,76	74,69	74,55	72,76	73,93
10-14 años	69,16	69,48	68,14	68,86	70,12	69,87	69,73	69,62	67,85	69,08
15-19 años	64,22	64,55	63,18	63,94	65,16	64,87	64,79	64,70	62,88	64,16
20-24 años	59,37	59,68	58,35	59,15	60,29	59,98	59,94	59,81	58,03	59,39
25-29 años	54,54	54,84	53,52	54,35	55,41	55,16	55,11	54,98	53,21	54,56
30-34 años	49,72	49,99	48,75	49,57	50,56	50,32	50,29	50,13	48,42	49,77
35-39 años	44,97	45,19	44,11	44,80	45,73	45,49	45,54	45,33	43,81	44,97
40-44 años	40,22	40,44	39,39	40,06	40,91	40,81	40,74	40,58	39,08	40,25
45-49 años	35,54	35,72	34,73	35,42	36,25	36,23	36,06	35,86	34,44	35,55
50-54 años	30,95	31,16	30,14	30,81	31,62	31,53	31,48	31,32	29,88	30,93
55-59 años	26,51	26,68	25,76	26,50	27,12	27,03	26,96	26,82	25,49	26,62
60-64 años	22,21	22,37	21,54	22,27	22,57	22,77	22,59	22,52	21,29	22,44
65-69 años	18,17	18,33	17,59	18,20	18,38	18,41	18,51	18,50	17,37	18,34
70-74 años	14,42	14,57	13,95	14,51	14,52	14,56	14,68	14,73	13,72	14,61
> 74 años	11,10	11,23	10,71	11,22	11,05	10,98	11,36	11,38	10,52	11,21

Elaboración propia. Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

Hombres	Región	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Murcia	Cartag	Lorca
< 1 año	75,04	75,25	73,89	74,65	76,84	75,78	75,85	75,35	73,42	74,85
1-4 años	74,65	74,91	73,49	74,08	76,38	75,50	75,51	74,96	73,09	74,30
5-9 años	70,75	71,06	69,53	70,21	72,48	71,62	71,53	71,10	69,15	70,44
10-14 años	65,83	66,14	64,63	65,29	67,52	66,77	66,57	66,19	64,27	65,52
15-19 años	60,90	61,21	59,69	60,40	62,56	61,77	61,61	61,25	59,32	60,59
20-24 años	56,11	56,41	54,92	55,68	57,75	56,87	56,85	56,43	54,50	55,91
25-29 años	51,35	51,63	50,16	50,97	52,96	52,20	52,08	51,64	49,76	51,17
30-34 años	46,62	46,86	45,47	46,28	48,20	47,47	47,33	46,89	45,02	46,49
35-39 años	41,95	42,13	40,97	41,59	43,46	42,70	42,64	42,17	40,55	41,72
40-44 años	37,30	37,50	36,34	36,95	38,68	38,10	37,91	37,54	35,93	37,09
45-49 años	32,70	32,86	31,78	32,40	34,11	33,54	33,30	32,89	31,41	32,46
50-54 años	28,21	28,40	27,29	27,83	29,48	28,97	28,86	28,44	26,93	27,98
55-59 años	23,96	24,10	23,11	23,73	25,17	24,60	24,55	24,10	22,74	23,94
60-64 años	19,88	19,97	19,13	19,71	20,86	20,48	20,44	19,98	18,72	19,94
65-69 años	16,13	16,25	15,49	15,91	16,95	16,27	16,63	16,31	15,11	16,17
70-74 años	12,73	12,81	12,27	12,69	13,35	12,69	13,00	12,85	11,93	12,89
> 74 años	9,76	9,86	9,39	9,80	10,20	9,45	9,98	9,90	9,13	9,92

Elaboración propia. Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

Mujeres	Región	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Murcia	Cartag	Lorca
< 1 año	81,86	82,06	81,08	81,97	82,17	82,53	82,20	82,30	80,84	81,98
1-4 años	81,38	81,58	80,58	81,43	81,79	81,98	81,77	81,82	80,26	81,58
5-9 años	77,47	77,65	76,76	77,49	77,91	78,05	77,82	77,87	76,44	77,63
10-14 años	72,52	72,70	71,79	72,64	72,91	73,10	72,88	72,92	71,48	72,87
15-19 años	67,57	67,76	66,80	67,69	67,95	68,10	67,94	67,99	66,50	67,95
20-24 años	62,65	62,82	61,89	62,82	63,02	63,23	63,00	63,04	61,60	63,07
25-29 años	57,73	57,91	56,97	57,92	58,02	58,23	58,09	58,14	56,70	58,14
30-34 años	52,82	52,97	52,11	53,03	53,08	53,27	53,19	53,19	51,84	53,22
35-39 años	47,95	48,08	47,28	48,17	48,13	48,37	48,36	48,29	47,05	48,38
40-44 años	43,09	43,19	42,45	43,31	43,28	43,58	43,49	43,41	42,20	43,55
45-49 años	38,31	38,40	37,65	38,55	38,51	38,97	38,71	38,61	37,41	38,77
50-54 años	33,61	33,71	32,95	33,88	33,87	34,11	33,95	33,95	32,75	33,97
55-59 años	28,94	29,03	28,33	29,28	29,17	29,44	29,18	29,27	28,12	29,33
60-64 años	24,38	24,49	23,82	24,79	24,34	25,00	24,52	24,75	23,69	24,91
65-69 años	19,98	20,08	19,48	20,37	19,84	20,46	20,11	20,33	19,38	20,38
70-74 años	15,83	15,94	15,33	16,13	15,67	16,27	16,03	16,18	15,19	16,16
> 74 años	12,09	12,18	11,68	12,37	11,80	12,24	12,36	12,41	11,53	12,29

Elaboración propia. Fuente: CREM y Servicio de Epidemiología

## **6.9. Bibliografía**

1. AA.VV. Actualización de indicadores de Salud en la Región de Murcia. Situación en 2001. Bol Epidemiol Murcia 2002;23:21.
2. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Indicadores demográficos básicos. Esperanza de vida al nacer por CCAA. Madrid: INE. <<http://www.ine.es/inebase/cgi>>

## **7. SALUD INFANTIL Y JUVENIL Y SALUD DE LAS MUJERES**

**7.1. MORTALIDAD INFANTIL**

**EMBARAZOS EN ADOLESCENTES E**

**INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO**

Lluís Cirera Suárez<sup>1</sup>

Olalla Cruz Mata<sup>2</sup>

---

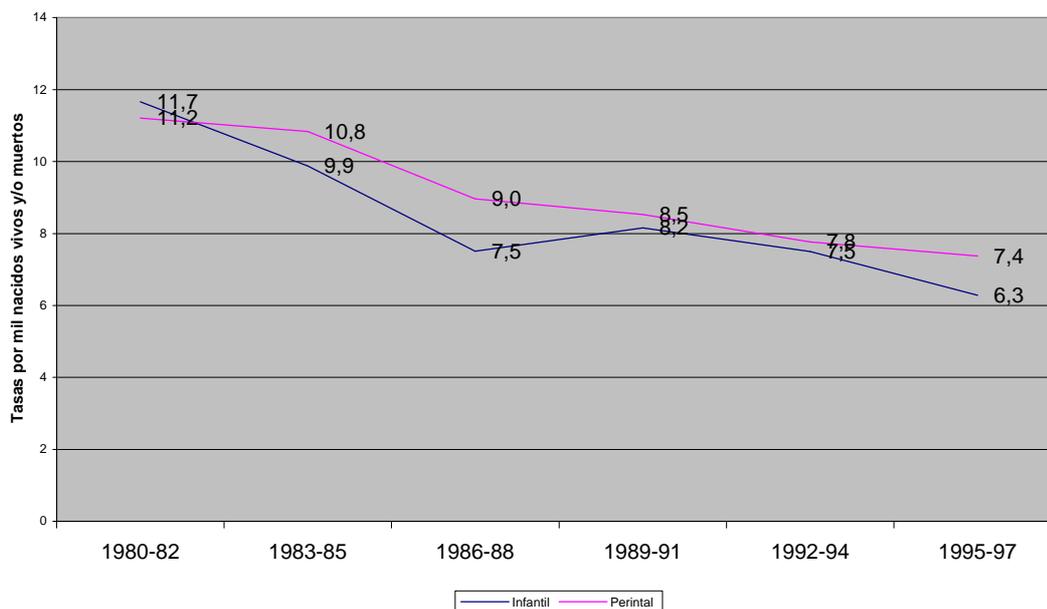
<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

<sup>2</sup> Centro Regional de Estadística. D.G. de Economía y Estadística. Consejería de Economía y Hacienda

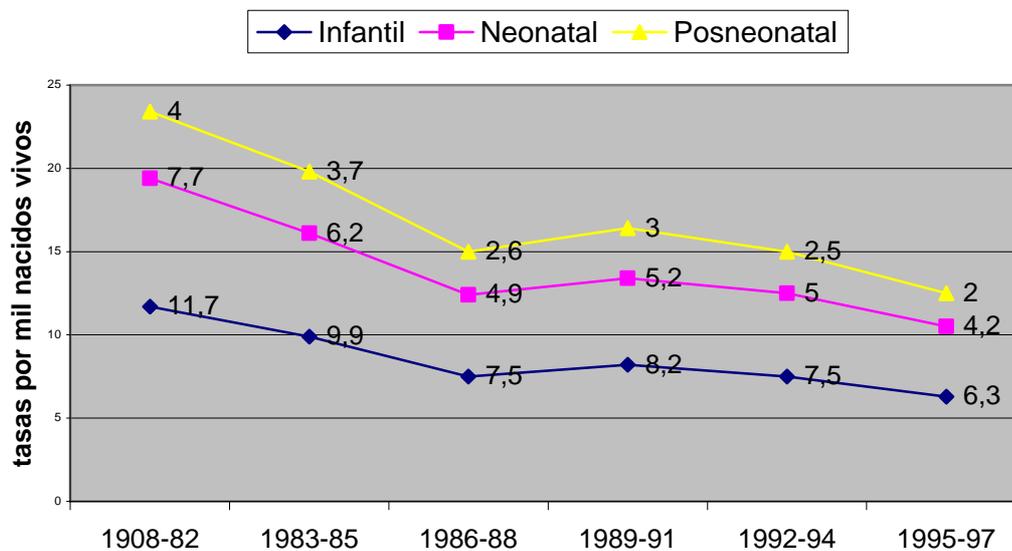
### **7.1.1 EVOLUCIÓN ANUAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y SUBGRUPOS POR AÑO Y SEXO**

La tendencia regional de la mortalidad infantil (gráfica 7.1.1.1) (<1 año) y perinatal (mortinatos y muertos hasta el 6ª día del parto) desciende en ambos sexos en el transcurso del periodo 1980 a 1997<sup>1</sup>, sobretodo en el sexo masculino. Disminuye la mortalidad infantil en todos los grandes grupos de enfermedades, a la vez que se mantiene el diferencial entre sexos, con menores tasas en las niñas, sin causas concretas que las expliquen las diferencias. Han descendido todos los grandes grupos de causas, y sobretodo los traumatismos y envenenamientos (81,5%), las afecciones respiratorias (76,9%) y las enfermedades infecciosas (75,6%). Las únicas causas específicas que no han descendido, son las anomalías congénitas múltiples y las anomalías cromosómicas. La mortalidad infantil se considera media-alta en relación a las otras CC.AA, y un 17% superior a la media nacional. La mortalidad neonatal (antes del 28º día de vida) regional, paradójicamente es la que más disminuye (gráfica 7.1.1.2), pero la presenta el mayor diferencial negativo con el conjunto estatal. La mortalidad posneonatal presenta índices similares al promedio español. Las principales causas de mortalidad perinatal son las alteraciones de la placenta / cordón umbilical / recién nacido, la hipoxia intrauterina y asfixia al nacer, las anomalías congénitas múltiples y las cardiovasculares. Estamos en un contexto de empeoramiento de la calidad de la certificación, constatada en aumento de los boletines estadísticos de parto sin causa médica de defunción (tasa de 0,12 por mil nacidos vivos y muertos en 1980-1982 y de 0,69 en 1995-1997).

**Gráfica 7.1.1.1 Evolución de las tasas\* de mortalidad regional infantil y perinatal por trienios en la Región de Murcia, 1980-97**



**Gráfica 7.1.1.2. Evolución las tasas de la mortalidad infantil y subgrupos por trienios en la Región de Murcia, 1980-97**

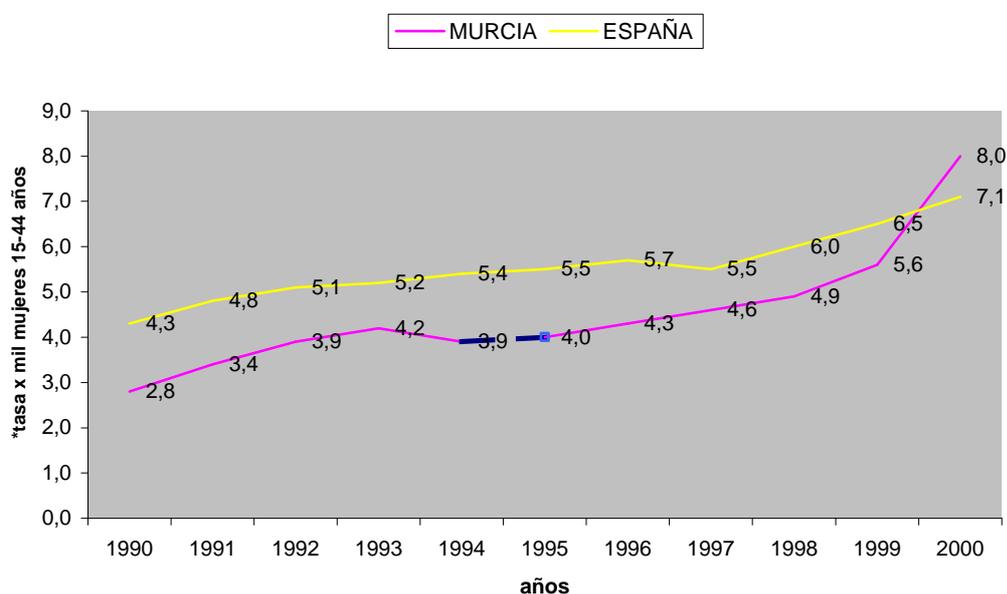


## 7.1.2. EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Las tasas de los nacidos vivos por grupos de edad de madre residente en la Región de Murcia, no se diferencian entre sí, por lo que no existe un aumento diferencial en nacidos de madres

adolescentes (menores de 20 años de edad)<sup>2</sup>. A la vez existe un progresivo aumento del número de las IVE en jóvenes residentes murcianas, aunque los mayores incrementos de producen en las mujeres mayores de 20 años<sup>3</sup> (gráfica 7.1.2.1). A su vez las tasa regionales de IVE invierten la tendencia y sobrepasan a las nacionales en el año 2000 (**gráfica 7.5.2**). El desconocimiento y mal uso de los métodos anticonceptivos seguros no es patrimonio de las mujeres jóvenes, sino que se extiende a todas mujeres independientemente de la edad (tabla 7.1.2.1)<sup>4</sup>. Por lo que no parece que el problema afecte diferencialmente a las jóvenes menores de los 20 años

**Gráfica 7.1.2.1. Evolución\* del IVE en España y en la región de Murcia, 1990-2000**



**Tabla 7.1.2.1 Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos (%). Mujeres residentes 15-49 años. España, 1999**

	Total	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años
No conoce ningún método	100	7,8	10,9	14,1	4,7	18,8	18,8	25
Conoce un método ineficaz <sup>1</sup> , y ninguno eficaz	100	..	50	..	..	..	..	50
Conoce un método eficaz	100	8,1	12,3	14,8	18,2	17,7	15,8	13,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>8,1</b>	<b>12,3</b>	<b>14,8</b>	<b>18,1</b>	<b>17,7</b>	<b>15,9</b>	<b>13,1</b>

(1) Ritmo y temperatura basal, coito interrumpido, lavado vaginal, cremas anticonceptivas, lactancia prolongada, otros métodos.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

### 7.1.3. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

Las tasas regionales y nacionales de IVE aumentan en los once años de seguimiento<sup>5</sup>. En el año 2000 la Región de Murcia se sitúa por encima del promedio español (tabla 7.1.3.1). El IVE aumenta tanto en las mujeres jóvenes como las de mayor edad, aunque éstas últimas presentan los mayores incrementos desde 1999 (**gráfica 7.5.2**), independientemente de su estado civil. Las tasas por IVE según situación laboral también aumentan en todas las categorías (estudiantes, amas de casa, asalariadas, empresarias...).

**Tabla 7.1.3.1. Evolución del nº de interrupciones voluntarias del embarazo según tipo de centro sanitario. Mujeres residentes en la Región de Murcia, 1990-2000**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>I.V.E.</b>											
<b>TOTAL</b>	632	796	909	1.026	952	1.003	1.092	1.172	1.246	1.443	2.042
<b>HOSPITALARIO</b>	56	40	37	69	94	85	79	74	80	110	175
<b>Público</b>	26	14	3	6	2	5	3	6	1	0	0
<b>Privado</b>	30	26	34	63	92	80	76	68	79	110	175
<b>EXTRAHOSPITALARIO</b>	576	756	872	957	858	918	1.013	1.098	1.166	1.333	1.867
<b>Público</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Privado</b>	576	756	872	957	858	918	1.013	1.098	1.166	1.333	1.867

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupciones Voluntarias del Embarazo

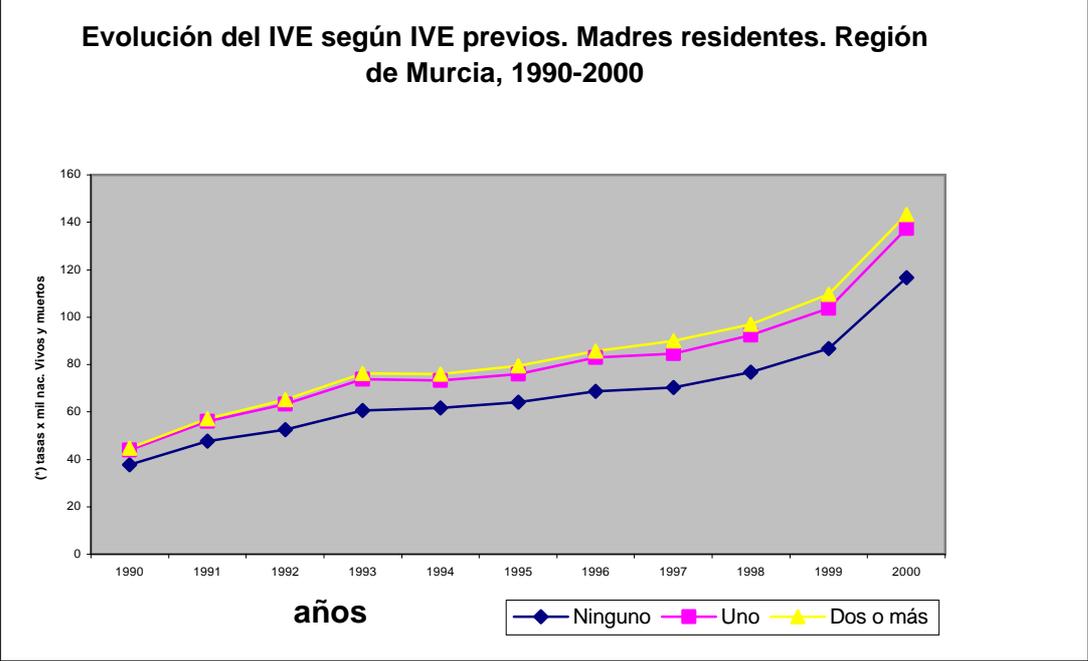
La inmensa mayoría de las IVE se prestan en centros sanitarios privados (100% desde 1999) y en concreto en los establecimientos no-hospitalarios (91,4% en el 2000) (tabla 7.1.3.2), sin que, prácticamente ninguna de las mujeres que utilizan la prestación del IVE, haya acudido previamente a los recursos de información y educación sanitaria de los centros de planificación familiar. A mayor número de IVE previos, mayor tasa anual de IVE y más aumenta en el decenio (gráfica 7.1.3.1). En el año 2.000 y en sucesivos años anteriores, no se atiende la prestación sanitaria de IVE de elevado riesgo o de más de 12 semanas<sup>6</sup>, en el territorio de la Región de Murcia (**tabla 7.7.3**)<sup>7</sup>.

**Tabla 7.1.3.2. Evolución de la atención sanitaria a las IVE de 'Alto Riesgo para la embarazada o de más de 12 semanas de gestación' en residentes en la Región de Murcia**

1990			1994			1998			2000		
n	% atendidas	% no atendidas									
50	12	88	81	0	100	84	2,4	97,6	170	0	100

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Grafica 7.1.3.1.



Fuente: CREM

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Ll. Cirera, J. García, O. Cruz, C. Navarro. Mortalidad perinatal e infantil en la Región de Murcia. 1980-1997. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Economía y Hacienda; 2001.
- <sup>2</sup> Centro Regional de Estadística. Nacimientos: Evolución de los nacidos vivos según edad de la madre al primer nacimiento. Murcia: CREM. <<<http://dgep.carm.es/econet/sicrem/p39/index.htm>>>
- <sup>3</sup> Centro Regional de Estadística de Murcia. Interrupción Voluntaria del embarazo.<<<http://dgep.carm.es/econet/index.htm>>>
- <sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Fecundidad, 1999. Madrid: INE; 2002. <<<http://www.ine.es/inebase/cqi/um>>>
- <sup>5</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos. 1990 al 2000. Madrid: Secretaría General Técnica; varios años.
- <sup>6</sup> Real Decreto 2409/1986, de 21 noviembre, sobre centros acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE de 24 de noviembre de 1986.
- <sup>17</sup> J. González Alonso y R. Pérez Menéndez-Valdés. Interrupción voluntaria del embarazo: accesibilidad según Comunidad Autónoma de residencia 1990-2000. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Género y salud: la visión epidemiológica. Programa / Ponencias / Comunicaciones. Gac Sanit 2002; 16 (suppl 1): 88.

## **7.2. TRASTORNOS PREVALENTES EN LA ADOLESCENCIA Y SU ABORDAJE**

Maria Isabel Espín Ríos<sup>1</sup>

Maria José Ruiz Lozano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Protección y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.

La adolescencia es un periodo de importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que van a transformar al niño en una persona con muchas características propias del adulto, pero que aún no ha desarrollado todo su potencial ni asumido todas sus responsabilidades. Se considera que comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina hacia los 19 ó 20. Para la mayoría de los adolescentes se trata de una época feliz y sin especiales dificultades. Sin embargo, en otras ocasiones, los cambios físicos experimentados, la nueva forma de pensar y los rasgos relativos a la personalidad del adolescente, hacen a algunos jóvenes especialmente vulnerables a determinados riesgos.

Los principales problemas de salud de los adolescentes son evitables y están relacionados con la conducta, lo que hace pensar que la sociedad debe ocuparse adecuadamente de las necesidades de este grupo de población.

El "Estudio sobre conductas relacionadas con la salud de la población escolarizada de la Región de Murcia" (1), referido a escolares de una media de edad alrededor de 13,5 años, identifica diversas conductas que conllevan importantes riesgos para la salud. Entre la información aportada debe destacarse la relativa al consumo de sustancias adictivas:

- El 16,3% de los adolescentes murcianos consume actualmente *tabaco* y el 13% lo hace de manera habitual, afectando cada vez más el consumo a las chicas.

- El consumo de *alcohol* se encuentra ampliamente generalizado entre los pre-adolescentes y adolescentes, se inicia en la infancia y se arraiga y consolida en la adolescencia. Es la droga más consumida por los jóvenes murcianos, el 65% la ha probado alguna vez y el 18,3% se ha intoxicado en alguna ocasión.

- El consumo de *hachís* parece haberse incrementado en nuestra Región, el 16% lo ha probado alguna vez y el 10% lo ha consumido en los últimos 30 días.

*Los problemas en las relaciones personales y de salud mental* adquieren una importante relevancia en esta época de la vida. Casi el 40% de los estudiantes murcianos dicen tener problemas para hablar con su padre y más del 20%, con su madre.

Los trastornos de salud mental prevalentes son los emocionales y de conducta, ambos pueden existir desde la infancia pero en la adolescencia se agudizan o se incrementan. En una revisión realizada en una consulta de salud mental infanto-juvenil de Murcia (2), se encontró una prevalencia de trastornos de la conducta del 43% y de trastornos emocionales del 38%. Datos referidos a la población adolescente española (3) ofrecen prevalencias para los distintos tipos de trastornos emocionales de entre el 2,7 y el 4,6% para la ansiedad, 0,35 a 3,6% para los problemas obsesivos-compulsivos, 4,5% para la depresión mayor y 10-14% para las distimias.

*Los trastornos del comportamiento alimentario, fundamentalmente la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, tienen un origen multifactorial, precisando para su aparición de la interrelación de aspectos sociales y psicológicos con los aspectos biológicos. Es difícil estimar la prevalencia de estos trastornos, algunos estudios sugieren que se encuentra entre el 1,1% en las adolescentes y entre el 0,2% y el 0,8% en la población general. Se observa un incremento progresivo en el número de casos y una disminución en la edad de inicio. La proporción entre ambos sexos se mantiene en un varón por cada 10 mujeres. Según una encuesta realizada en Madrid (4) en la población adolescente, alrededor de un 15% de las mujeres y de un 2,2% de los varones serían tributarios de estudio para cribar un posible trastorno del comportamiento alimentario.

En relación a la información disponible sobre de los jóvenes murcianos, casi la mitad dice querer estar más delgado y el 25% está haciendo algo para adelgazar.

Los adolescentes, como individuos sexualmente activos constituyen una población de riesgo, en relación al embarazo no deseado, al contagio de enfermedades de transmisión sexual y también porque algunos, sobre todo las chicas, viven una sexualidad culpabilizadora y poco gratificante.

Respecto a la sexualidad de los adolescentes de nuestra Región, el 15% manifiesta haber mantenido relaciones sexuales completas. La mayoría utilizan el preservativo como método anticonceptivo (78,6%), aunque casi el 50% utilizan la “marcha atrás”.

Uno de los problemas de salud de mayor trascendencia en la vida de los adolescentes es el *embarazo juvenil no deseado*. La Organización Mundial de la Salud aconseja en su informe sobre embarazo y adolescencia que los hijos se tengan en una edad materna comprendida entre los 20 y los 35 años ya que es este intervalo de edad el que supone menor riesgo para la madre y el hijo. Al comparar las tasas de fecundidad para mujeres de 15 a 19 años de edad, en la Región de Murcia y en España para los años 1997 al 1999 ( tabla 1) se observa que embarazo juvenil es algo más frecuente en nuestra Región. Además el número de interrupciones voluntarias del embarazo registradas según datos del Centro Regional de Estadística y para este grupo de edad, fue 202 durante 1998 y 212 en el 1999.

Tabla 1.- Tasas de fecundidad por 100 de mujeres de 15 a 19 años.  
Región de Murcia y España. Período 1997-1999.

AÑO	MURCIA	ESPAÑA
1997	1,39	0,79
1998	1,38	0,80
1999	1,46	0,86

Fuente: Anuario Estadístico de la Región de Murcia 2000,  
Centro Regional de Estadística. Intituto Nacional de Estadística.

El inicio precoz de las relaciones sexuales completas, la falta de información sobre métodos anticonceptivos, y en general, la forma de pensar que caracteriza a los adolescentes incrementan el riesgo de embarazos no deseados.

Otro aspecto a destacar, es el de la *utilización de los recursos sanitarios*, se aprecia una disminución de la utilización a partir del periodo adolescente, como ejemplo puede apuntarse la baja asistencia a consultas de atención primaria de salud con motivo de las revisiones y vacunaciones a la edad de 14 años (la cobertura vacunal para la Td a la edad de 14 años, durante el curso escolar 2000-2001, fue del 97,5% mientras que para la vacuna Triple Vírica a la edad de 11 años fue de 78,1%).

La asistencia pediátrica en nuestra Región abarca hasta los 14 años de edad, a partir de la cual comienzan a acudir al médico general. Sin embargo, se detecta la existencia de un vacío en la atención de esta población que puede ser debido, entre otros factores, a la falta de formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud en relación con las necesidades de los adolescentes. El estudio realizado por Instituto de la Juventud sobre consumo de medicamentos considera que más del 20% de los jóvenes se automedican.

En cuanto al abordaje de los problemas detectados, evidentemente es a través de la prevención primaria. Como se ha comentado, la adolescencia constituye una importante transición en el desarrollo, que en algunos casos puede acarrear que el chico o chica presente problemas de carácter psicosocial. El hecho de que esta transición resulte más o menos problemática dependerá en gran medida de la interacción entre factores madurativos y las variables que se sitúan en aquellos contextos de desarrollo en que participan los adolescentes, es decir, la familia, el grupo de iguales o el centro educativo y el medio social y cultural. Sobre estos factores son los que es necesario incidir, precozmente antes de la adolescencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ordoñana JR, Gutierrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud de la población escolarizada de la Región de Murcia curso 199771998. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. 1999.
2. Ruiz MJ, Sánchez de las Matas C, Gómez-Ferrer C. Análisis comparativo de los trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Comunicación presentada en las II Jornadas de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Octubre 1997.
3. Toro J. Psiquiatría de la adolescencia. Ed. Aula Médica. Madrid 1999.
4. Garandillas A, Febrel C. Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública 67. Consejería de Sanidad de Madrid. 2000.

## **7.3. PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA**

Maria Isabel Espín Ríos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Protección y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública, con prevalencias e incidencias comparables a otras causas de mortalidad y morbilidad infantil (cáncer, accidentes,...) y con consecuencias para la salud física y mental de los niños maltratados. Se considera uno de los principales factores de producción de infancia de riesgo.

Se entiende por maltrato infantil “cualquier interacción o falta de interacción entre el niño y sus padres/cuidadores que ocasione un daño no accidental físico y/o mental”. Tres criterios fundamentales establecen su existencia: una conducta violenta física y/o psíquica, abandono y/o indiferencia, y/o carencia de estímulos de desarrollo. El maltrato infantil se considera una manifestación extrema de una grave perturbación en la relación niño-cuidador<sup>1</sup>.

En EEUU se estima que entre el 1,25% al 1,5% de la población infantil sufre maltrato<sup>1</sup>.

Uno de los trabajos más completos y recientes sobre el tema es el “The Canadian Incidence Study of Reporter Child Abuse and Neglect”<sup>2</sup>, que recoge información sobre niños y familias a través de los contactos con los servicios de protección, durante un periodo de tres meses en el año 1998. Dicho estudio estima en un 21,52 por 1.000 niños las investigaciones sobre maltrato infantil en Canadá. De estas, en el 31% se sospechaba maltrato físico, en el 10% abuso sexual, en el 40% negligencia y en el 19% maltrato emocional. Se comprueba la autenticidad del 61% de los casos, el 22% son considerados dudosos, desechándose el 33%. Este estudio realiza un análisis muy detallado del entorno en que se produce el maltrato, determinando las características de las víctimas y sus familias. Asimismo propone establecer un sistema nacional de vigilancia que contribuya a establecer políticas y programas de prevención dirigidos a niños y adolescentes expuestos a maltrato.

Los escasos estudios realizados en España estiman una prevalencia del 1,5%, sospechándose que solamente son detectados el 10-20% de casos de maltrato existentes<sup>3</sup>. Los casos registrados proceden de los servicios de protección al menor, por lo que existe una evidente infraestimación, representado, dichos casos, la punta del iceberg.

Tradicionalmente se han considerado distintos tipos de factores de riesgo de maltrato infantil:

a) de tipo individual: edad joven de los padres en el nacimiento del hijo maltratado, antecedente de maltrato en éstos, problemas de abuso de drogas y alcohol y los trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión, sobre todo materna; b) de tipo familiar: familias monoparentales, familias numerosas con un número de hijos mayor a tres, la existencia de violencia en forma de peleas entre los padres, la separación precoz de la madre en el primer año de vida del niño y el nacimiento cercano de dos hijos y c) de tipo ambiental: bajo nivel socioeconómico y cultural junto con el aislamiento social.

En la Región de Murcia, el Servicio de Protección al Menor de la Consejería de Trabajo y Política Social es el responsable de la detección y seguimiento de los casos de maltrato.

Desde 1992 existe una asociación sin ánimo de lucro (AMAIM) cuyos objetivos son el estudio, orientación y asesoramiento, a las personas que lo soliciten, sobre maltrato en la infancia. Estas personas trabajan estrechamente con los profesionales de Servicios Sociales. Entre sus actuaciones debe destacarse la realización de diversas jornadas de ámbito estatal y regional dirigidas a los diversos profesionales implicados en el problema, la elaboración de una "Guía para maestros" y la oferta de un servicio telefónico, con horario limitado, para recogida de denuncias y asesoramiento ante sospecha de malos tratos a la infancia.

A la vista de la información consultada, parece conveniente intensificar el sistema de detección de casos de maltrato infantil así como de situaciones de riesgo, desde un enfoque multidisciplinar (servicios sociales, sanitarios, profesores, juristas,...), con la finalidad de valorar la carga real del problema, garantizar la intervención-seguimiento de los casos detectados y el apoyo social necesario.

## COMENTARIOS

Es de gran interés trabajar de manera multidisciplinar en la detección de factores de riesgo y casos de maltrato, de tal manera que se clarifiquen aspectos conceptuales y se clarifiquen las vías de notificación de casos.

Los profesionales de la salud, los maestros y vecinos son los primeros en sospechar situaciones de riesgo. Sin embargo, parece existir cierta dificultad a la hora de poner en conocimiento de los responsables sociales los casos de sospecha, esto puede ser debido a la complejidad del problema del maltrato infantil en sí mismo y a la inseguridad y conflictividad en la que pueden verse involucrados los denunciadores.

Tabla 7.3.- Número de casos y tasa de prevalencia según tipos de maltrato, referidos a Murcia y España (1997-1998).

Tipos de maltrato	C. Autónoma de Murcia		España	
	Nº de casos	Prevalencia (por 10.000 menores)	Nº de casos	Prevalencia (por 10.000 menores)
Físico	124	2,41	2.220	1,4
Emocional	156	3,03	3.944	2,5
Abuso sexual	11	0,21	396	0,3
Negligencia	450	8,75	9.629	6,2

Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia (analizando todos los expedientes de protección al menor incoado en España en 1997 y 1998). Información aportada por el Servicio de Protección al Menor. Consejería de Trabajo y Política Social de Murcia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morales JM, Zunzunegui V, Martínez Salceda. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit* 1997; 11: 231-241.
2. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et al. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report. Ottawa, Ontario: Minister of Publics Works and Government Services Canada, 2001.
3. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Ped* 1997. 47 (1): 33-41.

## **7.4. MALFORMACIONES CONGÉNITAS**

Maria Isabel Espín Ríos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Los últimos datos publicados sobre mortalidad infantil son los referidos al período 1995-1997 y en ellos se observa que la tasa para España fue de 5,35 por mil nacidos vivos, siendo para la Región de Murcia de 6,28, mostrándose esta última como la tasa más elevada de todas las comunidades autónomas peninsulares. Asimismo, nuestra Región es la comunidad que ha experimentado un menor descenso en su tasa de mortalidad infantil durante los últimos años analizados. Al intentar buscar las razones que expliquen estas diferencias, se observa que durante los años 1995-1997, la tasa de mortalidad neonatal nacional fue de 3,41 y para la Región de Murcia 4,24 (un 25% más elevada). Respecto a las causas de mortalidad infantil, se constata que la tasa para *anomalías congénitas* fue de 1,93 en España frente a 2,62 en la Región de Murcia, es decir, un 36% más elevada( 1).

De esta información se desprende que las malformaciones congénitas constituyen la primera causa de mortalidad infantil en la Región de Murcia.

La información disponible sobre malformaciones congénitas en la Región de Murcia procede del “Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas” (ECEMC) y del Centro de Bioquímica y Genética de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

El ECEMC es un programa de investigación clínica y epidemiológica sobre los defectos congénitos humanos, funciona desde 1976 y recoge información de 128 hospitales españoles que colaboran de manera voluntaria con dicho registro. El objetivo de este registro consiste en identificar las causas de los defectos congénitos, sean genéticas o ambientales, con la finalidad de prevenir la aparición de malformaciones en otras gestaciones.

Las frecuencias de defectos congénitos son calculadas en base a los nacimientos que se producen en cada uno de los hospitales adscritos al ECEMC.

Desde 1980 comenzaron a colaborar las maternidades de la Región de Murcia con el ECEMC y actualmente contribuyen el 100%. Para el año 1999 la cobertura de nacimientos de dicho registro

fue del 99,10%, sin embargo para el global de España únicamente fue del 27,58%. Por ello, la comparación de los datos de nuestra Región respecto a otras CCAA, y al conjunto de España, deben de valorarse con cautela.

En las tablas 7.4.1, 7.4.2 y 7.4.3. se presentan algunos datos obtenidos del ECEMC

TABLA 7.4.1.- PERIODO: Enero – 1997 / Diciembre – 2001

Distribución anual por Tipo de Presentación Clínica de los niños Malformados de la REGIÓN de MURCIA Y EN EL TOTAL DEL ECEMC.

Tipo de Presentación Clínica	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL MURCIA	TOTAL ECEMC*
Aislados	99	93	121	86	100	499	3703
Polimalformados	40	23	32	30	23	148	1097
Síndromes	30	20	19	20	13	102	758
TOTAL	169	136	172	136	136	749	5558

\* Excluidos datos de la Región de Murcia

TABLA 7.4.2.- PERIODO: Enero – 1997 / Diciembre – 2001

Distribución anual de los Síndromes observados en la REGIÓN de MURCIA Y EN EL TOTAL DEL ECEMC.

Síndrome	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL MURCIA	TOTAL ECEMC*
Síndrome de DOWN	25	12	15	17	11	80	484
Trisomía 13 homogénea	2	0	0	1	0	3	22
Acondrodisplasia	0	1	1	0	0	2	11
Condrodisplasia de tipo N.E.	0	1	0	1	0	2	17
Mosaico de Trisomía 21	0	1	0	0	1	2	6
Síndrome adrenogenital	1	0	0	1	0	2	17
Trisomía 18 homogénea	1	1	0	0	0	2	28
Albinismo de tipo N.E.	0	0	0	0	1	1	1
Deleción terminal 18q	0	1	0	0	0	1	2
Disostosis cleidocraneal	0	1	0	0	0	1	4
Duplicaciones (en tandem y en espejo)	0	1	0	0	0	1	3
Embriofetopatía por diabetes crónica	0	0	1	0	0	1	7
Embriofetopatía por diabetes gestacional	0	0	1	0	0	1	5
Enanismo tanatóforico	0	0	1	0	0	1	3
Hipoquinesia inespecífica de tipo N.E.	0	1	0	0	0	1	1
Poliquistosis renal infantil	1	0	0	0	0	1	4
TOTAL	30	20	19	20	13	102	860

\*Excluidos datos de la Región de Murcia.

TABLA 7.4.3.- PERIODO: Enero – 1997 / Diciembre – 2001

Distribución anual de los Cariotipos hechos en el ECEMC de la REGIÓN de MURCIA Y EN EL TOTAL DEL ECEMC.

Cariotipos hechos en el ECEMC	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL MURCIA	TOTAL ECEMC*
Normal	3	6	2	3	9	23	626
Numérico	0	0	2	1	3	6	256
Estruct.+FISH+Multiprobe Telom.	0	1	0	0	0	1	1
Otros cariotipos distintos	0	0	0	0	0	0	116
TOTAL	3	7	4	4	12	30	999

\*Datos excluidos los de la Región de Murcia.

La Unidad de Genética humana del Centro de Bioquímica y Genética de la Región de Murcia realiza estudios citogenéticos, incluidos técnicas de hibridación in situ fluorescente (FISH), a la población de la Región de Murcia previa solicitud de los profesionales sanitarios.

Durante el año 2001 se realizaron 266 estudios citogenéticos y 32 FISH en población hasta 14 años de edad.

Fueron detectadas 28 anomalías numéricas de los cromosomas:

- . S. de Down: 20
- . S. de Patau: 3
- . S. de Edwards: 2
- . S. de Klinefelter: 2
- . Cromosoma extra idic (15): 1

Anomalías estructurales: 12

Otros síndromes: 6

- . S. de Di George: 2
- . S. Hembras XY: 2
- . S. X-fragil: 2

La información aportada por el ECEMC es independiente de la del Centro de Bioquímica y Genética de la Región de Murcia. Al no existir coordinación entre ambos podrían haber datos no recabados por el ECEMC y que se encuentran en los del Centro de Bioquímica e incluso pueden existir repeticiones.

Según el ECEMC, en el periodo 1997-2001 se detectaron 749 casos de niños con malformaciones, durante los tres primeros días de vida. La mayor parte de los casos (66,6%) corresponden a defectos congénitos aislados (99,8 casos/año), el 19,75% a polimalformados (29,6 casos/año) y el 13,6% a síndromes (20,4 casos/año).

El síndrome más frecuentemente detectado fue el S. de Down, con una incidencia aproximada para el año 2001 de 0,78 por mil nacidos ( según datos ECEMC) y 1,78 ( según datos del Centro de Bioquímica y Genética de Murcia), ambas incidencias se encuentran dentro de los intervalos aportados por la bibliografía.

Es de destacar que durante el año 2001 se han detectado 2 casos de Síndrome X-fragil en población hasta 14 años de edad en nuestra Región. Este síndrome es considerado como la causa más frecuente de retraso mental en varones y la segunda cromosopatía más frecuente después del S. de Down. En España no existen datos fiables de incidencia, pero se estima que su frecuencia es de 1:4000 nacimientos, una portadora por cada 800 y un portador cada 5000. Parece interesante mejorar la detección de casos y portadores por el importante riesgo de transmitir este síndrome a los descendientes y poder beneficiarse del Consejo Genético.

Recientemente, el Instituto de Salud Carlos III pretende constituir una unidad mixta que incluya el ECEMC, con el objetivo de desarrollar, posteriormente, el centro nacional de investigación de anomalías congénitas, que posibilite futuros dispositivos de diagnóstico y conocimiento científico que se vayan generando en esta área.

## BIBLIOGRAFIA

Cirera L, García J. Mortalidad infantil en la Región de Murcia. 1980-1997. Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia. Vol. 22, Nº 622. Julio 2001.

Bermejo Sánchez E, Martínez Frías ML. Vigilancia Epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 21 años (período 1980-2000). Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología 2001. Serie IV, nº 6: 47-119.

## **7.5. VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO**

**MARIA ISABEL ESPÍN RÍOS<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Protección y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

En el contexto del desarrollo de actividades preventivas en Atención Primaria de Salud, en el año 1993 se puso en marcha el Programa de Atención al Niño (PAN) de la Región de Murcia, fruto del trabajo y colaboración de diversos profesionales relacionados con la atención al niño. Desde entonces se encuentra ampliamente implantado y goza de una gran aceptación por parte de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de los usuarios.

El programa pretende la atención integral al niño, cubriendo aspectos físicos, sociales y psicológicos, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, promoviendo actividades de protección y promoción de la salud tanto a nivel individual como comunitario.

En cuanto a los contenidos, contempla los siguientes aspectos: actividades de captación al programa (desde la etapa de recién nacido y a cualquier edad, haciendo especial hincapié en los niños de riesgo), seguimiento periódico del niño a través de los controles de salud establecidos, inmunizaciones, aspectos relativos al medio ambiente escolar, salud mental y participación comunitaria.

Se estableció un sistema de evaluación de los objetivos y actividades del Programa y a finales de 1994 se realizó una esmerada evaluación del PAN, a nivel Regional, cuyos principales resultados fueron los siguientes:

- Entre el 75 y el 80% de los profesionales de los equipos de atención primaria manifestaban que los objetivos del PAN eran “adecuados” y “alcanzables”.
- Como actividades más problemáticas de llevar a cabo se identificaban las relacionadas con la valoración del desarrollo psicomotor del niño, órganos sensoriales y salud mental.
- El factor “tiempo” se identifica como parte muy importante e inherente a la dificultad de realización de algunas actividades.

- Se observaba una tendencia a realizar las actividades, dirigidas a escolares, en el centro de salud y no en el centro docente en base a obtener una mejor calidad del servicio y en detrimento de una menor captación de niños.

- Existían áreas de deficiente cumplimentación: realización de la visita domiciliaria al recién nacido, actividades medioambientales y las de participación comunitaria.

- El 27% de los equipos de atención primaria realizaban la evaluación del PAN con los indicadores establecidos en la Cartera de Servicios, el 14,5% solo realizaba la evaluación incluida en el PAN, el 35,5% realizaban más de un tipo de evaluación y el resto no realizaban evaluación.

- Respecto a las necesidades de formación, los tres primeros temas priorizados por los pediatras fueron: oftalmoscopia, trastornos del aprendizaje y salud mental infanto-juvenil. Los enfermeros manifestaban los siguientes: promoción de la salud, evaluación de la mejora de la calidad asistencial, programación y protocolización.

- Entre el 76 y 70% de los profesionales de atención primaria manifestaban la necesidad de elaborar protocolos regionales. Los pediatras priorizaban los temas: ortopedia, asma infantil e infecciones urinarias. Los enfermeros: diabetes, inmunizaciones y alimentación.

Desde entonces, los indicadores de evaluación del PAN han ido abandonándose poco a poco y los criterios de evaluación utilizados por los Equipos de Atención Primaria y las Gerencias de Atención Primaria han sido los de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, elaborados por el antiguo INSALUD.

En las tablas 7.5.1. 7.5.2. y 7.5.3. se ofrecen los resultados de la evaluación de los Servicios relativos a la atención de la población infantil. Respecto a estos resultados hay que hacer constar que los datos de cobertura presentan algunos inconvenientes, el numerador corresponde a niños incluidos en el servicio y el denominador a la población del año de referencia ofrecida por la Dirección General del INSALUD (Madrid) y no se encuentra corregida para la población que se pretende evaluar, por ello algunas coberturas son superiores al 100%.

**Tabla 7.5.1.- Evaluación de la Cartera de Servicios de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia\*. Período 1997-2001.**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura % 1997</b>	<b>Cobertura % 1998</b>	<b>Cobertura % 1999</b>	<b>Cobertura % 2000</b>	<b>Cobertura % 2001</b>
Consulta niños (0-14 años)	62.2	68.5	61.0	67.8	79.4
Vacunaciones en la Infancia	77.5	81.9	76.2	83.1	72.6
Revis. niño sano 0-23 meses	115.8	100.2	99.6	102.9	96.8
Revis. niño sano 2-5 años	69.6	73.3	100.4	73.5	53.2
Revis. niño sano 6-14 años	56.7	62.0	56.4	60.8	40.4
Información sanitaria en escuela	6.9	8.0	10.8	11.6	11.1
Prevención caries infantil	24.4	29.7	27.7	24.6	42.8

\* Gestiona las Areas de Salud de Murcia, Noroeste, Altiplano y Vega del Segura.

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

**Tabla 7.5.2.- Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Cartagena. Período 1997-2001.**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura % 1997</b>	<b>Cobertura % 1998</b>	<b>Cobertura % 1999</b>	<b>Cobertura % 2000</b>	<b>Cobertura % 2001</b>
Consulta niños (0-14 años)	134,5	140,7	103,2	111,9	120,7
Vacunaciones en la Infancia	114,4	114,6	108,6	113,9	106,5
Revis. niño sano 0-23 meses	176,7	142,5	137,2	157,7	151,8
Revis. niño sano 2-5 años	94,3	76,0	78,8	76,0	78,0
Revis. niño sano 6-14 años	66,6	78,4	63,5	67,9	70,9
Información sanitaria en escuela	39,2	43,3	34,3	28,6	30,1
Prevención caries infantil	75,4	88,0	95,8	96,9	105,8

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

**Tabla 7.5.3.- Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Lorca. Período 1997-2001.**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura % 1997</b>	<b>Cobertura % 1998</b>	<b>Cobertura % 1999</b>	<b>Cobertura % 2000</b>	<b>Cobertura % 2001</b>
Consulta niños (0-14 años)	125,0	140,1	112,7	109,9	108,0
Vacunaciones en la Infancia	82,1	91,6	93,7	91,4	88,6
Revis. niño sano 0-23 meses	165,2	151,0	148,7	158,2	145,5
Revis. niño sano 2-5 años	88,5	81,4	84,1	81,8	77,2
Revis. niño sano 6-14 años	59,9	67,8	75,3	70,5	71,4
Información sanitaria en escuela	100,0	89,4	93	79,1	92,98
Prevención caries infantil	29,9	47,4	51	61,9	65,8

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

Al intentar valorar esta información, se observa que los resultados difieren bastante entre las distintas áreas de salud y entre servicios. Los indicadores correspondientes a los dos primeros años de vida alcanzan una mejor cobertura que para edades posteriores.

En resumen, se identifican distintos aspectos del PAN que podrían ser mejorados, estos son:

- Áreas de actuación del PAN con dificultades de realización por parte de los profesionales sanitarios.
- Escaso tiempo disponible para realizar algunas actividades propuestas.
- Insuficiente cumplimentación de la historia clínica (probablemente debido a la existencia de demasiadas variables, algunas de ellas no consideradas como relevantes).
- Necesidades de actualización de los conocimientos y formación, por parte de los responsables del PAN.
- Conveniencia de revisar algunas áreas temáticas y actualización si se considera necesario.
- Establecer un único sistema de evaluación Regional y mejorar la calidad de la información.

**8. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:  
INCIDENCIA Y LETALIDAD POR INFARTO AGUDO  
DE MIOCARDIO, HIPERTENSIÓN E  
HIPERCOLESTEROLEMIA.**

Dra. María José Tormo Díaz<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología; Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo  
de Murcia

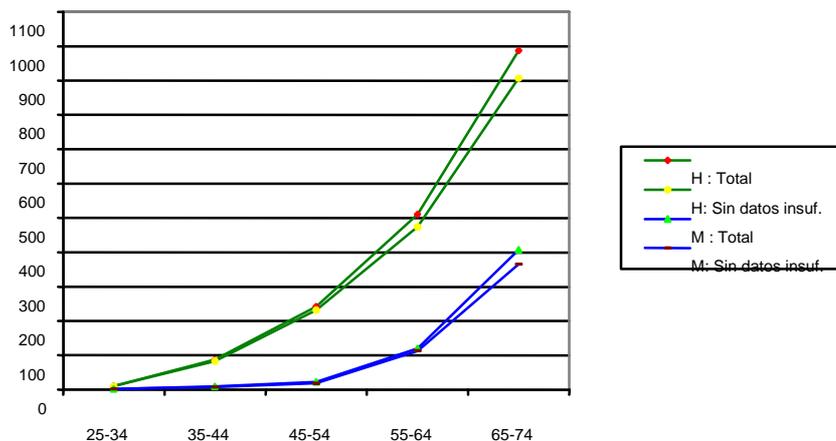
## 8.1. INCIDENCIA Y LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

El estudio IBERICA ha consistido en un registro poblacional de IAM activo en la Región de Murcia desde mediados de 1996 a finales de 1998(1). Durante ese tiempo se han recogido todos los casos de IAM, mortales o no, acaecidos en la población residente de 25 a 74 años. El objetivo era conocer, entre otras cosas, el riesgo poblacional de sufrir un episodio de IAM así como la letalidad. Los casos detectados se han clasificado como fatales o no fatales, según hayan sobrevivido 28 días al episodio de infarto y, siguiendo el algoritmo propuesto por el estudio MONICA, se han clasificado en casos seguros, posibles y con datos insuficientes según los síntomas clínicos, enzimas, electrocardiograma, existencia de historia previa de isquemia coronaria o los hallazgos a la autopsia, en el caso de los episodios fatales. Los casos seguros son los que tienen síntomas y/o ECG y/o enzimas compatibles con infarto agudo. También se incluyen los casos fatales con autopsia. Casos posibles son los que no teniendo toda la información para ser considerados como infartos seguros tienen datos clínicos o de laboratorio compatibles con infarto agudo. Por último, una proporción de historias clínicas no permiten rechazar ni confirmar el caso como infarto. Estos casos se consideran como con datos insuficientes. El riesgo poblacional de IAM se muestra aquí como la tasa de incidencia acumulada o *tasa de ataque* que es el riesgo de padecer un infarto nuevo tanto en personas libres de ese antecedente como en personas que ya han tenido un IAM previo. La letalidad por IAM se refiere al porcentaje de IAM que mueren en los 28 días posteriores al inicio de los síntomas del total de IAM ocurridos. El estudio IBERICA se ha realizado coordinadamente con otras 7 áreas españolas y reproduce la metodología del estudio MONICA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que se cuenta con abundantes datos comparativos tanto nacionales como internacionales.

Consistentemente con el estudio MONICA de la OMS se incluyen en los resultados dos tipos de tasas: una que tiene en cuenta sólo los casos de IAM seguros o posibles (basado en una definición de IAM muy específica) y otra en la que además se incluyen los denominados datos insuficientes o casos en donde es imposible descartar que sea un IAM pero tampoco se pueden incluir en la categoría de seguros o posibles (definición menos específica pero muy sensible). En general nos referiremos aquí a los resultados de la definición más sensible incluyendo casos de IAM seguros, posibles y con datos insuficientes.

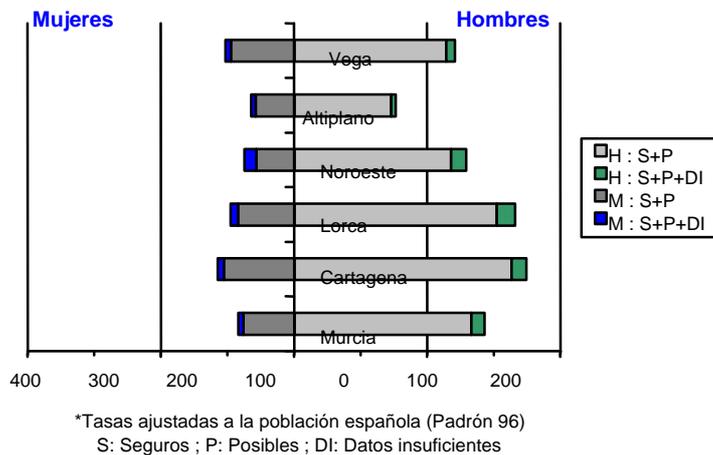
Durante los años 1997-1998, años completos del Registro, se identificaron 2.326 casos de IAM compatibles con la definición operativa de caso utilizada(2). Tres de cada 4 casos de IAM ocurrieron en hombres. Uno de cada tres IAM falleció en los siguientes 28 días como consecuencia del mismo. La gráfica 8.1 muestra las tasas específicas de ataque, por grupos de edad y sexo. Las tasas comienzan a aumentar en los hombres en los grupos de edad de 45 a 54 años mientras en las mujeres lo hacen una década después (55-64 años) aunque siempre con unas tasas muy inferiores a las de los hombres. El riesgo de IAM poblacional para todos los grupos de edad es de 273,9 por 100.000 hombres de 25 a 74 años y 3 veces menor (85,9) en las mujeres. Las tasas de ataque por áreas sanitarias se muestran en la gráfica 8.2. Las tasas se presentan estandarizadas por edad para evitar la distorsión que la diferentes composición etaria de las áreas sanitarias pudiera ocasionar. En los hombres el área de Cartagena es la que presenta una incidencia acumulada significativamente superior al resto mientras que las áreas del Altiplano y la Vega del Segura están por debajo de la media regional. En las mujeres, debido al menor número de IAM, las tasas por áreas no llegan a diferir significativamente de la media regional, sin embargo, Cartagena presenta las tasas mas elevadas y el Altiplano las menores.

Gráfica 8.1 Tasas específicas de ataque según grupos de edad (25-74 años), sexo y categorías diagnósticas MONICA (IAM no fatales seguros y fatales seguros, posibles y datos insuficientes): Tasas medias bianuales por 100.000 habitantes. Región de Murcia: 1997-1998.



Fuente: Estudio Iberica, Servicio de Epidemiología

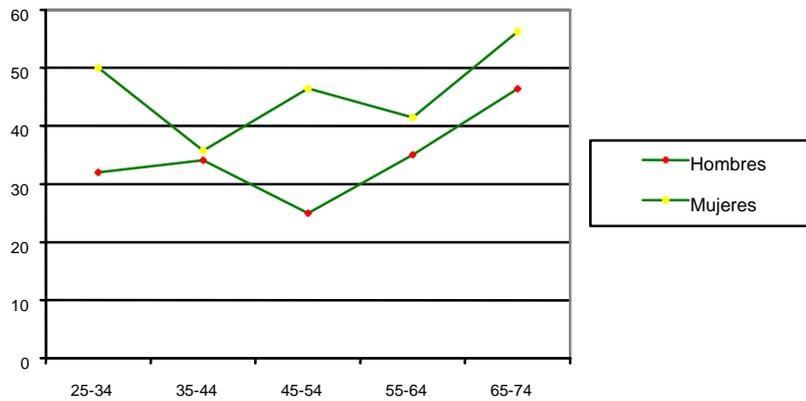
Gráfica 8.2 Tasas estandarizadas de ataque para cada área de salud según sexo y categorías diagnósticas MONICA (IAM seguro, posible y datos insuficientes) en población de 25-74 años: Tasas medias bianuales por 100.000 habitantes. Región de Murcia: 1997-1998.



Fuente: Estudio Iberica, Servicio de Epidemiología

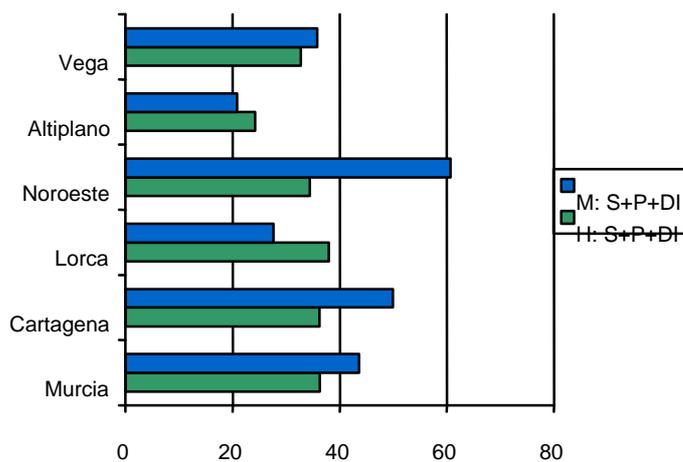
Si bien la incidencia acumulada tiene que ver con el balance entre factores protectores y de riesgo a los que está expuesta la población así como a la susceptibilidad genética, la letalidad tiene que ver más con la rápida identificación de síntomas así como con la urgente instauración del tratamiento adecuado y la co-morbilidad (diabetes, edad avanzada, etc.) de los afectados. La gráfica 8.3 muestra que la letalidad es superior, en todos los grupos de edad, en las mujeres que en los hombres. Globalmente 4 de cada 10 personas infartadas (38%) mueren en los 28 días siguientes por motivo del IAM. Las tasas son, sin embargo, del 35,5% en hombres y del 45,7% en mujeres. Por áreas sanitarias (gráfica 8.4) los hombres no presentan diferencias significativas aunque las áreas con mayor letalidad serían las de Lorca, Cartagena y Murcia y la de menor la del Altiplano (basada en tan sólo 10 casos letales). En las mujeres la letalidad es más elevada en las áreas del Noroeste (basada en 17 casos) y en Cartagena siendo significativamente inferiores en el área de Lora y del Altiplano (basada en 5 casos).

Gráfica 8.3 Letalidad total (%) por sexo y grupos de edad (25-74 años) por categorías diagnósticas MONICA (IAM no fatales seguros y fatales seguros, posibles y datos insuficientes): Región de Murcia: 1997-1998.



Fuente: Estudio Iberica, Servicio de Epidemiología

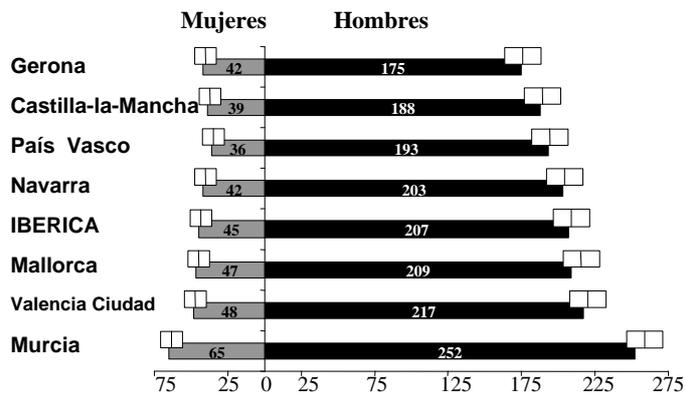
Gráfica 8.4 Letalidad (%) para cada área de salud y categorías diagnósticas MONICA (IAM seguro, posible y datos insuficientes) en población de 25-74 años: Región de Murcia: 1997-1998.



Fuente: Estudio Iberica, Servicio de Epidemiología

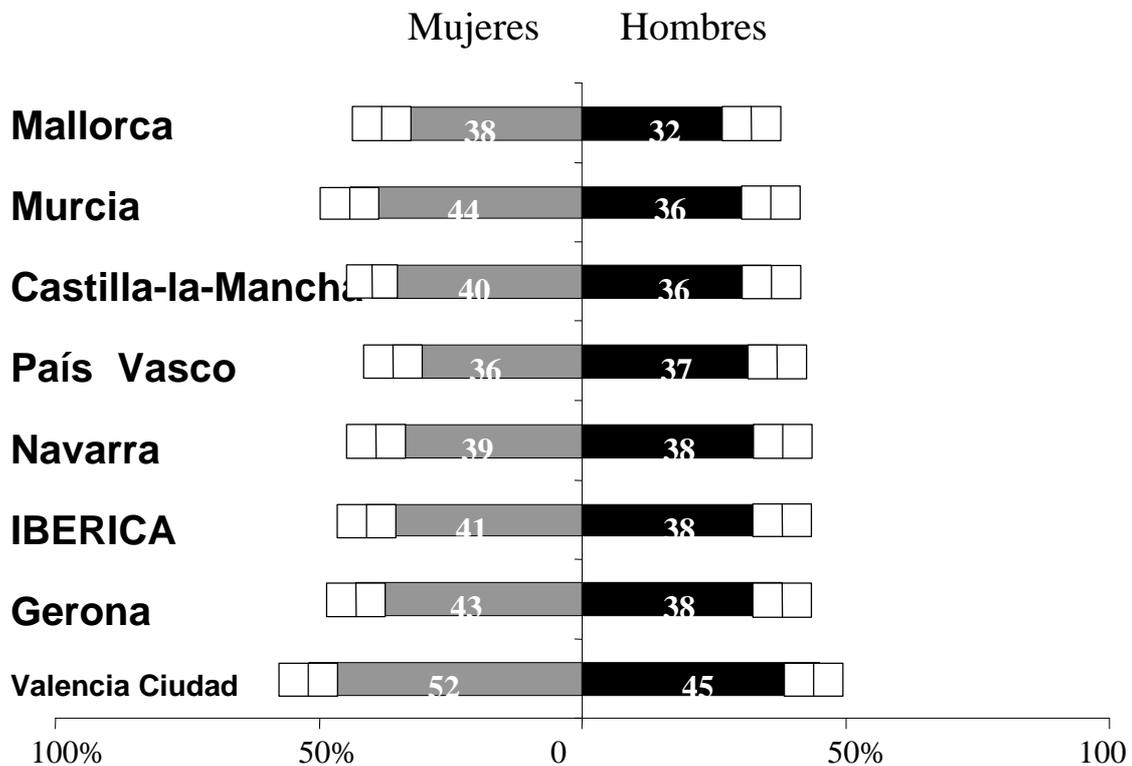
Las tasas de ataque por IAM en las 7 áreas españolas del estudio IBERICA se muestran en la gráfica 8.5 (3) Murcia presenta la mayor tasa de ataque en ambos sexos siendo estas diferencias significativas. La gráfica 8.6. presenta las tasas de letalidad, por sexos y áreas españolas participantes en el estudio IBERICA, estandarizadas por edad (4). La Región de Murcia presenta, para ambos sexos, tasas sin diferencias estadísticas con la media del estudio IBERICA español. Sin embargo, se confirma para el total de las áreas españolas estudiadas la todavía elevada letalidad por IAM donde 4 de cada 10 personas afectadas fallece.

Gráfica 8.5 Tasas de ataque (incidencia acumulada) de infarto agudo de miocardio estandarizadas por edad en 7 áreas de España, años 1997-98, en personas de 25 a 74 años. Estudio IBERICA. Casos seguros no fatales así como casos fatales seguros, posibles y datos insuficientes.



Fuente: estudio Iberica, referencia 3

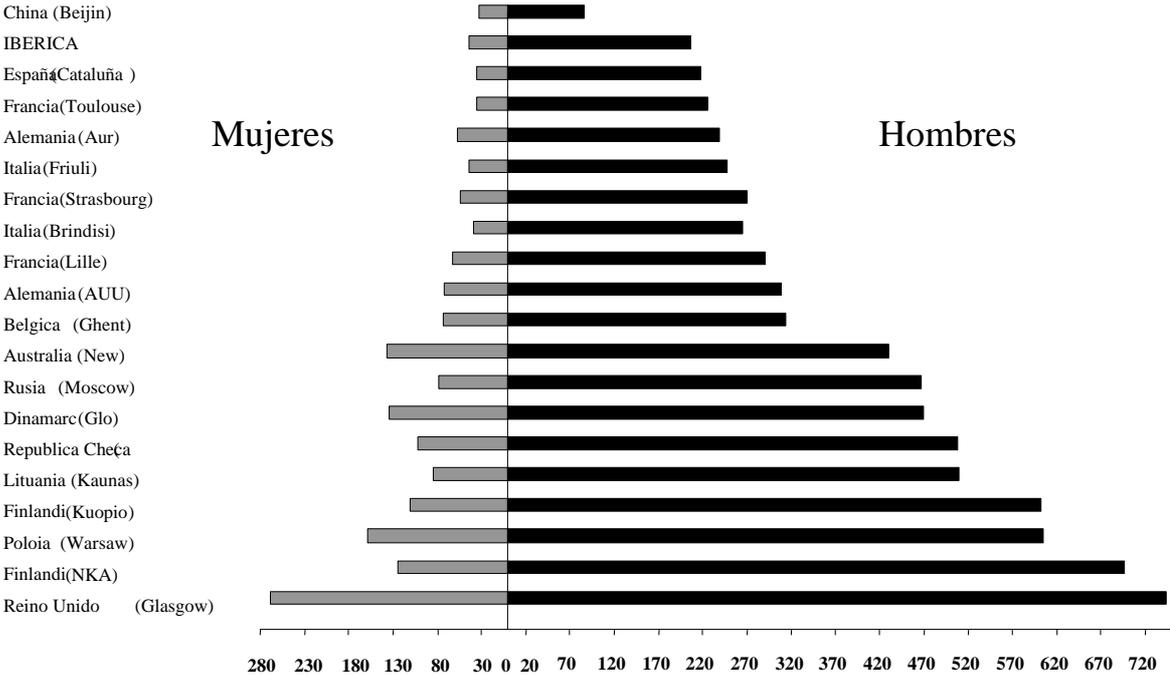
Gráfica 8.6 Tasas de letalidad de infarto agudo de miocardio estandarizadas por edad en 7 áreas de España, años 1997-98, en personas de 25 a 74 años. Estudio IBERICA. Casos seguros no fatales así como casos fatales seguros, posibles y datos insuficientes.



Fuente: Estudio Iberica, referencia 4

Por último, los datos comparativos de las tasas de ataque del estudio español IBERICA con las ofrecidas por el estudio MONICA de la OMS para los grupos de edad 35-64 años se presentan en la gráfica 8.7(3). El estudio IBERICA español, así como el IBERICA Murcia, presenta las tasas de ataque menores de las registradas en el estudio MONICA aunque hay que señalar que las cifras del estudio MONICA, son las medias del periodo 1984-1995 (5) mientras las del IBERICA son las medias del periodo 1997-1998 y que las tasas han evolucionado de diferente forma en las diferentes áreas MONICA con aumentos en los ex países comunistas y en los en vía de desarrollo y descensos en los países más desarrollados.

Gráfica 8.7 Tasa de ataque de infarto agudo de miocardio por sexo, estandarizada por edad. Casos seguros no fatales así como casos fatales seguros, posibles y datos insuficientes en una selección de regiones participantes en el estudio MONICA de la OMS (datos agregados de 1984-95) y en las 7 áreas del estudio español IBERICA (datos agregados de 1997-98). Población de 35 a 65 años sólo.



Fuente: Estudio Iberica, referencia 3

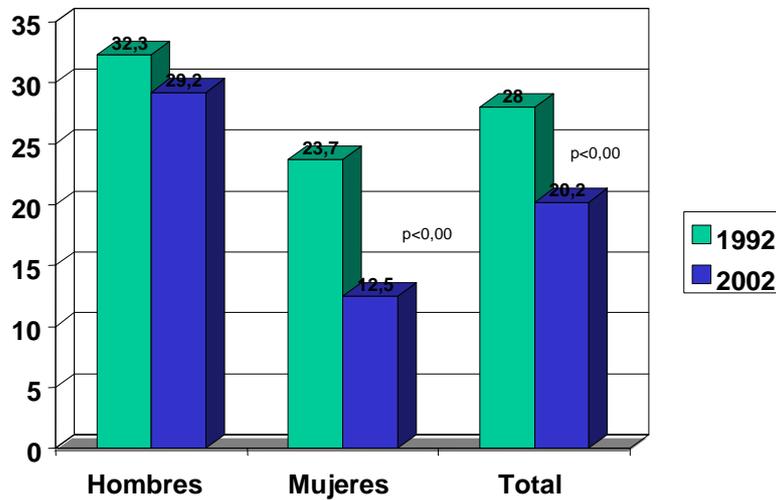
En cuanto a los aspectos relacionados con la accesibilidad y tratamiento de los pacientes infartados es interesante reseñar que el tiempo de demora extrahospitalario (mediana del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la primera monitorización del IAM, usualmente a través de un ECG) es, en promedio, media hora mas largo en las mujeres (143 minutos) que en los hombres (120 minutos), siendo el tiempo de demora intrahospitalario (desde que el paciente es monitorizado hasta que se le instaura el tratamiento de elección) idéntico (35 minutos). Por otra parte, la mitad (48%) de los hombres infartados reciben el tratamiento de elección – la trombolisis- mientras que en las mujeres la proporción es de una de cada tres (34,3%) infartadas.

## 8.2 HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para el accidente cerebrovascular además de estar fuertemente asociado a la insuficiencia cardíaca, al infarto agudo de miocardio y a la mortalidad total. La Región de Murcia presenta una de las cifras más elevadas de mortalidad por accidente cerebrovascular de las descritas en el contexto español. En 1992 se llevó a cabo una encuesta poblacional sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población de 18 a 65 años residentes en la Región (6)(7)(8). Este estudio venía a actualizar uno pionero realizado a principio de los 80 en donde se encontró una prevalencia elevada (26%) y un control escaso (5%)<sup>1</sup>. Por otra parte, en la actualidad se está llevando a cabo una encuesta de prevalencia de diabetes, nutrición y obesidad (Programa DINO<sup>1</sup>) que vendrá a actualizar los datos recogidos una década antes. Dentro de las variables medidas está la tensión arterial. En el momento de realizar este informe se ha llevado a cabo el estudio en el 44% de la muestra así que, con cautela, se utilizarán los datos aquí obtenidos para evaluar la evolución de la prevalencia de hipertensión en la Región.

Siguiendo recomendaciones actuales se ha considerado como hipertensa aquella persona con tensión arterial sistólica (TAS)  $\geq 140$  mm Hg ó con tensión arterial diastólica (TAD)  $\geq 90$  mm Hg ó con tratamiento farmacológico antihipertensivo. La gráfica 8.8 indica la evolución de la prevalencia de la hipertensión arterial de 1992 a 2002 utilizando del estudio DINO tan sólo a las personas de 20-65 años por comparabilidad con el estudio realizado en 1992. La prevalencia total de hipertensión arterial ha descendido significativamente ha expensas del descenso experimentado por las mujeres que han reducido casi a la mitad las cifras observadas en 1992. Uno de cada 5 murcianos comprendidos en el rango de edad bajo estudio serían hipertensos.

Gráfica 8.8 Evolución de la prevalencia (%) de hipertensión arterial (T sistólica  $\geq 140$  mm Hg ó con T diastólica  $\geq 90$  mm Hg ó con tratamiento farmacológico) entre 1992-2002<sup>a</sup>.



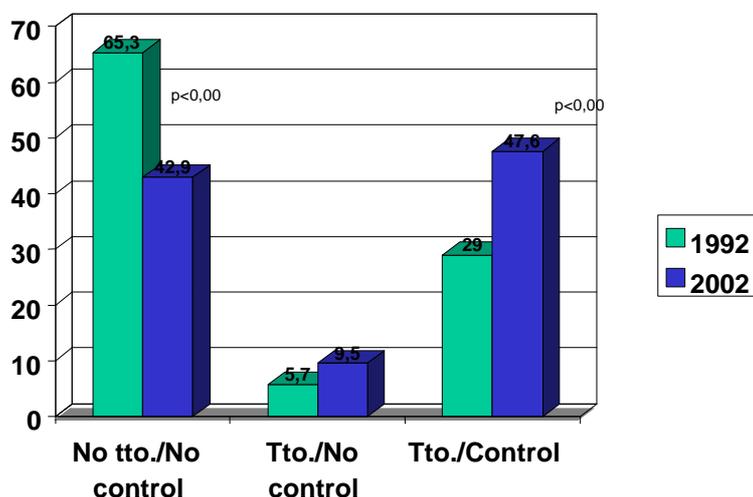
<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia 1992 y datos preliminares del Programa DINO (Dieta, Nutrición y Obesidad) 2002.

La gráfica 8.9 muestra la evolución del tratamiento y control experimentado por la hipertensión arterial en la Región. Si consideramos la hipertensión *definida* (T sistólica  $\geq 160$  mm Hg ó T diastólica  $\geq 95$  mm Hg ó con tto. farmacológico) según terminología de la OMS, para la única categoría que contamos con comparaciones en 1992, el control ha mejorado ostensiblemente con una reducción de casi 20 puntos en el porcentaje de personas hipertensas no tratadas y no controladas y con un aumento paralelo en los tratados y controlados. Las mujeres son las que más han mejorado (datos no mostrados). Sin embargo, si consideramos la definición de hipertensión arterial actualmente en vigor (T sistólica  $\geq 140$  mm Hg ó T diastólica  $\geq 90$  mm Hg ó con tto. farmacológico) tan sólo el 13,3% de las personas hipertensas estarían tratadas y controladas mientras el 73,3% no lo estarían.

<sup>1</sup> El Programa DINO (FIS exp. 01/0711) cuenta como investigadores a: MJ Tormo (IP), C Navarro, R Marco, JM Egea, D Pérez- Flores, J Ortola , L González-Sicilia, FJ Tebar, M Sánchez-Pinilla, M Flores y J Cava.

Gráfica 8.9 Evolución del tratamiento y el control de la hipertensión arterial (sólo T sistólica  $\geq$  160 mm Hg ó con T diastólica  $\geq$  95 mm Hg ó con tratamiento farmacológico) entre 1992-2002<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia 1992 y datos preliminares del Programa DINO (Dieta, Nutrición y Obesidad) 2002.

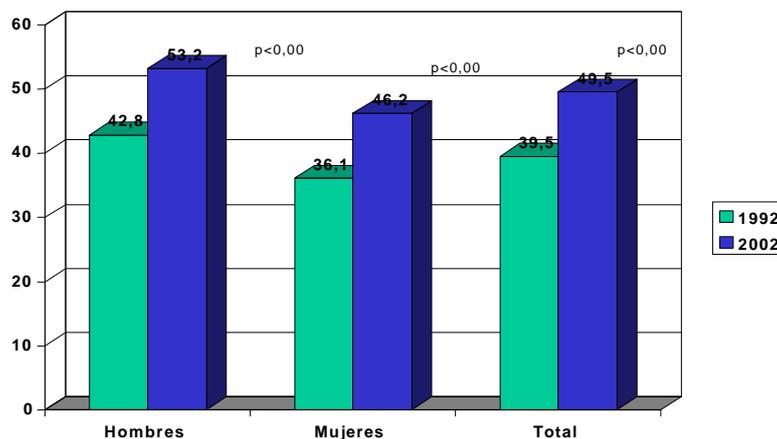
En niños, las cifras del estudio multicéntrico RICARDIN (Riesgo Cardiovascular en la Infancia) llevado a cabo durante los cursos escolares 1991-1993 y en el que participó Murcia junto a centros de otras 7 CC.AA. indica que, para niños de 6 a 18 años (aproximadamente 1.300 por centro) la mediana de la tensión arterial sistólica (TAS) va de 103 mm Hg en niños de 6 años a 113 mm Hg a los 12 y de 130 mm Hg a los 18 años (10)(11). La mediana de las cifras de TAD (fase IV de Korotkoff hasta los 12 años y fase V a partir de los 13) en niños de esas edades sería 62, 70 y 68 mm Hg respectivamente. En las niñas la mediana de la TAS para esas edades sería 103, 112 y 116 mm Hg y de la TAD sería 63, 69 y 64 mm Hg, respectivamente. No existe un criterio establecido y generalmente aceptado para la definición de hipertensión en la infancia. La clasificación más extendida (US Task Force. Pediatrics 1987;79:1-25) considera tensión arterial *normal elevada* lecturas repetidas entre el percentil 90 y 95 correspondientes a su edad y sexo; e hipertensión arterial los valores iguales o superiores al percentil 95 al menos en tres ocasiones.

### 8.3 HIPERCOLESTEROLEMIA

La hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo más importantes de la arteriosclerosis estando consistentemente asociada a un elevado riesgo coronario y a otras complicaciones isquémicas vasculares. Los datos más completos con que se cuenta sobre los niveles de colesterol y otros lípidos plasmáticos en población general adulta de la Región de Murcia provienen del estudio de Factores de Riesgo cardiovascular realizado en 1992 (6)(7) . Más recientemente se han medido también los niveles de colesterol de aproximadamente la mitad de la muestra seleccionada para el estudio DINO.

La gráfica 8.10 indica la evolución de la prevalencia de la hipercolesterolemia (colesterol total  $\geq 200$  mg/dl) entre 1992 y 2002. La prevalencia ha aumentado tanto en hombres como en mujeres aunque este aumento se produce tan sólo en los niveles de colesterol comprendidos entre 200 y 250 mg/dl manteniéndose estables las prevalencias para niveles de colesterol más elevados (datos no mostrados). Una de cada dos personas tendría niveles elevados de colesterol sérico.

Gráfica 8.10 Evolución de la prevalencia (%) de hipercolesterolemia (colesterol total  $\geq 200$  mg/dl) entre 1992-2002<sup>a</sup>.

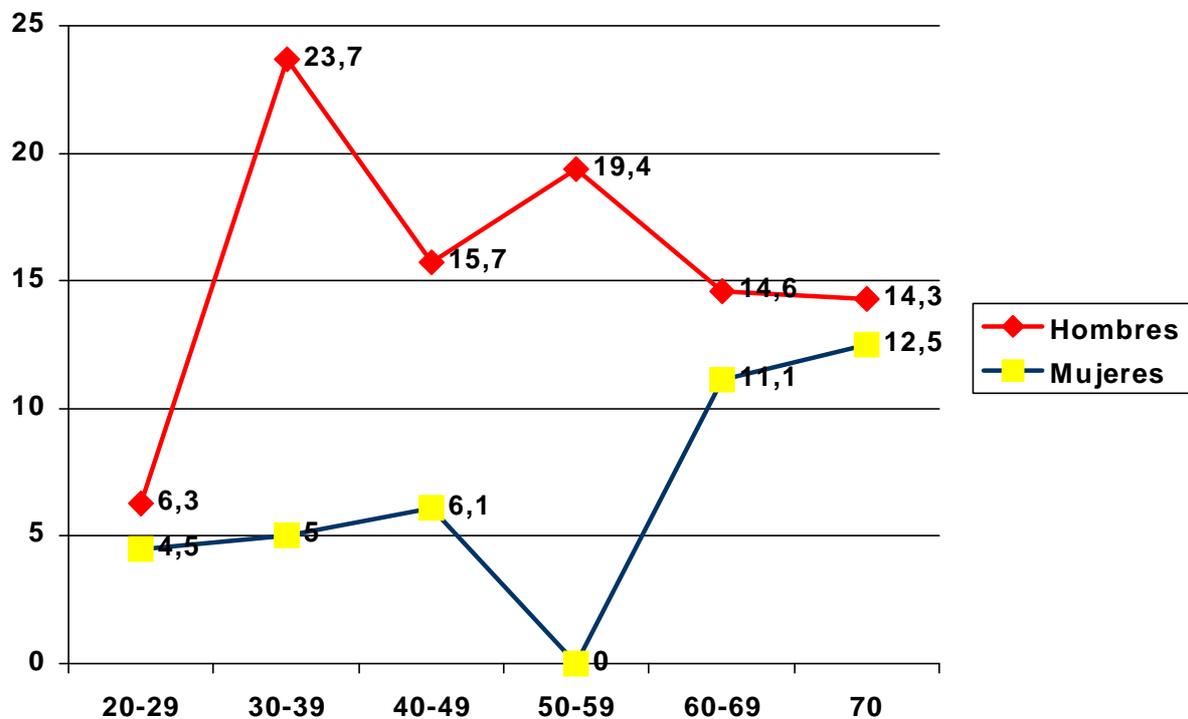


<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia 1992 y datos preliminares del Programa DINO (Dieta, Nutrición y Obesidad) 2002.

La gráfica 8.11 presenta la prevalencia, por grupos de edad y sexo, de la concentración sérica de riesgo de la fracción HDL del colesterol total. Riesgo se considera cuando la HDL-colesterol está por debajo de 39 mg/dl en hombres y de 43 mg/dl en mujeres. Las situación de riesgo es, para cualquier grupo de edad, más frecuente en hombres y, especialmente, en las edades medias de la vida tendiendo a igualarse a partir de los 70 años. Globalmente una de cada 10 personas estaría en situación de riesgo siendo el doble de frecuente en los hombres (15,4%) que en las mujeres (6,1%).

Gráfica 8.11 Evolución de la prevalencia (%) de HDL-colesterol de riesgo (<39 mg/dl en hombres y <43 mg/dl en mujeres) entre 1992-2002<sup>a</sup>.



Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia 1992 y datos preliminares del Programa DINO (Dieta, Nutrición y Obesidad) 2002.

El estudio RICARDIN ofrece algunos datos referentes al colesterol en población infantil(11). Así el promedio de colesterol sérico encontrado en los niños de 6 a 18 años de Murcia era de 159 mg/dl sólo por debajo del encontrado en Asturias y por encima del detectado en Badajoz, Lugo, Madrid, Barcelona y Vizcaya. En las niñas la media era de 162 mg/dl junto al observado en Vizcaya, por debajo del de Asturias y por encima de las restantes provincias. Los niños y niñas de Murcia

presentaron sin embargo las más cifras elevadas de colesterol HDL (68,3 y 69 mg/dl, respectivamente) que las otras dos provincias, Madrid y Vizcaya, donde también se llevó a cabo esta determinación.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Garcia J, Fiol M, Cabades A, Sala J, Marrugat J, Elosua R et al. [Variability in the In-Hospital Management of Acute Myocardial Infarction in Spain. IBERICA Study]. Rev Esp Cardiol 2001; 54:443-452.
2. Tormo MJ, García J, Cirera LI, Navarro C, Martínez C, Contreras J, Madrigal de Torres E, Marco R, Rodríguez M por los investigadores y colaboradores del estudio IBERICA-Murcia. Epidemiología del infarto agudo de miocardio en la Región de Murcia: Estudio IBERICA. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública 2002 (documento en preparación).
3. Marrugat J et al and the IBERICA investigators. Population acute myocardial infarction incidence and mortality rates variability in Spain 1997 and 1998 in the IBERICA study 2002 (original enviado a revisar).
4. García J, Elosua R, Tormo MJ et al por los investigadores del estudio IBERICA. Letalidad poblacional por infarto agudo de miocardio en siete comunidades autónomas de España. Estudio IBERICA 2002 (original en preparación)
5. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet 1999; 353:1547-1557.
6. Tormo Diaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Perez-Flores D. Factores de riesgo cardiovasculares en la Región de Murcia, 1992. 2000. Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo.
7. Tormo Diaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Perez FD. [Cardiovascular risk factors in the region of Murcia, Spain]. Rev Esp Salud Publica 1997; 71:515-529.
8. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Perez-Flores D. Prevalence and control of arterial hypertension in the south-east of Spain: a radical but still insufficient improvement. Eur J Epidemiol 1997; 13:301-308.
9. Ramirez RP, Moreno GS, Abellan AJ, Merino GE, Merino SJ. [Prevalence of arterial hypertension and its distribution in the population of Murcia]. Med Clin (Barc ) 1984; 83:188-191.
10. Grupo cooperativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: valores de referencia. An Esp Pediatr 1995; 43:11-17.

11. Brotons CC, Gabriel SR, Muniz GJ, Ribera SA, Malaga GS, Aranzubia ES et al. Patrón de la distribución de colesterol total y cHDL en niños y adolescentes españoles: estudio RICARDIN. Med Clin (Barc ) 2000; 115:644-649.
-

## 9. CÁNCER

Carmen Navarro Sánchez<sup>1</sup>

María Dolores Chirlaque López<sup>1</sup>

---

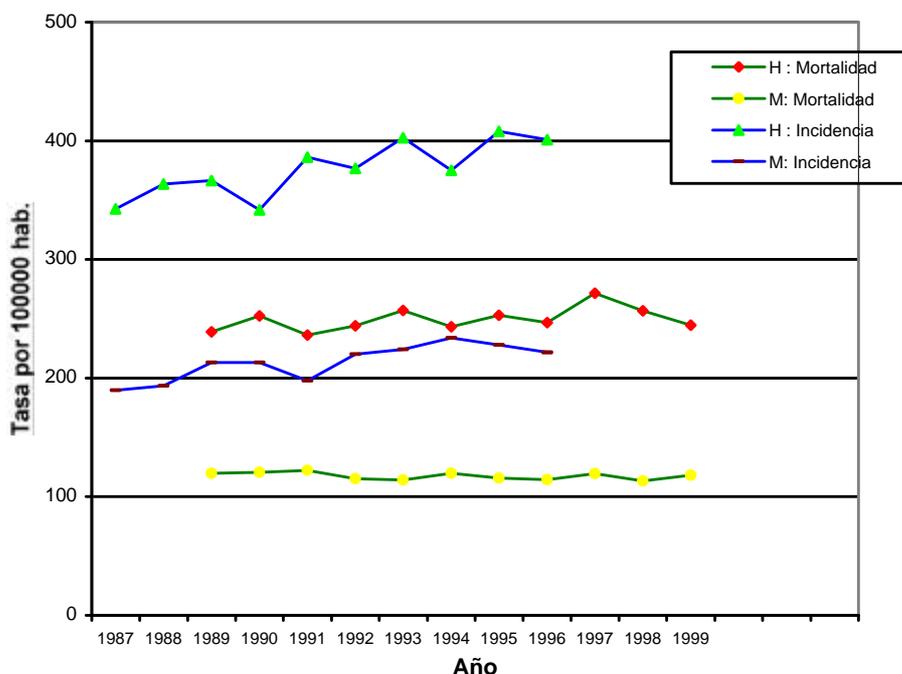
<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo

El cáncer es uno de los principales problemas de salud de la Región de Murcia. Es la segunda causa de muerte tanto en mujeres como en hombres, siendo en las mujeres la primera causa de mortalidad prematura. El análisis de situación del cáncer implica conocer su magnitud en términos de incidencia, mortalidad, prevalencia, morbilidad hospitalaria y supervivencia –objeto de este capítulo-, así como la atención al paciente oncológico. Por otro lado, es necesario estudiar la prevalencia y tendencias de los principales factores de riesgo así como las actividades y líneas de actuación en el campo de la prevención primaria y el diagnóstico precoz, que se abordan en otros apartados.

### 9.1. MORTALIDAD

En 1999 fallecieron por tumores 1.356 hombres y 866 mujeres, que representan el 27% y 18,5%, respectivamente, del total de fallecimientos. La tasa de mortalidad por cáncer es de 242 y 152 por cien mil, hombres y mujeres respectivamente. La tendencia de la mortalidad en los últimos años es ligeramente ascendente en los hombres, con una tasa de aumento medio anual próxima al 3% y relativamente estable en las mujeres (Gráfica 9.1.1).

Gráfica 9.1.1. Evolución de la mortalidad e incidencia de cáncer por género. Región de Murcia. Tasas estandarizadas. 1987-1999



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia y Estadísticas Básicas de Mortalidad. Servicio de Epidemiología

Por edades, los tumores son la primera causa de muerte entre los 35 y los 64 años. En las mujeres constituyen la primera causa de mortalidad prematura (12% de los APVP) y la segunda en los hombres (17,5%), tras los accidentes. Sólo el cáncer de mama es responsable del 3,2% de los APVP en las mujeres y el cáncer de pulmón del 5% en los hombres. Por áreas de salud, destaca una tasa de mortalidad más baja en el Noroeste (Tabla 9.1). En la tabla 9.1.1 figura la mortalidad y el porcentaje de APVP para los tumores más frecuentes.

Tabla 9.1.1. Mortalidad por tumores. Región de Murcia. Tasas brutas por 100.000 hab. y % APVP por esta causa. Según localización anatómica y género. 1999				
Localización	Hombres		Mujeres	
	Tasa bruta	% APVP	Tasa bruta	% APVP
Labio, cavidad bucal y faringe	7,9	0,97	2,3	0,29
Esófago	3,9	0,42	0,7	0,07
Estómago	16,1	0,94	10,2	0,61
Colon-Recto	25,0	1,20	21,7	1,25
Hígado	9,3	0,80	5,8	0,09
Vesícula biliar	1,6	0,12	2,1	0,10
Páncreas	10,0	0,88	5,6	0,18
Laringe	9,8	0,80	0,2	0,01
Pulmón	62,7	4,99	8,1	0,59
Mama	0,4	0,00	25,7	3,18
Útero	-	-	6,8	0,55
Ovario	-	-	8,4	0,88
Próstata	24,8	0,34	-	-
Vejiga	15,7	0,55	4,0	0,04
Encéfalo	5,4	1,43	2,8	0,48
Linfomas no Hodgkin	4,5	0,73	4,9	0,31
Leucemias	5,0	0,60	5,1	0,72
Todos los tumores	242,2	17,50	151,6	12,42

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad 1999

## 9.2. INCIDENCIA

La fuente de datos para las cifras de incidencia es el Registro de Cáncer de Murcia, de base poblacional, cuyo ámbito es la región. La incidencia de cáncer en el último periodo disponible, 1993-96, es de 372,5 nuevos tumores malignos por cien mil hombres y 253,3 por cien mil mujeres por año, excluidos los tumores de piel no melanoma. Los tumores más frecuentes son los de pulmón (18,1%), colon-recto (12,8%), vejiga (12,7%) y próstata (11,1%) en los hombres y los de mama (26,5%), colon-recto (16,3%), cuerpo del útero (10,4%) y estómago (4,6%) en mujeres (Tabla 9.2.1). Globalmente la **tendencia** es creciente, tanto en hombres como en mujeres, con un aumento anual del 1,8% en hombres y un 1,4% en mujeres. Hay que destacar los aumentos en el cáncer colo-rectal y los

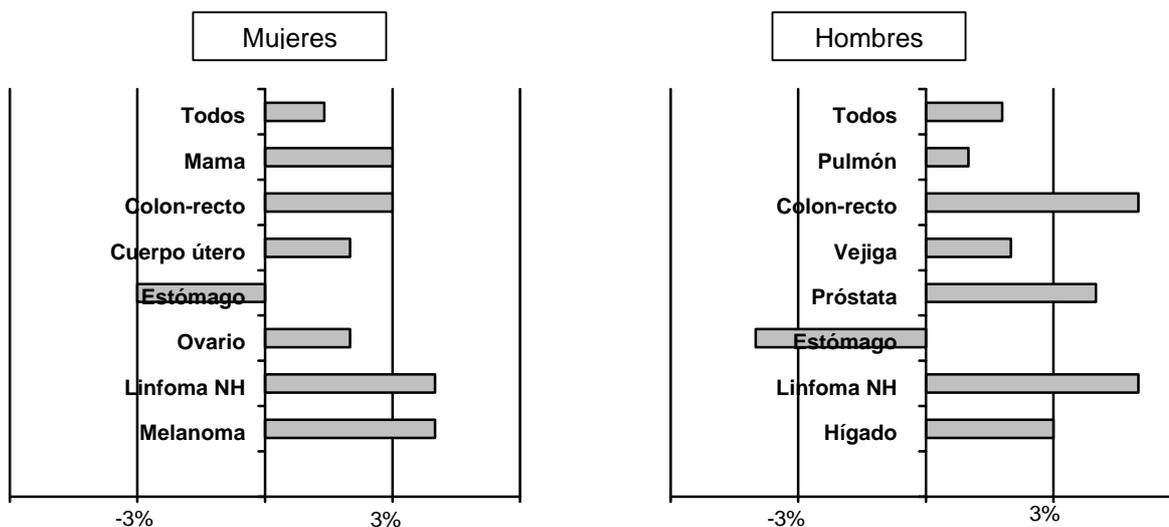
linfomas no Hodgkin en ambos sexos, el de próstata e hígado en hombres y el cáncer de mama y el melanoma en mujeres. Como ocurre en otros países desarrollados, el cáncer de estómago ofrece unas tasas descendentes. (Gráfico 9.2.1). Los tumores con un mayor riesgo atribuible al tabaco (pulmón, vejiga, labio, laringe, etc.) tienen en las mujeres una baja incidencia todavía, sin embargo el aumento tan importante en la prevalencia de fumadoras entre las mujeres adultas, con prevalencias en 2002 en torno al 40% en menores de 50 años (ver capítulo 23), hace prever una importante epidemia de estos tumores.

Tabla 9.2.1. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia. Número de casos, porcentaje y tasa bruta de incidencia anual por cien mil habitantes. Principales localizaciones en hombres y mujeres 1993-1996.

HOMBRES				MUJERES			
Localización	Nº Casos	%	Tasa Bruta	Localización	Nº Casos	%	Tasa Bruta
Pulmón	1.429	18,1	67,4	Mama	1.468	26,5	67,3
Vejiga	1.003	12,7	47,3	Colon	575	10,4	26,3
Próstata	878	11,1	41,4	Cuerpo de útero	379	6,9	17,4
Colon	584	7,4	27,6	Recto	325	5,9	14,9
Recto	424	5,4	20,0	Estómago	252	4,6	11,5
Laringe	393	5,0	18,5	Ovario	219	4,0	10,0
Estómago	372	4,7	17,6	Cuello de útero	194	3,5	8,9
Linfoma no Hodgkin	238	3,0	11,2	Linfoma no Hodgkin	188	3,4	8,6
Otras	2.574	32,6		Otras	1.912	34,9	
Total cáncer, excepto piel	7.895	100,0	372,5	Total cáncer, excepto piel	5.530	100,0	253,3

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

Gráfico 9.2.1. Porcentaje de variación anual de la incidencia de cáncer\* en la Región de Murcia entre 1983-1996.



\* Tumores más frecuentes con una variación estadísticamente significativa.

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología.

La incidencia estimada para 2002 de nuevos casos de cáncer de todas las localizaciones excepto piel no melanoma, proyectando las tendencias observadas en los últimos años(1) y la estructura de población actual, es de alrededor de 1750 casos en mujeres y 2500 en hombres.

Comparada con otras áreas españolas en las que existe un registro de cáncer(2), la incidencia en la Región de Murcia se puede considerar media-baja (Gráfico 9.2.2). En el contexto europeo nuestra región presenta tasas globales también intermedias o bajas, aunque destaca por una elevada incidencia de cáncer de vejiga y laringe en los hombres(3).

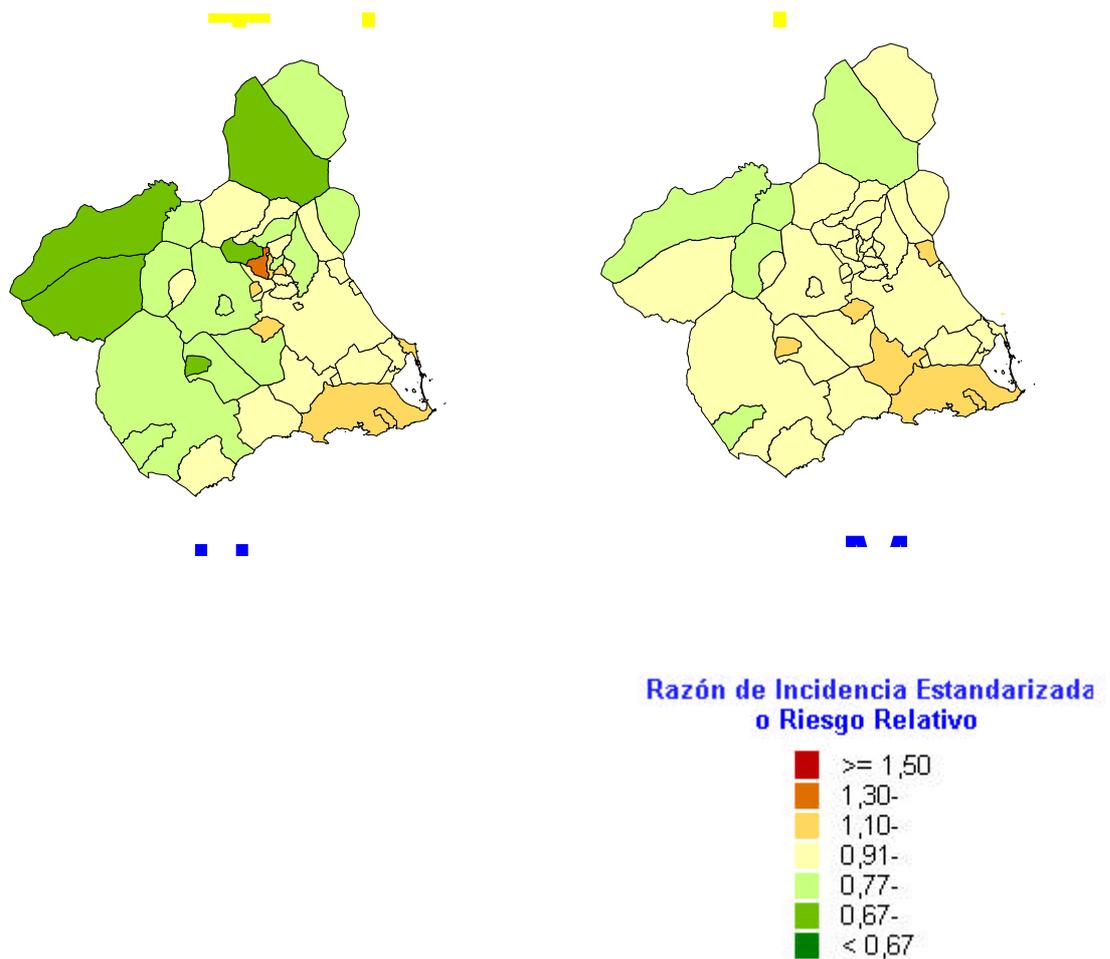
Gráfica 9.2.2



Fuente: EUROCIM (2)

El **patrón geográfico** de la incidencia de cáncer por municipios ha sido analizado en profundidad (4). El municipio de Cartagena presenta un aumento de riesgo global de cáncer tanto en hombres como en mujeres y el de Fuente-Álamo sólo en mujeres (Gráfico 9.2.3). Las comarcas del campo de Cartagena y parte del Mar Menor destacan por un aumento de riesgo para tumores malignos de estómago, colon, pulmón y vejiga urinaria en hombres. La Vega Media, el Valle de Ricote, Río Mula y el Alto y Bajo Guadalentín ofrecen aumentos de riesgo para algún tumor de forma aislada. El municipio de Murcia no se distingue por un aumento de riesgo muy importante en ningún tumor, excepto el cáncer de vejiga en hombres.

Gráfica 9.2.3. Incidencia de cáncer por Municipios 1983-1993. Razón de Incidencia Estandarizada.



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología.

### 9.3. MORBILIDAD HOSPITALARIA

Los pacientes asistidos por padecer un tumor maligno en los hospitales públicos de la región en 2001 fueron 5.587 y realizaron un total de 65.007 estancias, con una estancia media de 11,6 días (tabla 9.3). Respecto a la morbilidad hospitalaria total, el cáncer representó el 6% de los episodios de hospitalización y el 10% de las estancias. Los tumores con mayor pacientes asistidos son los de colon-recto (13,2%), pulmón (11,0%), vejiga (8,9%) y mama (8,6%). El mayor número de estancias las causaron los tumores de colon-recto (17%), pulmón (10,3%), próstata (5,8%) y los tumores metastáticos en aparato digestivo y respiratorio (5,8%).

	Episodios N (%)	Estancias N (%)
Hombres	3.203 (57,3)	38.780 (59,6)
Mujeres	2.384 (42,6)	26.227 (40,3)
Total	5.587 (100)	65.007 (100)

(1) Incluye los hospitales Arrixaca, General, Rosell, Los Arcos, Rafael Médez, Caravaca, Yecla y Morales Meseguer

Fuente: Servicio de planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación.

### 9.4. SUPERVIVENCIA

En España se dispone de estimaciones de la supervivencia basadas en datos de cuatro registros de cáncer y éstas no difieren de los registros de cáncer de población europeos, por lo que cabría esperar una supervivencia relativa a los 5 años de 35% en los hombres y 50% en mujeres (7). Estas cifras se deben considerar, no obstante, subestimadas, porque corresponden a una década anterior.

El Registro de Cáncer ha comenzado el estudio de la supervivencia y dispondrá en fechas próximas de datos de supervivencia de los dos tumores más frecuentes, el cáncer de pulmón y el de mama.

## 9.5. PREVALENCIA

La prevalencia proporciona una estimación del número de pacientes con cáncer que están vivos en un momento determinado del tiempo en una población definida, independientemente de cuando hayan sido diagnosticados. En cáncer, la *prevalencia parcial*, que limita la prevalencia a los pacientes que han sido diagnosticados en un periodo de tiempo limitado a los años previos (5), es la de mayor interés para la planificación. La prevalencia de los casos diagnosticados a 1, 3 ó 5 años se puede asimilar con aquellos que están bajo tratamiento (1 año), en seguimiento clínico (3 años) y teóricamente curados (5 años).

En la tabla 9.5 se presenta la prevalencia estimada para la Región de Murcia. Se calcula que actualmente hay unos 9.000 pacientes vivos que han sido diagnosticados de cáncer en los últimos cinco años. No obstante, la verdadera prevalencia será probablemente mayor puesto que los cálculos se han hecho con cifras de supervivencia que no son recientes.

Localización	Mujeres				Hombres			
	Casos incid.	Casos Prev. 1 año	Casos Prev. 3 años	Casos Prev. 5 años	Casos incid.	Casos Prev. 1 año	Casos Prev. 3 años	Casos Prev. 5 años
Total cáncer (excepto piel)	1.750	1.365	3.133	4.470	2.500	1.725	3.621	4.942

\* Cálculo basado en los casos incidentes estimados en los años 1999-2002 y la supervivencia estimada para el conjunto de Europa, a partir de los datos aportados por varios Registros de Cáncer de Población Europeos (EUROCORE 2 (7))

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

## 9.6. CONCLUSIÓN,

El cáncer representa un importante problema de salud, siendo la segunda causa de mortalidad, la primera causa de mortalidad prematura en mujeres y la segunda en hombres, con una incidencia con tendencia creciente en ambos sexos y que demanda una atención sanitaria muy elevada. El área de salud de Cartagena, y en particular algunos municipios, presentan una incidencia elevada al comparar con la media regional. Varios de los principales factores de riesgo evitables – tabaco, obesidad y sedentarismo (6) presentan una prevalencia elevada en nuestra región o tendencias preocupantes, como el tabaquismo en mujeres y la dieta en los adolescentes, lo que urge a potenciar las medidas de prevención primaria en el control de esta enfermedad.

En cuanto a los sistemas de información, es urgente que el registro de cáncer proporcione información más actualizada (la consulta directa a la documentación hospitalaria y la mejora del programa informático, son los dos elementos clave) y amplie la monitorización de la supervivencia a todos los tumores.

Parece necesario un plan oncológico de la Región de Murcia en el que se aborde el cáncer de una forma integral (sistemas de información, prevención primaria, diagnóstico precoz, atención sanitaria, cuidados paliativos, investigación, formación, etc.)

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Diego P, Chirlaque M, Jiménez Buñuales M, Navarro C. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en la Región de Murcia, 1983-1996. Bol Epidemiol Murcia 2001; 22:49-55.
2. EUROCIM, Version 4.0. Lyon: 2001.
3. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer incidence in five continents. Vol. VII. Nº 143. Lyon: IARC Scientific Publications, 1997.
4. Navarro C. Patrón geográfico del cáncer en la Región de Murcia, 1983-1993. Nuevos enfoques metodológicos. 2000.
5. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1995, Version 2.0. IARC CancerBase No 4. Lyon: IARC Press, 1999.
6. Harvard Report on Cancer Prevention: Summary. Cancer Causes Control 1996; 7(Supp 1):S55-S58.
7. Berrino F, Capocaccia R, Jeune E. Survival of Cancer Patients in Europe: The EUROCORE-2 Study. IARC Scientific Publ. No 151. Lyon: IARC, 1999.

## 10.- SIDA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ana García Fulgueiras <sup>1</sup>

Asunción Fernández Sánchez<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Consejería de Sanidad y Consumo

## 10.1. SITUACION GLOBAL DE LA PANDEMIA

El SIDA, en sus dos décadas de historia, ha dado lugar a una gran pandemia mundial. La OMS y la ONU han estimado en 40 millones el número de personas vivas con VIH/SIDA en el mundo al final del 2001, de las cuales 5 millones habrían sido infectadas en el 2001. Los casos acumulados de SIDA en el mundo notificados oficialmente a la OMS desde el comienzo de la pandemia hasta finales del año 2001 ascendían a 2.784.317. De ellos 9% corresponden a residentes en Europa, de los cuales el 24,3% corresponden a España (1) (2) .Los casos de SIDA notificados no incluyen casos de infección VIH que no han alcanzado el estadio de SIDA, presentando además ciertas limitaciones, como el hecho de provenir de sistemas de vigilancia de calidad variable. De esta forma, un 77% de los casos de SIDA notificados provienen, o bien de países industrializados (1.062.776, un 38% del total), o bien del Africa Subsahariana (1.093.021, un 39% del total), reflejando, por una parte, el elevado nivel de exhaustividad en la notificación en los países industrializados, y, por otra, la elevada carga que supone la enfermedad en muchos países africanos.

En Europa, la incidencia de SIDA ha sido notablemente modificada por los efectos de los tratamientos antiretrovirales altamente activos (HAART), por lo que ha perdido fiabilidad como indicador de la transmisión pasada del VIH. La información proveniente de los nuevos diagnósticos de infección VIH aportaría una imagen más actualizada de la situación de la infección y no está directamente influida por los HAART. Sin embargo, estos sistemas de información de incidencia de VIH aún no están suficientemente desarrollados en los países más afectados del oeste de Europa (no disponibles en Francia, no disponibles a nivel estatal en España (no en Murcia) e Italia y solo disponibles muy recientemente en Portugal) (3). Por otro lado, los avances en tratamiento y cuidados de los que se disponen en los países industrializados no se acompañan de progresos comparables en la prevención. En los países industrializados se estima que 1,5 millones de personas están infectadas con VIH, de las cuales 75.000 quedaron infectadas en 2001(1). En el área occidental de la Región europea, en la que se incluye España, se observan importantes descensos de la incidencia y mortalidad por SIDA en 1997-98. Desde entonces, la disminución ha sido más lenta. El descenso en la incidencia del SIDA ha sido menos marcado para los casos atribuidos a contacto heterosexual, que

entre las otras categorías de transmisión, por lo que por primera vez en 2001 la transmisión heterosexual pasa a ser la primera categoría de transmisión(3).

## **10.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA**

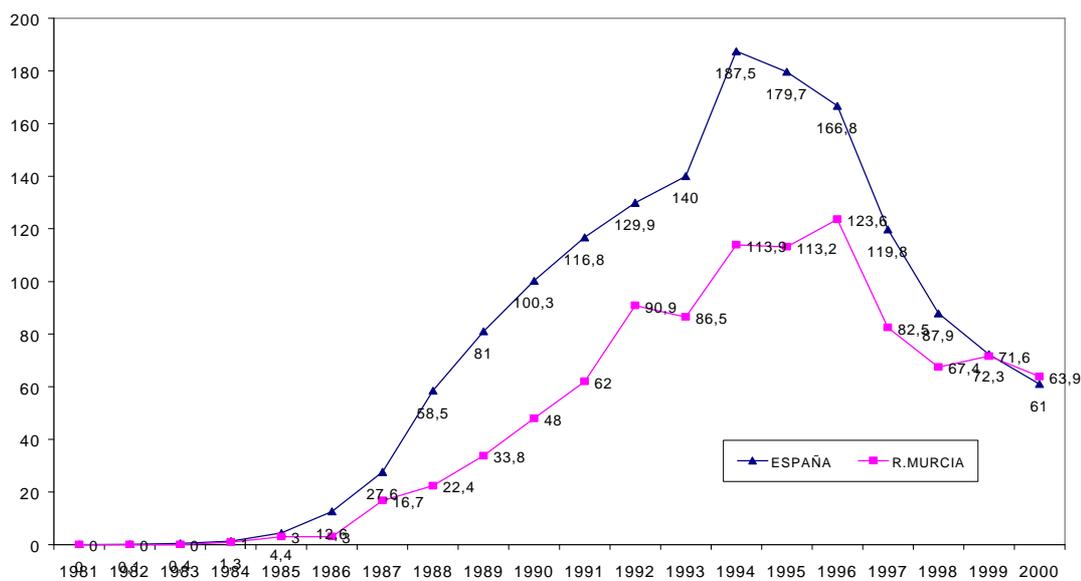
Los datos de SIDA en la Región de Murcia (RM) proceden del Registro Regional de casos de SIDA de la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia (4). La información a nivel estatal procede del Registro Nacional de casos de SIDA (5).

Desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2001 se habían registrado 1.142 casos acumulados de SIDA en la Región de Murcia , de los cuales el 50% constaban como fallecidos. Los casos acumulados en España eran 62.219 en la misma fecha. Según estimaciones corregidas por retraso en la notificación, realizadas por el Registro Nacional de SIDA, durante el año 2001 se diagnosticaron en España 2.300 casos nuevos de SIDA, lo que supone una disminución del 14% respecto al año anterior, continuando la tendencia descendente iniciada en 1995 y especialmente a partir de 1997. Globalmente, el número de casos ha descendido un 67% en España en los últimos 6 años, debido al conjunto de avances de la lucha contra el SIDA, tanto en prevención como en asistencia sanitaria, pero fundamentalmente este descenso es atribuible a los nuevos tratamientos antiretrovirales. En 2001 la incidencia de casos de SIDA ha continuado descendiendo, pero a un ritmo menor que en años anteriores. En las categorías de transmisión homo/bisexual y heterosexual el número anual de nuevos diagnósticos de SIDA permanece prácticamente estable. Un comportamiento similar se observa en la tendencia de casos de SIDA de la mayoría de las comunidades autónomas. En la Región de Murcia, la incidencia de SIDA presentó un importante descenso en 1997 y 1998, el cual se ha visto frenado a partir de 1999. Este hecho, unido al continuado descenso ocurrido a nivel estatal, ha tenido como consecuencia que el año 2000 haya sido el primer año desde que se inició la epidemia en que la incidencia de SIDA ha sido más elevada en la Región de Murcia que el promedio estatal (63,9 casos por millón en la región y 61,0 en España).

En la gráfica 1 se presenta la evolución de las tasas anuales de incidencia de nuevos casos de SIDA, según año de diagnóstico en el periodo de 1981 a 2000. Los datos de 2001 registrados

hasta diciembre de ese año (1465 en España y 65 en Murcia) no son comparables al resto de la serie, debido al retraso en la notificación. Una vez corregido ese retraso de notificación se estima que la incidencia en el año 2001 en RM será nuevamente superior a la incidencia media en España.

**Gráfica 1. Incidencia de SIDA (nº de casos por millón de habitantes) según año de diagnóstico. Región de Murcia y España. Periodo 1981-2000**



Los casos registrados hasta la fecha con diagnóstico en 2001 (65 en Murcia y 1465 en España no se incluyen en la gráfica por no ser aún comparables al resto de la serie debido al retraso en las notificaciones.

### 10.2.1. Año 2001

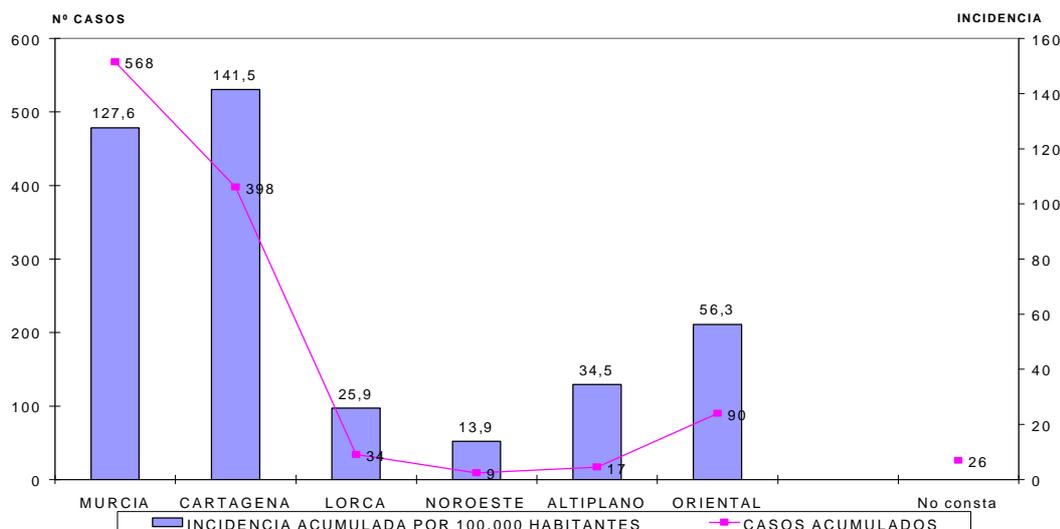
Entre los casos notificados con diagnóstico en 2001 siguen predominando los hombres (77% en Murcia y 81% en España). La edad media al diagnóstico de SIDA es de 37,8 años en Murcia (36 en mujeres y 38,4 en hombres) y 38,7 años en España. La categoría de transmisión más frecuente es la de usuarios de drogas de administración parenteral, tanto en hombres (60% en RM y 53% en España), como en mujeres (53% en RM y 48% en España). En las mujeres la transmisión heterosexual es la segunda categoría más frecuente (33,3% de los casos en mujeres de la Región y 40% de los casos en mujeres en España). En los hombres, la transmisión homosexual (18%) y heterosexual (16%) es responsable del 34% de los casos en la RM y del 37% (17% y 20% respectivamente) en España. Globalmente en España los niveles de infección son muy variables dentro de la población heterosexual, siendo las parejas sexuales de personas infectadas por el VIH,

principalmente parejas de UDVP, el grupo que presenta mayores tasas de infección y una peor evolución (6) . La proporción de casos pediátricos ha seguido descendiendo y se sitúa en el 0,3% en España. En 2001 y 2000 no se ha notificado ningún caso de transmisión madre-hijo en la Región, pero en 2002 se ha registrado un nuevo caso. La recomendación de la prueba del VIH y tratamiento consiguiente a las mujeres embarazadas infectadas ha reducido marcadamente la transmisión madre-hijo, siendo primordial la recomendación de la prueba de VIH a todas las embarazadas.

### **10.2.2. Casos acumulados**

Considerando la información de todos los casos acumulados de SIDA registrados en la Región, la distribución por Áreas de Salud según residencia habitual al inicio de la enfermedad se muestra en la gráfica 2. El 87% de los casos con área de residencia conocida corresponden a residentes en las Áreas 1 (Murcia) y 2 (Cartagena). Aunque el área de Murcia presenta el mayor número de casos, la incidencia (casos /habitantes) es mayor en el área de Cartagena. Las áreas 1 y 2 han seguido una evolución desigual, de forma que el descenso en la incidencia de nuevos casos de SIDA entre el trienio 1993-95 (periodo de mayor incidencia) y el periodo 1999-2000 ha sido de un 42% en el área 1 y de un 24% en el área 2. Tomando como referencia el trienio 90-92 (con incidencia de nuevos casos en la Región similar a la actual), se aprecia que en el área 1 la incidencia ha descendido un 24% y en el área 2 ha experimentado un incremento del 37%. Por tanto, el área 2 presenta una incidencia de nuevos casos de SIDA más elevada, así como una peor evolución.

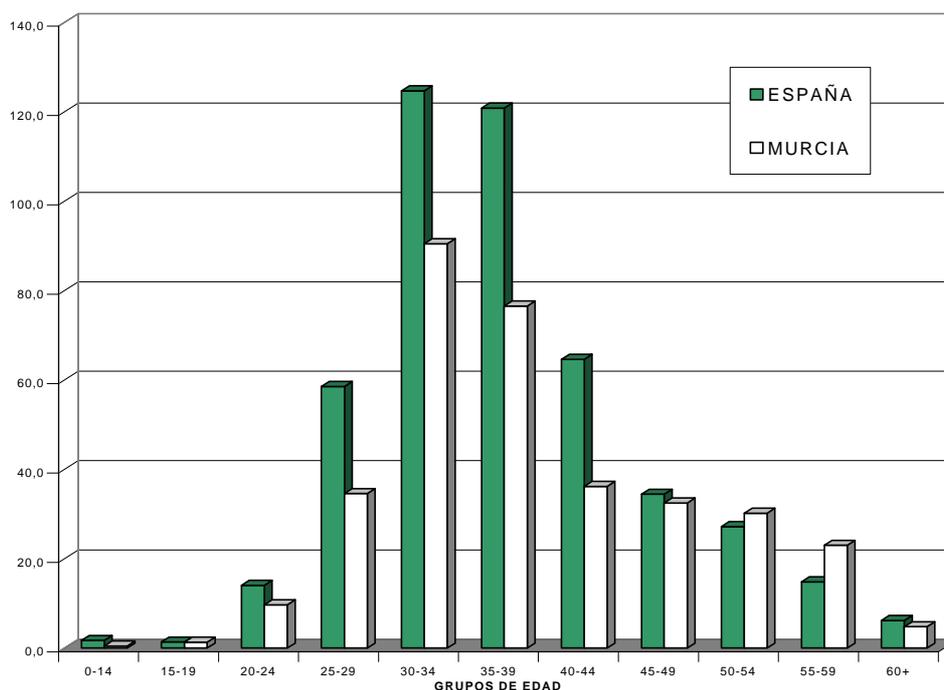
**Gráfica 2. SIDA. DISTRIBUCIÓN POR ÁREAS DE SALUD. Nº CASOS ACUMULADOS E INCIDENCIA ACUMULADA POR 100.000 HAB. PERIODO 1984-31/12/01**



FUENTE: REGISTRO DE CASOS DE SIDA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. MURCIA.  
Situación a 31/12/01

Según edad a la fecha del diagnóstico de la primera enfermedad indicativa de SIDA, el mayor porcentaje de los casos acumulados desde 1981 se encuentra entre los 25 y 39 años, de forma similar en la Región de Murcia y en España. Se ha producido un progresivo aumento en la edad en el momento del diagnóstico de los casos de SIDA desde el inicio de la epidemia hasta ahora. Así, la media de edad de los casos diagnosticados en la región entre 1984 y 1996 fue de 33,5 años (34,2 para los hombres y 29,0 para las mujeres). En los casos diagnosticados en los últimos 5 años (1997-2001) la media de edad ha sido de 37,4 años (38,1 para los hombres y 34,3 para las mujeres). En la gráfica 3 se presenta la incidencia acumulada por grupo de edad en el periodo 1997 a 2001. Se observa que la incidencia por cada 100.000 habitantes en RM es inferior a la incidencia media en España en los grupos de edad más afectados (entre 20 y 45 años), siendo similar en los restantes grupos de edad. Según las notificaciones realizadas al Registro de SIDA, desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 2001, se han diagnosticado 11 casos de SIDA en menores de 15 años en la Región: 8 casos en 1994, 2 en 1995 y 1 en 1999. De estos 11 casos, 10 corresponden a hijos de madre de riesgo. En el año 2002 se ha diagnosticado un nuevo caso.

**Gráfica 3. SIDA. INCIDENCIA ACUMULADA POR 100.000 HABITANTES SEGÚN EDAD A LA FECHA DE DIAGNÓSTICO. REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA. 1997-31/12/01**

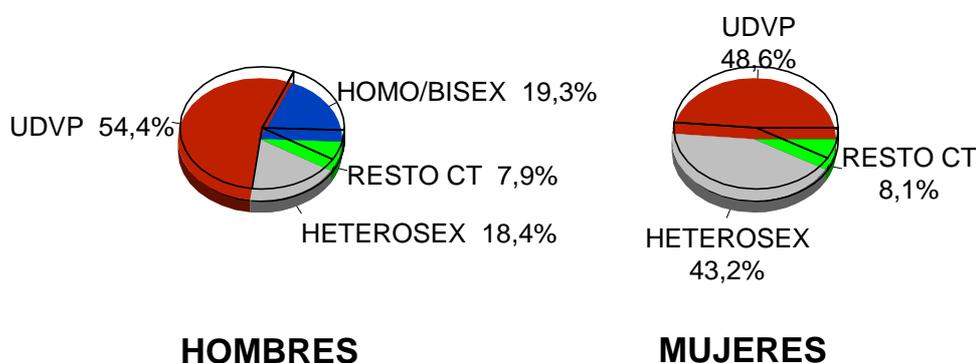


En la distribución según **sexo** de los casos acumulados de SIDA, la proporción de hombres es muy superior a la de mujeres tanto en la RM como en España. Sin embargo, al analizar esta distribución en diferentes periodos, se observa que el porcentaje de mujeres está aumentando. En la RM el % de mujeres ha pasado de un 11% en el periodo 1981-90, a un 20% en el último quinquenio (1997-01).

Según categoría de transmisión, el mayor porcentaje de casos acumulados en la Región corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral-UDVP (57,2%) y en segundo lugar aparecen los casos atribuidos a transmisión heterosexual (17,3%) y los casos en varones atribuidos a transmisión homo/bisexual (17,0%). En España se observa una distribución parecida, pero con mayor peso relativo de los casos en UDVP (64,9%) y menor peso relativo de los casos por transmisión sexual. En la Región de Murcia, la media de edad en el momento del diagnóstico de SIDA es más elevada en los casos en varones atribuidos a transmisión homo/bisexual (42,7 años), siendo menor en los casos atribuidos a transmisión heterosexual (40,5 años en los varones y 35,0 años en las mujeres) y, sobre todo, en los casos en UDVP (31,6 en hombres y 30,2 en mujeres). En el análisis de la distribución

anual según categoría de transmisión, en España la transmisión heterosexual pasa a ser la segunda categoría en importancia desde 1994 y en la Región de Murcia desde 1995. Por otra parte, en la Región de Murcia, en 1999 y 2000 han aumentado con respecto a 1997 y 1998 los casos atribuidos a transmisión homo/bisexual. En el año 2001, si bien se trata de datos aún provisionales, se observa que - por primera vez desde 1996 - ha aumentado el número de casos en UDVP respecto al año anterior. En el último quinquenio, 1997-2001, la transmisión heterosexual se registra en segundo lugar de frecuencia, tanto en RM (23% de los casos) como en España (20%), tras la categoría de UDVP (53% en RM y 59% en España). En la gráfica 4 se presenta la distribución porcentual según categoría de transmisión, por sexo, para los casos diagnosticados a partir de 1997 notificados hasta 31/12/01 en la Región.

**Gráfica 4. SIDA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS POR SEXO SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN. REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 1997 - 31/12/01**



**Fuente: Registro de casos de SIDA. Dirección General de Salud Pública. Murcia**  
 Nota: Situación a 31/12/01

Tipo de Diagnóstico: De las 28 enfermedades indicativas de SIDA que se consideran en la vigilancia de casos, las enfermedades más frecuentes en el momento de la notificación en adultos y adolescentes en la Región de Murcia, en el periodo 1997-2001, son por orden de frecuencia: candidiasis esofágica, neumonía por *Pneumocystis carinii*, síndrome caquético por VIH, tuberculosis diseminada o extrapulmonar y tuberculosis pulmonar. Considerando la tuberculosis en conjunto, esta enfermedad es la más frecuente notificada tanto en los casos de SIDA en la Región como en España.

### 10.2.3. Diagnósticos tardíos de la infección VIH

Existe un porcentaje de pacientes que desarrollan SIDA sin haber sido diagnosticados previamente de su infección VIH y, por tanto, sin haberse podido beneficiar de los tratamientos para la infección. Por razones metodológicas y exclusivamente para comparar con otros estudios, se define como diagnóstico tardío de VIH aquella situación en que ambos diagnósticos (VIH Y SIDA) se han realizado en el mismo mes o con 1 mes de diferencia como máximo. Las fechas consideradas son la fecha de primera detección de VIH y la fecha de diagnóstico de la primera enfermedad indicativa de SIDA que figura en los protocolos de notificación de caso de SIDA. En España, entre 1994 y 2000 el 28% de los casos de SIDA en mayores de 14 años fueron diagnosticados tardíamente de VIH. Este porcentaje ascendió al 37% para el periodo 1998-2000 (7) Utilizando igual metodología, se observa que en la Región de Murcia existe un mayor porcentaje de casos de SIDA diagnosticados tardíamente de infección VIH si lo comparamos con el promedio estatal. Este porcentaje es similar en las Áreas de salud 1 y 2 para el periodo 1984-2001. Hay que recordar que las cifras presentadas son válidas solo como indicador comparativo pero no como valor absoluto de diagnóstico tardío por las restricciones metodológicas comentadas. Por otra parte, al establecer comparaciones entre áreas de salud o regiones respecto al diagnóstico tardío de infección VIH, es necesario tener en cuenta el porcentaje de casos de transmisión sexual en cada una de las áreas, puesto que el porcentaje de casos de SIDA diagnosticados tardíamente de infección VIH es hasta tres veces mayor para las categorías de transmisión sexual que para los casos en UDVP.

Casos (%) con diagnóstico tardío de la infección VIH, por categoría de transmisión. R.

	Murcia.			
	Homo/Bisexual	UDVP	Heterosexual	Todos
1984-2001	61,3%	24,5%	53,5%	39,0%
1994-2001	63,9%	22,1%	51,4%	37,6%
1998-2001	72,9%	23,1%	60,7%	44,9%

El retraso en el diagnóstico de las infecciones por VIH constituye una limitación muy importante para conseguir una mayor efectividad de la prevención y del tratamiento antiretroviral.

### 10.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH

#### 10.3.1. Prevalencia.

En España se estima que hay entre 110.000 y 150.000 personas que padecen la infección por VIH, aunque probablemente mas de la cuarta parte de ellas todavía no han sido diagnosticadas (6). En el año 1996 se analizó la seroprevalencia de VIH en una muestra representativa de la población joven española, estimándose una seroprevalencia de VIH-1 en la población de 15 a 39 años de 4,3 por mil habitantes y de 5,6 por mil entre los 20 y 39 años (8).

##### 10.3.1.1. Seroprevalencia de Ac frente a VIH en recién nacidos

Este indicador refleja el serostatus de sus madres y es un buen indicador de la prevalencia de infección por VIH en mujeres en edad reproductiva sexualmente activas. Se realiza mediante estudio anónimo y no relacionado de prevalencia de VIH a partir de muestras de sangre sobrantes de los programas de detección de metabolopatías en recién nacidos de 7 CCAA, incluyendo Murcia. Este es el único sistema de vigilancia de VIH de ámbito poblacional que se desarrolla en la Región de Murcia. En la tabla adjunta se presenta la seroprevalencia de VIH en madres de recién nacidos en Murcia y un total de 7 CCAA en el periodo 1996 a 2001 ( Tasas por 1000 nacidos vivos).

	REGION DE MURCIA				TOTAL 7 CCAA			
	N	VIH+	P/1000	IC 95%	N	VIH+	P/1000	IC 95%
1996	11.993	13	1,1	0,6-1,9	87.303	87	1,0	0,8-1,2
1997	12.298	12	1,0	0,5-1,8	88.734	115	1,3	1,1-1,6
1998	12.620	15	1,2	0,7-2,0	87.414	124	1,4	1,2-1,7
1999	12.626	6	0,5	0,2-1,1	88.536	138	1,5	1,3-1,8
2000	13.932	19	1,4	0,8-2,2	94.432	125	1,3	1,1-1,6
2001	13.913	22	1,6	1,0-2,4	85.621	122	1,4	1,2-1,7

En 2001 la prevalencia de VIH en madres de recién nacidos en la Región de Murcia fue de 1,6 por mil, reflejando un aumento de 46% desde 1996 y siendo algo superior (11%) a la encontrada en 2001 en el conjunto de las 7 CCAA. En este estudio de 7 CCAA están sobrerrepresentadas las zonas menos afectadas por la epidemia de VIH. Cataluña y la Comunidad Valenciana tienen estudios comparables aunque con diferentes protocolos y al igual que Baleares, presentan seroprevalencias de VIH en recién nacidos en torno a 2 por mil o superiores. En el conjunto de estas 9 CCAA, en 1999 la seroprevalencia sería 1,9 por mil, encontrándose predominantemente entre 1 y 3 por mil. La seroprevalencia de VIH en la mayoría de CCAA analizadas es mayor que la descrita en estudios similares en otros países de Europa (8).

### **10.3.2. Incidencia.**

En España, a pesar de las cifras de seroprevalencia de VIH encontradas, solo existen registros de nuevos diagnósticos de VIH en La Rioja, Navarra y desde el año 2000 en Canarias. En estos registros se ha observado un descenso en el número de nuevos diagnósticos desde principios de los 90, descenso mucho mas acusado en UDVP que en las infecciones por transmisión sexual dado que en los últimos años los diagnósticos de infección atribuidos a transmisión heterosexual han superado a los UDVP. En relación con Europa, aunque la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH ha disminuido en las áreas estudiadas en los últimos años , la tasa de incidencia sigue siendo superior que en los países europeos donde también se estudia (8)

Para conocer la incidencia de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas en la Región de Murcia y las características epidemiológicas asociadas (edad, categoría de transmisión...) sería necesario crear en la Región un Sistema de Información de nuevos diagnósticos por VIH.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. WHO. Global AIDS surveillance Part I. Wkly Epidem Rec 2001; 76:381-86
2. WHO. Global AIDS surveillance Part II. Wkly Epidem Rec 2001; 76:390-96
3. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report 2001; 2002. Report No 66.
4. Registro Regional de casos de SIDA. Dirección General de Salud pública. Murcia. Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Informe de situación a 31 de Diciembre de 2001 en la Comunidad autónoma de la Región de Murcia; 2002. Informe num. 1/ 02.
5. Registro Nacional de SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Vigilancia del SIDA en España. Situación a 31 de Diciembre de 2001; 2002. Informe num 2/01.
6. Secretaría del Plan Nacional de SIDA. Infección por VIH y SIDA. España. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
7. J Castilla, P Sobrino, F Sánchez y col. Consecuencias de los diagnósticos tardíos de la infección por VIH sobre la incidencia de SIDA en la era de la terapia anirretroviral potente. Gaceta Sanitara 2001; 15(Supl 2): 105
8. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica 2001. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2002.

# 11.- TUBERCULOSIS

INCIDENCIA SEGÚN EDAD, SEXO Y AREA DE SALUD

PRINCIPALES RESULTADOS DEL PMIT

Ana García Fulgueiras<sup>1</sup>

Visitación García Ortúzar<sup>1</sup>

---

1 Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Murcia

## 11.1. INCIDENCIA SEGÚN EDAD, SEXO Y AREA DE SALUD

La información que se ofrece a continuación proviene de la Red Regional de Vigilancia Epidemiológica.

En la tabla 11.1 se presenta el número de casos y la incidencia de tuberculosis respiratoria en la Región de Murcia y en España desde 1982 al año 2001. En los últimos 10 años se observa que la incidencia anual por 100.000 habitantes se sitúa en torno a los 23 casos en el periodo 1989 a 1992, en torno a los 20 casos en el periodo 93-96 y en torno a los 15 casos en el periodo 1997-2001.

TABLA 11.1. TUBERCULOSIS RESPIRATORIA REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA.1982-2001 Evolución anual del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes				
AÑOS	REGIÓN DE MURCIA		ESPAÑA	
	casos	tasa	casos	tasa
1982	124	12,8	7.961	21,0
1983	150	15,3	8.987	23,6
1984	157	15,8	10.078	26,3
1985	132	13,2	10.749	27,9
1986	207	20,4	13.775	35,6
1987	211	20,5	9.468	24,5
1988	263	25,3	8.497	21,9
1989	242	23,0	8.058	20,7
1990	242	23,1	7.600	19,5
1991	236	22,3	9.007	23,1
1992	244	23,2	10.513	26,9
1993	182	17,1	9.474	24,2
1994	214	20,0	9.419	24,0
1995	207	19,2	8.764	22,3
1996	225	20,7	8.331	21,2
1997	174	15,9	9.278	23,6
1998	153	13,9	8.927	22,7

1999	145	12,9	8.272	21,0
2000	188	16,6	7.835	19,9
2001	174	15,4	7.441	18,8

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP. Murcia

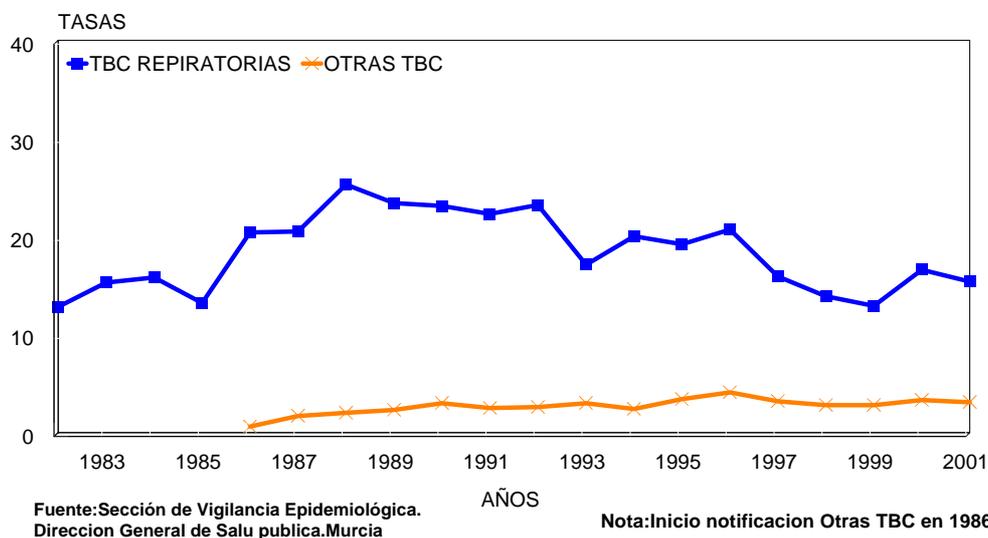
La tabla 11.2 muestra la incidencia de otras tuberculosis en la Región en el periodo 1986-2001, ya que las otras tuberculosis no se incluyeron como enfermedades de declaración obligatoria (EDO) hasta 1986. La incidencia es muy estable en los últimos 10 años situándose alrededor de 3 casos por 100.000 habitantes (Gráfica 11.1)

TABLA 11.2. OTRAS TUBERCULOSIS REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 1986-2001 Evolución anual del número de casos y tasa por 100.000 hab.		
AÑOS	casos	tasa
1986	6	0,6
1987	18	1,7
1988	21	2,0
1989	24	2,3
1990	31	3,0
1991	26	2,5
1992	27	2,6
1993	32	3,0
1994	25	2,3
1995	37	3,4
1996	45	4,1
1997	35	3,2
1998	31	2,8
1999	32	2,8
2000	37	3,3
2001	35	3,1

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP. Murcia

GRÁFICA 11.1

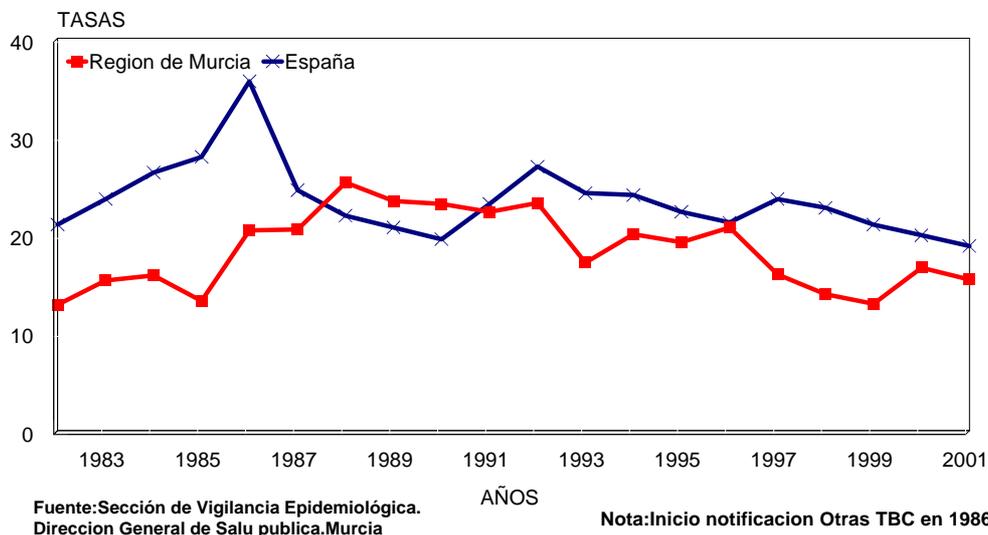
**TBC REPIRATORIA Y OTRAS TBC  
REGION DE MURCIA.1982-2001  
TASAS DE INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES**



En España, hasta la fecha, solo se dispone de datos sobre tuberculosis respiratoria ya que las otras tuberculosis no son aún de declaración obligatoria en el ámbito estatal aunque lo van a ser en breve. Por tanto, las comparaciones con la incidencia en España se realizan solo para la tuberculosis respiratoria, observándose que desde 1992 la incidencia en la Región se mantiene por debajo de la incidencia media en España (Gráfica 11.2).

GRÁFICA 11.2.

**TBC REPIRATORIA. 1982-2001  
REGION DE MURCIA y ESPAÑA. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes**



Sin embargo, en los países de nuestro entorno sí se realiza la declaración del total de casos de tuberculosis, y podemos comparar la incidencia del total de casos de tuberculosis o tuberculosis de cualquier localización en la Región (Tabla 11.3) con la incidencia en estos países. Según los datos de la OMS para el Área Occidental de la Región Europea de la OMS para el año 2000, la incidencia de tuberculosis en todos los países del área, exceptuando Portugal y España, es inferior a 15 casos por 100.000 habitantes, con una incidencia media para todo el área de 12,9 casos, situándose en gran parte de ellos entre 8 y 11 casos y en torno a los 5 casos por 100.000 habitantes en los países de menor incidencia, como se ejemplifica en la Tabla 11.4 . Por tanto, la incidencia global de tuberculosis en la Región (18 casos por 100.000 habitantes de incidencia anual media en el periodo 1999-2001 es superior a la incidencia media en los países de nuestro entorno (12,9) y está aún bastante alejada de la incidencia en aquellos países con mejores indicadores<sup>1</sup>.

<b>TABLA 11. 3. TUBERCULOSIS TOTAL REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 1993-2001 Número de casos y tasa por 100.000 hab.</b>		
	<b>REGIÓN DE MURCIA</b>	
<b>AÑOS</b>	<b>casos</b>	<b>tasa</b>
1993	214	20,5
1994	239	22,3
1995	244	22,6
1996	270	24,9
1997	209	19,1
1998	184	16,7
1999	177	15,7
2000	225	19,9
2001	209	18,5

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección general de Salud pública. Murcia

TABLA 11.4. TUBERCULOSIS TOTAL AREA OCCIDENTAL DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS*. AÑO 2000	
ALGUNOS PAISES	Tasa por 100.000 h.
Suecia	5,1
Noruega	5,3
Suiza	8,5
Holanda	8,9
Reino Unido	11,4
Francia	11,1
Portugal	45,7
Tasa media del Area	12,9
Región de Murcia	19,9

\* Exceptuando Portugal y España las tasas en todos los países del área son inferiores a 15 por 10<sup>5</sup> hab.

Fuente: Global Tuberculosis Control. WHO Report 2001

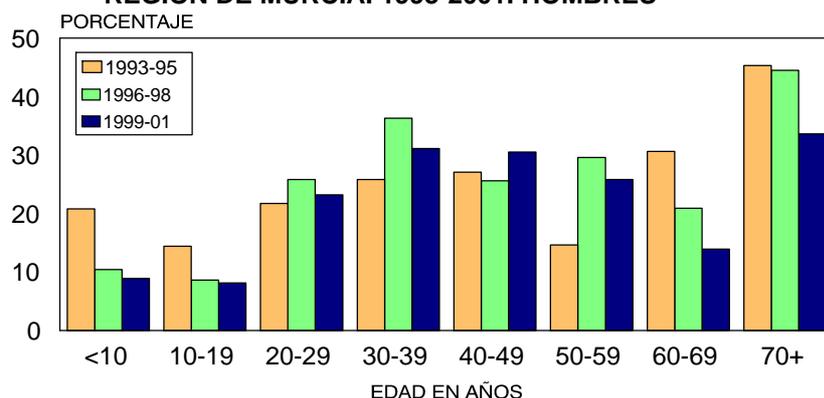
La incidencia de tuberculosis respiratoria en la Región de Murcia en el periodo 1999-2001 por áreas de salud se presenta en la tabla 11.5. Las áreas de salud de Cartagena, Lorca y Oriental son las que presentan la mayor incidencia anual media en los últimos tres años.

TABLA 11. 5. TUBERCULOSIS RESPIRATORIA. REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 1999-2001		
CASOS ACUMULADOS E INCIDENCIA ANUAL MEDIA POR AREA DE SALUD		
AREA DE SALUD	CASOS ACUMULADOS 99-01	INCIDENCIA ANUAL MEDIA
Murcia	181	13,6
Cartagena	157	18,6
Lorca	68	17,3
Noroeste	9	4,6
Altiplano	8	5,5
Oriental	82	17,1
TOTAL REGIÓN	505	14,9

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de salud Pública. Murcia

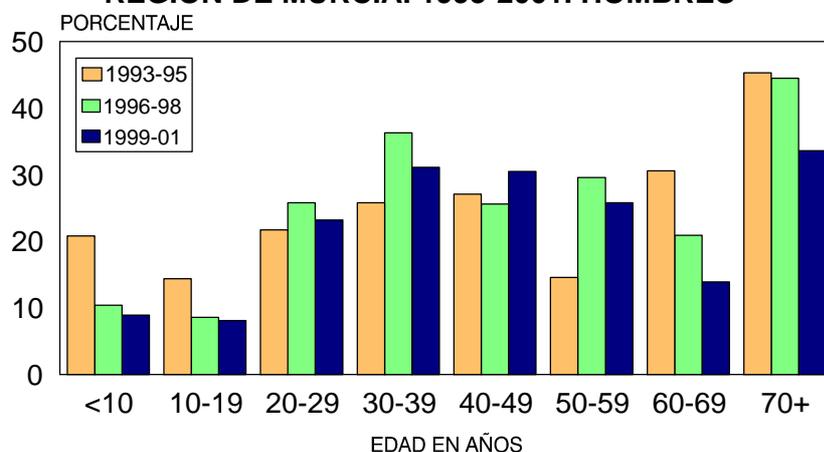
La incidencia anual media de tuberculosis respiratoria según grupo de edad y sexo en los últimos nueve años, se presenta en las Gráficas 11.3.1 (población total), 11.3.2 (hombres) y 11.3.3 (mujeres). Globalmente la incidencia es mucho más elevada en los hombres en los tres periodos analizados y en todos los grupos de edad, excepto en menores de 20 años en que la incidencia es similar. En el conjunto de la población, la incidencia a partir de 1996 ha disminuido en los menores de 20 años y en los de 60-69 años, y ha aumentado ligeramente en la población entre 20 y 50 años. En los hombres, entre 1999 y 2001, la mayor incidencia se registra en los de 70 o más años, grupo cuya incidencia ha disminuido en el último trienio, y en los de 30 a 49 años. En las mujeres, en el periodo 1999 a 2001, la mayor incidencia se registra en los grupos de edad de 20-29 años y 30-39 años.

**TUBERCULOSIS RESPIRATORIA  
INCIDENCIA MEDIA POR GRUPO DE EDAD Y PERIODO  
REGIÓN DE MURCIA. 1993-2001. HOMBRES**



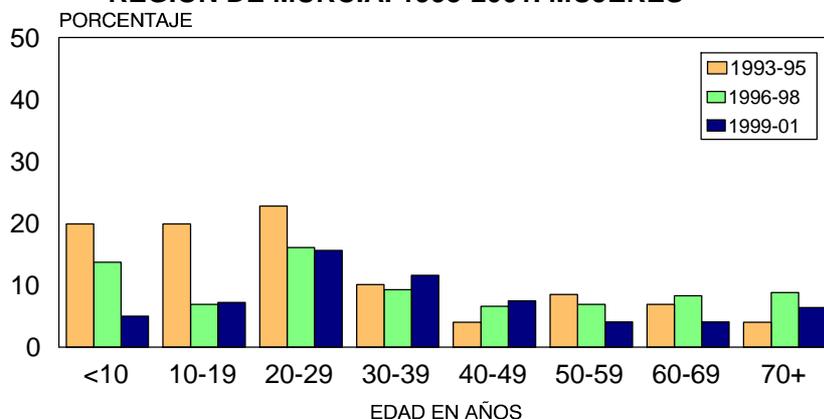
Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.  
Nota: Incidencia media por 100.000 habitantes por grupo de edad.

**TUBERCULOSIS RESPIRATORIA  
INCIDENCIA MEDIA POR GRUPO DE EDAD Y PERIODO  
REGIÓN DE MURCIA. 1993-2001. HOMBRES**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.  
Nota: Incidencia media por 100.000 habitantes por grupo de edad.

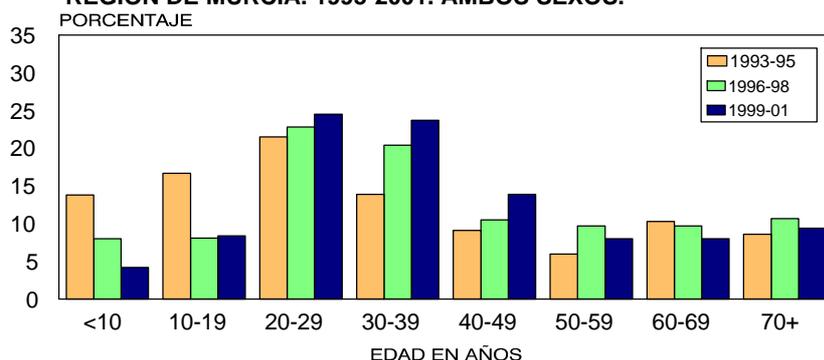
**TUBERCULOSIS RESPIRATORIA  
INCIDENCIA MEDIA POR GRUPO DE EDAD Y PERIODO  
REGIÓN DE MURCIA. 1993-2001. MUJERES**



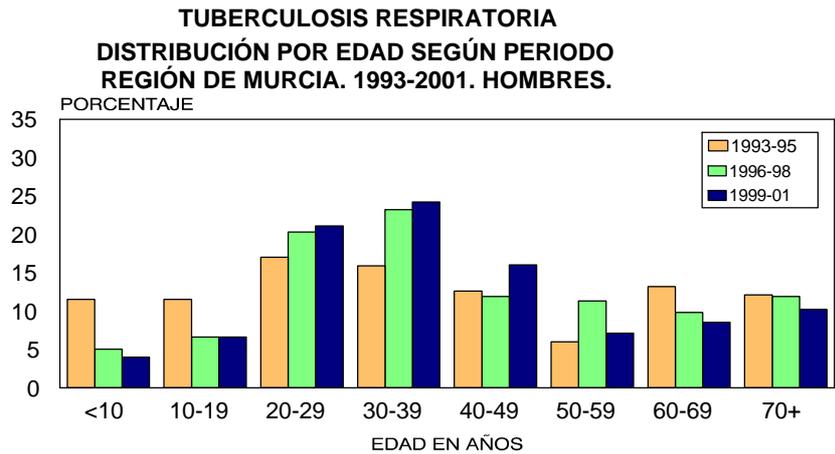
Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.  
Nota: Incidencia media por 100.000 habitantes por grupo de edad.

En las gráficas 11.4.1, (ambos sexos) 11.4.2. (hombres) y 11.4.3. (mujeres) se presenta la distribución de los casos registrados de tuberculosis en la Región de Murcia según grupo de edad, en los tres periodos señalados. El porcentaje de casos de tuberculosis según grupo de edad es mayor en los casos varones entre 20 y 49 años de edad, especialmente en el último trienio, y en los casos mujeres el mayor porcentaje es el de 20-29 años, seguido en el último trienio por los casos de 30-39 años,

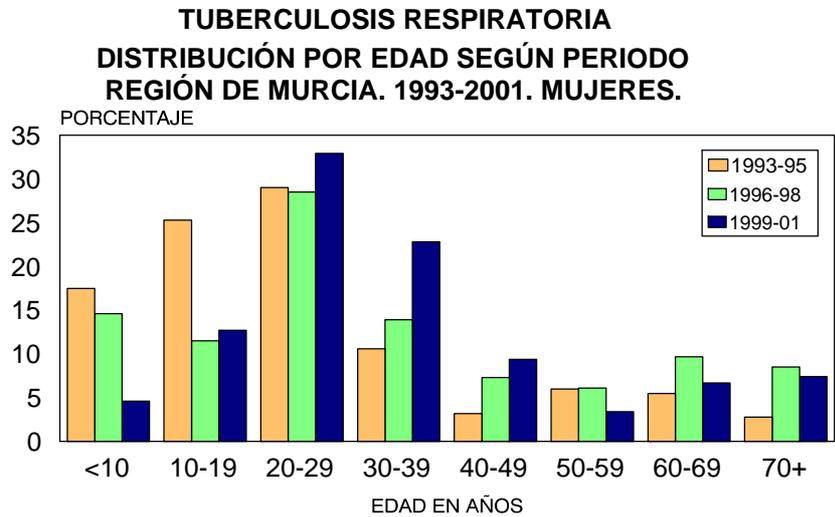
**TUBERCULOSIS RESPIRATORIA  
DISTRIBUCIÓN POR EDAD SEGÚN PERIODO  
REGIÓN DE MURCIA. 1993-2001. AMBOS SEXOS.**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.

En el periodo 1999 a 2001 hay constancia de que, al menos, el 5 a 9% de los casos de tuberculosis respiratoria son casos de SIDA, porcentaje que se eleva al 30 a 33% entre los casos de otras tuberculosis.

Desde 1999 y como resultado de la infranotificación como EDO detectada en relación con tuberculosis, infranotificación comprobada por el estudio de investigación que se resume a continuación (PMIT), se realiza desde el Servicio de Epidemiología un programa de búsqueda activa de casos de tuberculosis a partir de los resultados microbiológicos obtenidos en los laboratorios de la Región. De esta forma se han conseguido dos objetivos:

- Mejorar la estimación de la incidencia de la enfermedad. De hecho en este trienio entre un 15-20% de los casos registrados han tenido como primera fuente informante el resultado de cultivo de laboratorio. Esto ha permitido una más temprana detección de casos que hubieran sido declarados igualmente pero más tarde y asimismo la detección de casos que nunca hubieran sido declarados.
- Mejorar el conocimiento sobre los resultados de cultivos de los casos declarados como EDO, que antes de 1999 era muy escaso. De esta forma, en el trienio de 1999 a 2001, con el programa de búsqueda activa en marcha, el porcentaje anual medio de casos registrados que constan como casos confirmados por cultivo es del 68% (70,2% de los casos de tuberculosis respiratoria y 55,2% de los casos de otras tuberculosis).

## **11.2 . PRINCIPALES RESULTADOS PMIT**

En el último quinquenio se ha llevado a cabo en la Región de Murcia un proyecto de investigación sobre tuberculosis enmarcado en un proyecto multicéntrico de investigación sobre tuberculosis (PMIT) promovido y coordinado por el Instituto de Salud Carlos III, con la participación de varias Comunidades Autónomas (CCAA). El objetivo era la investigación de diversos aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad (PMIT-1, 13 CCAA) y de resultados de tratamiento (PMIT-2, 6 CCAA). En la Región de Murcia el proyecto fue coordinado por el servicio de Epidemiología con la participación de cuatro unidades de investigación , y una cobertura de tres áreas de salud, Murcia, Lorca y Cartagena (75% de la población de la Comunidad Autónoma). En el estudio se incluyeron todos los casos diagnosticados durante un año, entre mayo de 1996 y abril de 1997 . Los casos se identificaron mediante búsqueda activa mensual en diversas fuentes. A continuación se resumen los principales resultados, que se han ido publicando a lo largo de los últimos años<sup>2, 3, 4, 5</sup>.

En la Región, la incidencia encontrada para el conjunto de las áreas de salud del estudio fue de 29 por 100.000 para todas las formas de tuberculosis, incidencia superior a la registrada a través de las EDO en 1996 en la Región (25 por 100.000), justificando el que a partir de 1999 se haya incorporado a la red de vigilancia el programa de búsqueda activa de casos a partir de resultados microbiológicos. El 43% de los casos presentaban microscopía de esputo positiva, tasa de 12,3 casos

bacilíferos por 100.000 habitantes. La incidencia media de tuberculosis en las tres áreas de salud incluidas en el estudio (29 por 100.000) es inferior a la incidencia media en el PMIT\_España (38,5) y semejante a la encontrada en Andalucía (30,2), Extremadura (30,6) y la Comunidad Valenciana (27,6). Sin embargo, la tasa de enfermos bacilíferos en la Región es muy parecida a la del PMIT-España (13,9).

La localización fue solo pulmonar en el 71% de los casos, 10% pulmonar y extrapulmonar y 18% solo extrapulmonar. El 42% de los casos presentaba algún factor de riesgo para el desarrollo de la tuberculosis y casi el 8% presentaba al menos dos. El principal factor de riesgo fue la infección por VIH, en 19% de los enfermos. Del resto de factores de riesgo, el más frecuente en Murcia fue el antecedente de alcoholismo (17,1%) siendo la Comunidad Autónoma del estudio en que se registró este antecedente con mayor frecuencia, seguido de ser o haber sido usuario de drogas por vía parenteral (15,8%). La proporción de casos con antecedentes de contacto previo con enfermo tuberculoso es en el PMIT-Murcia del 20%, por encima de la media en el PMIT-España (17%).

En relación con el resultado del tratamiento antituberculoso se realizó un estudio retrospectivo en 6 CCAA (PMIT-2), utilizando la misma cohorte de casos del PMIT-1, obteniéndose la información de la historia clínica. Se encontró información suficiente en la historia clínica para conocer el resultado del tratamiento en el 86,6% de los casos del PMIT-Global y en 73,3% del PMIT-Murcia. En el PMIT global se constató un resultado satisfactorio en el 69,7% de los pacientes, 8,9% murieron antes de iniciar tratamiento o durante su transcurso y en 21,4% cumplieron la definición de resultado potencialmente insatisfactorio (9,8% por fracaso terapéutico, traslado o interrupción del tratamiento y 11,5% por falta de información en la historia clínica o ausencia de historia clínica). En la Región de Murcia se constató un resultado satisfactorio en el 59,9% de los pacientes, 5,3% murieron antes o en el transcurso del tratamiento y 34,8% cumplieron la definición de resultado potencialmente insatisfactorio (10,2% por fracaso terapéutico, traslado o interrupción del tratamiento y 24,6% por falta de información en la historia clínica o ausencia de historia clínica, siendo la CA del estudio con mayor proporción de casos con información insuficiente en la historia clínica y con historia clínica no encontrada. El porcentaje más alto de resultados satisfactorios se encontró en las consultas monográficas de tuberculosis y la peor proporción de RPI en las consultas especializadas en el tratamiento de usuarios de drogas e infectados por VIH. Según los factores de riesgo mas frecuentes

(VIH +, alcoholismo, usuario o exusuario de UDVP) , la proporción de resultados satisfactorios de los enfermos que presentaban estos factores de riesgo era inferior a la de los que no los presentaban.

En conjunto, los resultados del PMIT ratifican la importancia de la tuberculosis como problema de salud pública en España y en la Región de Murcia, muestran la importante interacción entre esta enfermedad y la infección por VIH, muestran aspectos en la práctica clínica de la enfermedad susceptibles de mejora y de acuerdo a la información obtenida en este estudio, los resultados del tratamiento antituberculoso en las áreas analizadas no alcanzan todavía los niveles recomendados por la OMS para lograr un control efectivo de la enfermedad.

---

## BIBLIGRAFIA

<sup>1</sup>WHO. Global Tuberculosis Control. WHO Reports. Available at <http://www.who.int/gtb/publications>.

<sup>2</sup> Grupo PMIT-Murcia (C. Navarro, A.García Fulgueiras, F Galván, JJ Guillén, E Gutierrez, M Lorenzo, MJ Luján, J Medrano, B Párraga, N Peregrín, A Piñana, F Sánchez Gascón, JM Zarauz). Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre tuberculosis en Murcia. Boletín Epidemiológico de Murcia 2000; 21: 5-8.

<sup>3</sup> Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del PMIT. Med Clin (Barc) 2000; 114: 530-537

<sup>4</sup> Grupo de Trabajo del PMIT. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en España: Resultados del PMIT. Med Clin (Barc) 2001; 116: 167-173

<sup>5</sup> M Díez Ruiz-Navarro, JA Hernández Espinosa, T Caloto González, C Castells Carrillo, A Domínguez García, AM García Fulgueiras, P Gayoso Diz, MJ López de Valdivieso y MF Vázquez Fernández por el Grupo de Trabajo del PMIT-2. Resultados del tratamiento antituberculoso en seis comunidades autónomas españolas. Med Clin (Barc) 2001; 117: 574-580

# **12.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CALENDARIO VACUNAL INFANTIL**

Ana García Fulgueiras <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

Los datos de la Región utilizados en este informe proceden de la Red Regional de Vigilancia Epidemiológica.

### **12.1. POLIOMIELITIS**

El último caso de poliomielitis salvaje en la Región de Murcia se diagnosticó en 1981, y en España en 1989. Desde entonces, en la Región de Murcia se ha registrado únicamente un caso de poliomielitis por poliovirus vacunal en 1999.

En la Región de Murcia, simultáneamente con el resto del Estado, se ha desarrollado en los últimos años un programa específico de Vigilancia de Parálisis Fláccida Aguda (PFA) enmarcado dentro de los objetivos de la OMS de eliminar la transmisión autóctona de poliovirus salvaje en la Región Europea en 1997 y obtener la certificación de la erradicación en el año 2000. En el año 2002 la Región Europea de la OMS ha conseguido la certificación de la OMS de Región libre de Poliovirus autóctono salvaje<sup>1</sup>, al igual que la Región de las Américas en 1994 y la Región del Pacífico Occidental en 2000. Sin embargo, a pesar del gran logro que supone esta certificación, mientras la poliomielitis no esté erradicada en todo el mundo existe el riesgo de importación de poliovirus en todas las regiones, por lo que el mantenimiento del sistema especial de vigilancia epidemiológica de PFA y de la vacunación frente a la polio (sustituyendo en el futuro la vacuna de virus atenuados por vacuna de virus inactivados) es necesario hasta que se consiga la erradicación mundial<sup>1</sup>

### **12.2. DIFTERIA**

En la Región de Murcia no se ha notificado ningún caso de difteria desde mediados de los 70. En España el último caso se registró en 1986.

Sin embargo, es necesario mantener la vigilancia y una alta cobertura de vacunación en todas las edades mediante la vacunación en niños y la revacunación en adultos cada 10 años por el riesgo de posibles casos importados. Así, en los años 90 hubo una epidemia de difteria muy importante en países del este de Europa (50.000 casos en Rusia en 1995), registrándose en algunos de ellos aún recientemente una incidencia considerable (más de 700 casos en Rusia en 2000 y 2001)<sup>2</sup>.

### 12.3. TÉTANOS

En los últimos años, desde 1994, el número de casos de tétanos que se registra anualmente en la Región de Murcia oscila entre 0 y 2 casos. Según edad, todos los casos declarados desde entonces corresponden a adultos, con un rango de edad de 38 a 88 años. En España, la incidencia es similar. Así, en 2001 se notificaron 23 casos en el conjunto del Estado, registrándose 0 casos en 9 Comunidades Autónomas. Por otro lado, el tétanos neonatal se incluyó como EDO de forma independiente en 1997 y desde entonces no se ha notificado ningún caso en España<sup>3</sup>. Estos datos justifican la necesidad de reforzar la revacunación frente a tétanos cada 10 años en adultos, con lo que se refuerza simultáneamente la vacunación frente a difteria en adultos, al administrarse ambas vacunas conjuntamente.

### 12.4. TOS FERINA

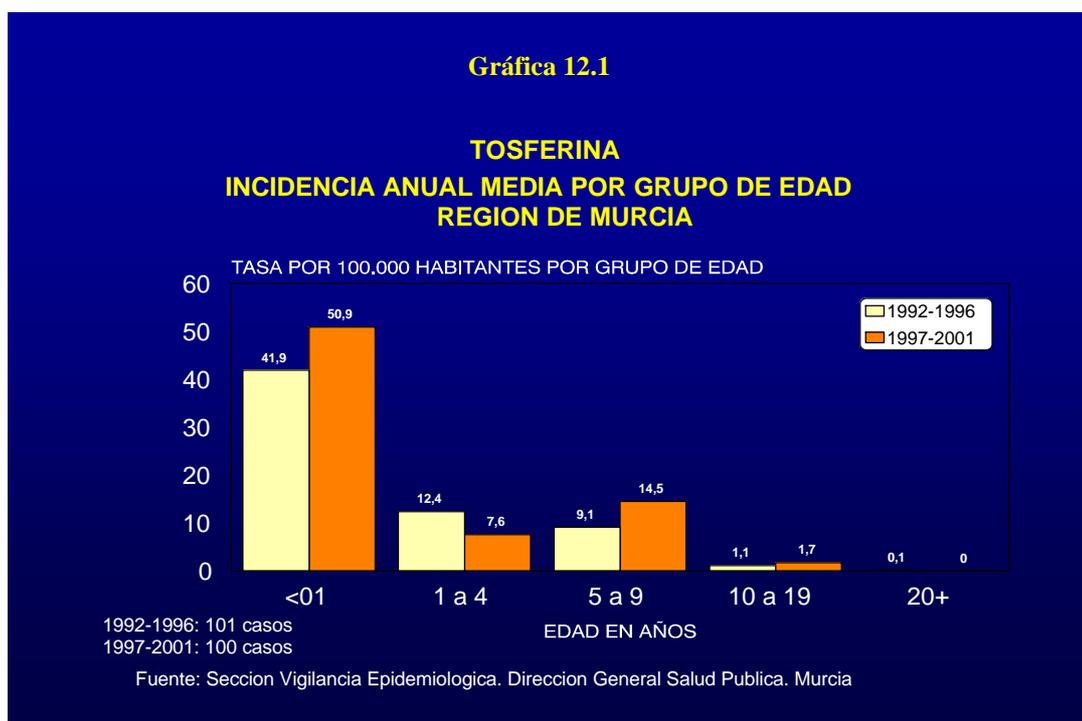
La incidencia de tos ferina ha ido disminuyendo de forma continua desde los primeros años 80 (unos 1500 casos anualmente) hasta alcanzar un mínimo en 1995 (4 casos notificados en la Región) y posteriormente volver a aumentar de forma moderada. Entre 1997 y 2001 la incidencia se ha mantenido en torno a 15-20 casos al año, con un pico de 49 casos en 1997 (Tabla 12.1). En España en 2001 se registró una incidencia de 0,96 casos por 100.000 hab., situándose Murcia como la segunda CCAA con mayor incidencia con 2,15 casos por 100.000 habitantes.

**TABLA 12.1**  
**SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAROTIDITIS, TOSFERINA**  
**REGION DE MURCIA. INCIDENCIA ANUAL. 1997-2001**  
**Número de casos y tasa por 100.000 habitantes**

ENFERMEDAD	AÑO 1997		AÑO 1998		AÑO 1999		AÑO 2000		AÑO 2001	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
Sarampión	38	3,5	12	1,1	13	1,2	3	0,3	0	0,0
Rubéola	80	7,3	23	2,1	13	1,2	12	1,1	2	0,2
Parotiditis	67	6,1	127	11,5	52	4,6	64	5,6	129	11,4
Tos ferina	49	4,5	14	1,3	17	1,5	13	1,2	24	2,1

Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. DGSP. Murcia.

En la gráfica 12.1 se presenta la incidencia anual media de tos ferina en los periodos 1992-96 y 1997-2001 por grupo de edad. En ambos periodos se observa la mayor incidencia en menores de un año de edad (41 a 51 casos por cada 100.000 niños de esa edad), seguido a distancia por la incidencia en niños de 1 a 9 años ( 8 a 14 casos por cada 100.000 niños de esa edad) y una incidencia baja en los de 10 a 19 años (en torno a 1,5). Según sexo no se observan diferencias significativas en el último quinquenio.



En los últimos 5 años se han registrado dos brotes de tos ferina, con diagnóstico exclusivamente clínico. Un brote con 17 afectados en 1997 en el que el 47% eran <5 años y 47% de 5 a 9 años de edad, estando correctamente vacunados un 75% y un brote con 3 afectados, 3 hermanos correctamente vacunados, en 1999. Se debería poder realizar el diagnóstico mediante cultivo en al menos algún centro sanitario de la Región para la confirmación de casos, especialmente en brotes.

## 12.5. SARAPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS

La incidencia de sarampión (0 casos en 2001) y rubéola (2 casos en 2001, tasa de 0,2 por 100.000 hab.) ha experimentado un descenso continuado y muy acusado entre 1982 y 2001. La incidencia de parotiditis, sin embargo, tras un importante descenso inicial, se estabiliza en torno a 1995 y vuelve a aumentar en los últimos años (129 casos en 2001, tasa de 11,4 por 100.000 h) (Tabla 12.2). En España, la incidencia de sarampión y rubéola presenta igualmente una tendencia descendente en los últimos años (tasa de 0,13 y 0,45 por 100.00 hab. respectivamente en 2001), mientras que en parotiditis se registra una incidencia bastante mayor (tasa de 19,7 por 100.000 h en 2001), a pesar del descenso en 2001 tras el aumento observado en los dos años anteriores.

**TABLA 12.2**  
**SARAPIÓN, RUBÉOLA, PAROTIDITIS, TOSFERINA**  
**REGION DE MURCIA y ESPAÑA. AÑO 2001**  
**Número de casos y tasa por 100.000 habitantes**

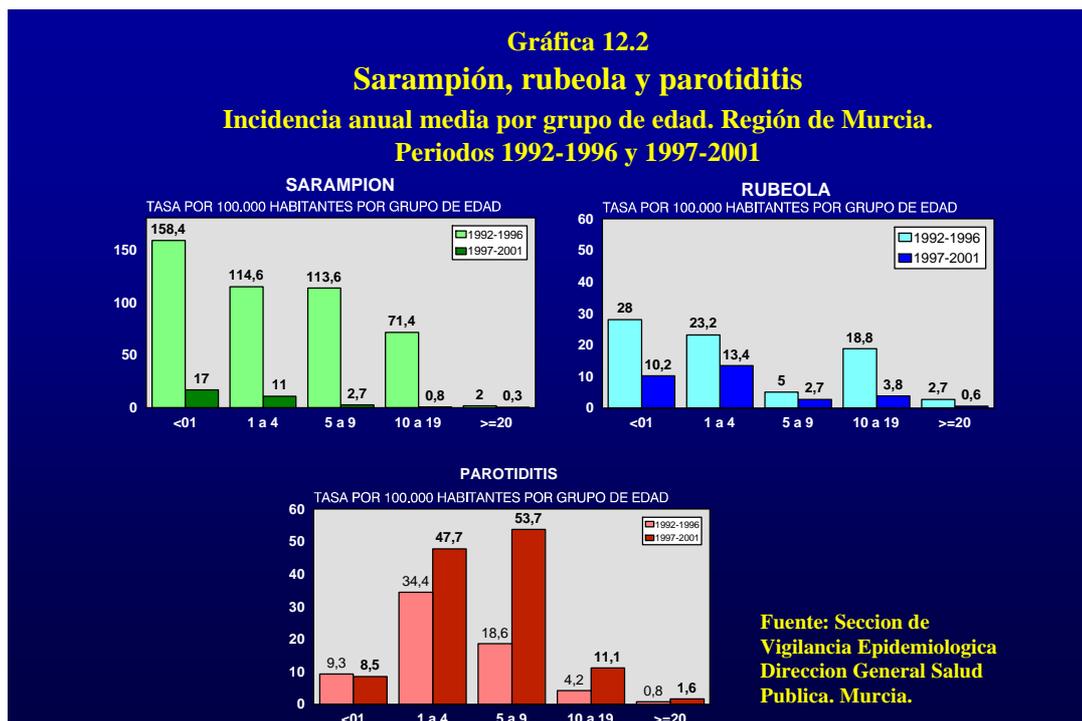
ENFERMEDAD	MURCIA		ESPAÑA	
	casos	tasa	casos	tasa
Sarampión	0	0,0	87	0,22
Rubéola	2	0,2	179	0,45
Parotiditis	129	11,4	7.767	19,66
Tos ferina	24	2,1	379	0,96

Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. DGSP. Murcia.

Según sexo, la incidencia de estas tres enfermedades en el último quinquenio ha sido más elevada en niños que en niñas.

En la gráfica 12.2 se presenta la incidencia anual media de sarampión, rubéola y parotiditis en los periodos 1992-96 y 1997-2001 por grupo de edad. Comparando la incidencia en el último

quinquenio con respecto al anterior se observa un descenso en todos los grupos de edad en la incidencia de sarampión y rubéola y sin embargo, un aumento en la incidencia de parotiditis a partir del año de edad y especialmente marcado en el grupo de edad de 5 a 9 años. En el último periodo, 1997 a 2001, observamos que la mayor incidencia de sarampión y rubéola se registra en los menores de 5 años, mientras que la mayor incidencia de parotiditis se registra en el grupo de edad de 5 a 9 años, seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años.



En los últimos 5 años se han registrado 3 brotes de parotiditis. Un brote en un colegio en 1997 en una pedanía de Murcia con 10 casos de 2 a 9 años de edad, todos ellos vacunados con una dosis de triple vírica a los 15 meses, un brote con 81 casos en 1998 afectando a varias pedanías del municipio de Murcia con mayor incidencia en niños de 5-10 años, en el que estaban vacunados con TV el 75%, pero la mayoría con una sola dosis, y un brote con 43 casos en 2001 en un barrio de Cartagena, en el que el 81% de los afectados no estaban vacunados. Los dos primeros brotes ocurrieron previamente al cambio introducido en 1999 bajando la edad de 2ª dosis de Triple Vírica de 11 a 6 años. El último brote pone de manifiesto la necesidad de vigilar exhaustivamente las coberturas de vacunación, ya que incluso con una buena cobertura general, se pueden producir brotes epidémicos si se tienen pequeños grupos de población con mala cobertura. De rubéola, se

detectó un brote en 1997 que afectó a 3 hombres de 15-24 años y una mujer de 32 años, no vacunados.

#### Eliminación del sarampión en la Región de Murcia

En 1998 la OMS propuso el objetivo de eliminación del sarampión en la Región europea para el año 2007. En España se ha propuesto la consecución de este objetivo para el año 2005. Para la consecución del objetivo de eliminar el sarampión autóctono en la Región de Murcia en el año 2005, se ha elaborado el Plan de Eliminación del Sarampión<sup>4</sup>, el cual ha iniciado sus actividades en el 2001. En el año 2000, y con la misma finalidad, se intensificó el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la declaración del sarampión como enfermedad de declaración urgente<sup>5</sup>.

Durante el primer año de actividad del plan en la Región, se han notificado tres casos sospechosos de sarampión. Los tres eran niños de 1 año de edad, 2 de ellos no vacunados todavía. En los 3 casos se descartó el diagnóstico de sarampión al ser negativa la prueba serológica confirmatoria. Hay que destacar la importancia de la declaración urgente de todo caso de sospecha y del análisis de IgM específica de sarampión en suero, medida incluida en el plan para poder determinar la incidencia real de esta enfermedad. En España en el año 2001 se notificaron 136 casos sospechosos de sarampión, de los cuales solo 36 se confirmaron como tales.

#### **12.6. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR MENINGOCOCO C**

En la tabla 12.3 se presenta el número de casos confirmados de enfermedad por meningococo C en las 5 últimas temporadas por grupo de edad en la región de Murcia, así como la incidencia global por 100.000 habitantes para la región de Murcia y España, por temporada. La campaña de vacunación con vacuna polisacárida frente a Meningococo C de toda la población entre 18 meses y 19 años de edad se realizó al final de la temporada epidemiológica 96-97 tras el aumento de incidencia registrado en esa temporada. La incidencia disminuyó, bruscamente primero y luego progresivamente hasta estabilizarse, desde la temporada 1996-97 a la 2000-01. En esta última temporada se introdujo la vacuna conjugada frente a meningococo C en calendario vacunal en tres

dosis a los 2,4 y 6 meses de edad. En España globalmente la evolución de la incidencia de enfermedad por meningococo C en las últimas temporadas es similar a la de la Región.

**TABLA 12.3**

**Enfermedad Meningocócica por Meningococo C**

**Región de Murcia. Nº casos por grupo de edad y temporada epidemiológica.**

**Region de Murcia y España. Incidencia por 100.000 habitantes.**

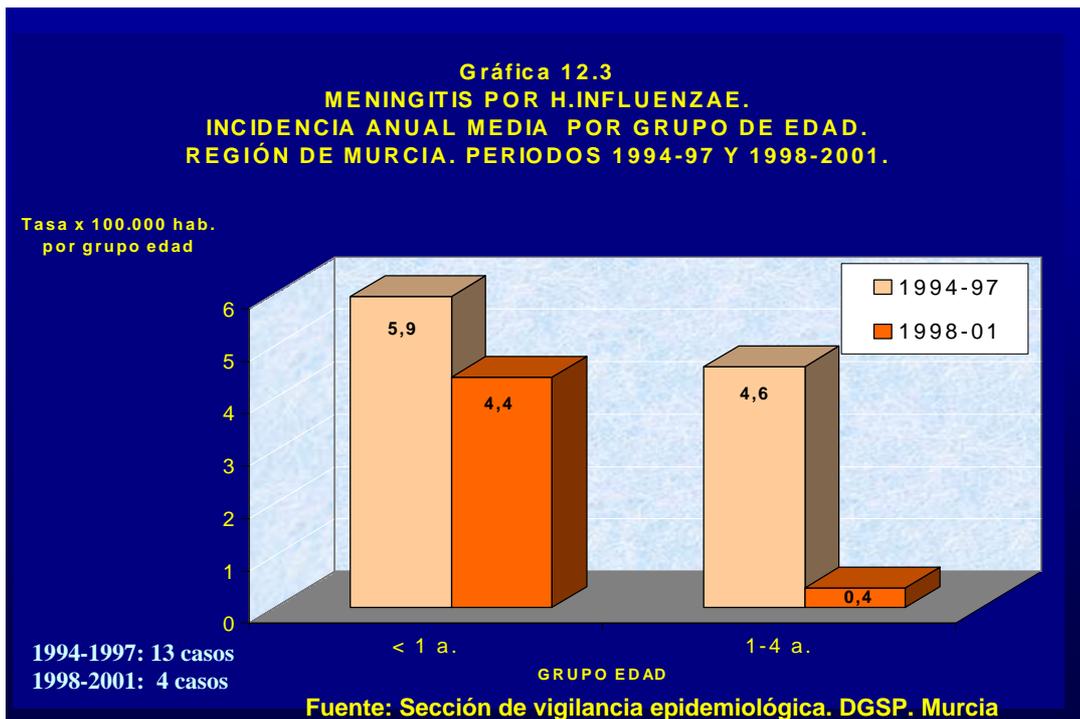
Temporada	Nº casos por grupos de edad.						Incidencia por 100.000 h	
	Región de Murcia.						Murcia	España
	<18m	18m-4a	5a-9a	10a-14a	15a-19a	20a +		
<b>96-97</b>	2	7	4	5	9	2	2,65	2,28
<b>97-98</b>	3	4	0	0	0	2	0,82	0,86
<b>98-99</b>	4	4	0	0	0	2	0,89	0,82
<b>99-00</b>	1	2	0	0	0	1	0,35	1,03
<b>00-01</b>	0	1	0	0	1	3	0,44	0,40

Nota: La campaña de vacunación con vacuna polisacárida frente a Meningococo C tuvo lugar al acabar la temporada epidemiológica 96-97 y la introducción de la vacuna conjugada frente a Meningococo C en calendario vacunal en la temporada 00-01.

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Murcia.

### 12.7. MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

En la gráfica 12.3 se presenta la incidencia de meningitis por Haemophilus Influenzae (HI) en menores de 5 años en los periodos 1994-97 y 1998-01. La vacuna se introdujo en calendario en 1998. La incidencia en menores de 5 años ha descendido entre 1994-97 (13 casos en 4 años) y 1998-01 (4 casos en 4 años), en especial en el grupo de edad de 1 a 4 años.



Respecto al resto de enfermedades de carácter invasivo por HI (sepsis, neumonía, etc) no se dispone de datos periódicos al no ser objeto de declaración obligatoria. En España no existen datos periódicos ni de Meningitis ni del resto de enfermedades invasivas por HI, por no ser de declaración obligatoria en el conjunto del estado. La única información disponible en la Región es la correspondiente a un estudio puntual coordinado por el Instituto de Salud Carlos III, realizado en 11 CCAA, de casos de enfermedad invasiva en 1993-94 en niños menores de 5 años<sup>6</sup>. En total, en la Región de Murcia se registraron 10 casos en 1993 y 9 casos en 1994, correspondiendo el 47% de los casos del periodo a meningitis<sup>7</sup>. La incidencia anual media en los dos años del estudio, en menores de 5 años, para el total de las 11 CCAA estudiadas fue 12,4 por 100.000 hab. para la enfermedad invasiva (incluyendo meningitis, 64% de los casos) y 8,0 para la meningitis<sup>6</sup>. En la Región de Murcia estas cifras de incidencia anual media fueron de 14,1 y 6,7 respectivamente.

## 12.8. HEPATITIS B

Los datos procedentes del SISEDO para esta enfermedad no serán utilizados en tanto no sean contrastados con información procedente de otra fuente, dada la posible infranotificación no cuantificada de la enfermedad. Por tanto no disponemos de información válida acerca de la incidencia global y por grupos de edad de esta enfermedad. Sería necesario realizar un estudio específico sobre

la incidencia de esta enfermedad en la Región, así como disponer de información periódica que permitiera evaluar el programa de vacunación frente a Hepatitis B.

Un estudio seroepidemiológico transversal realizado a partir de muestras de suero extraídas en 1992-93 a una muestra de población general de la Región entre 18 y 65 años de edad, reflejaba una prevalencia de anti-HBc de 10,2% y de Ag HBs de 0,9 en la población de esta edad, lo que situaba a la Región como un área de baja-intermedia endemicidad en el mundo con aproximadamente un 1% de la población adulta crónicamente infectada, prevalencia más alta que en países de baja endemicidad, como en el norte de Europa donde solo 0,2 a 0,5% de la población presentaba infección crónica<sup>8</sup>.

La inmunización frente a Hepatitis B se introdujo en el calendario vacunal de la Región en 1994 en adolescentes y a partir de 1999 en lactantes, en consonancia con la recomendación de la OMS de incorporar esta vacuna en el calendario vacunal infantil en todos los países para 1997. Aunque hasta 2001 solo 130 países la habían introducido dadas las grandes dificultades sociales y económicas para su introducción en muchos países, su implementación en todo el mundo es uno de los grandes objetivos en salud, que haría técnicamente posible, junto con la investigación en tratamientos antivirales para los infectados crónicos, el control global de la infección por Hepatitis B<sup>9</sup>

## **RESUMEN**

En general, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles en calendario vacunal evidencia el impacto de los programas de vacunación reduciendo la incidencia de estas enfermedades. Los brotes epidémicos detectados muestran que, además de la necesidad de mantener coberturas globales de vacunación >95%, es necesario identificar los grupos de población vacunados inadecuadamente y/o bolsas de susceptibles para hacerles más accesible la vacunación.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- <sup>1</sup> La Región Europea de la OMS es declarada libre de polio. Bol Epidem Sem 2002; 10: 73-74
- <sup>2</sup> Nuorti P, Suomalainen P, Heiskanen-K, et al . Fatal case of diphtheria in an unvaccinated infant, Finland 2001. Eurosurveillance 2002; 4: 1-2
- <sup>3</sup> Servicio de Vigilancia Epidemiológica. CNE. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria y sistema de información microbiológica. España. Año 2001. Bol Epidem Sem 2002; 10: 49-60
- <sup>4</sup> Servicio de Epidemiología. Plan de acción para eliminar el sarampión en la Región de Murcia. Bol Epidem Murcia 2000; 21: 45-51
- <sup>5</sup> Orden de 16 Octubre 2000 de Consejería de sanidad y Consumo. BORM 2000; 49: 11739
- <sup>6</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Estudio de Incidencia de enfermedad invasiva por Haemophilus Influenzae en España. Madrid: CNE. 1997.
- <sup>7</sup> MI Espín. Incidencia de enfermedad invasiva por Haemophilus Influenzae en la Región de Murcia. Bol Epidem Murcia 1997; 17-18
- <sup>8</sup> García-Fulgueiras A, Tormo MJ, Rodríguez T et al. Prevalence of Hepatitis B and C markers in the South-east of Spain: An unlinked community-based serosurvey of 2,203 adults. Scan J Infect Dis 1996; 28 : 17-20
- <sup>9</sup> Kao JH, Chen DS. Global control of Hepatitis B virus infection. Lancet Infect Dis 2002; 2: 395-403

## **13. OBESIDAD Y DIABETES**

Dra. María José Tormo Díaz<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología; Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia

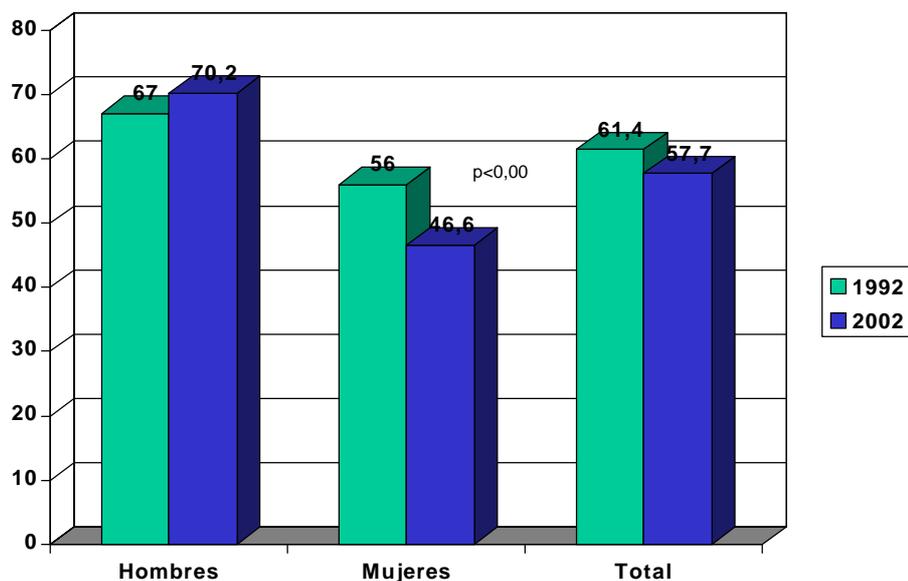
### 13.1 OBESIDAD

El exceso de peso y la obesidad actúan sobre diferentes factores de riesgo coronario (hipertensión arterial, anormalidades lipídicas, etc.) además de estar asociados a la diabetes del adulto, a ciertos procesos tumorales así como a la patología degenerativa ósea de columna y miembros inferiores. Estudios con un adecuado ajuste de los principales factores de confusión han identificado la obesidad como un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. El indicador utilizado habitualmente es el Índice de Masa Corporal (IMC) que, para población adulta, se interpreta como sobrepeso si es de 25 a 29,9 y obesidad si es  $\geq 30$ . Desde 1992 se sabe que la Región de Murcia presenta una de las cifras más elevadas de sobrepeso y obesidad en población adulta de las registradas mundialmente<sup>1</sup>. La gráfica 13.1 presenta la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad por sexos entre 1992 y los datos *preliminares* del Programa DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad)<sup>1</sup> referidos a 2002. En 1992, globalmente, 6 de cada 10 murcianos de entre 18-65 años presentaba algún exceso de peso. De estos, 2 de cada 10 eran obesos. Las mujeres presentaban una proporción más elevada de obesidad mientras que los hombres lo hacían de sobrepeso. A lo largo de los 10 últimos años la prevalencia se mantiene al mismo nivel en hombres y ha descendido 10 puntos en las mujeres. Globalmente ha habido un descenso que no llega a la significación. El descenso en mujeres ha sido a expensas de una reducción en la prevalencia de obesidad manteniéndose las cifras de sobrepeso estables (datos no mostrados). La tabla 13.1 presenta la situación comparativa de la Región de Murcia en 1992 con otras áreas mundiales en población de 35 a 65 años<sup>2,3,4</sup>.

---

<sup>1</sup> El Programa DINO (FIS exp. 01/0711) cuenta como investigadores a: MJ Tormo (IP), C Navarro, R Marco, JM Egea, D Pérez- Flores, J Ortolá , L González-Sicilia, FJ Tebar, M Sánchez-Pinilla, M Flores y J Cava.

Gráfica 13.1 Evolución de la prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad (Índice de Masa Corporal  $\geq 25$ ) entre 1992-2002 según sexo.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

Tabla 13.1 Prevalencia de obesidad (IMC  $\geq 30$ ) en la población de 35-64 años de edad, en algunos países europeos y comunidades autónomas de España

País <sup>a</sup>	Prevalencia	% hombres/mujeres
Malta	33	25/41
Murcia (1992)	29	23/37
Checoslovaquia	26	21/41
Polonia	22	15/29
Finlandia	19	18/20
Italia	19	16/22
España (SEEDO 1989-94)	19	15/23
Alemania	18	16/19
Cataluña 1983 (MONICA)	17	13/21

Francia	16	15/17
Cataluña (1992)	16	12/20
Bélgica	16	14/19
Suiza	14	15/13
Escocia	13	11/16
Suecia	11	10/12
Islandia	11	11/11
Dinamarca	11	11/10

<sup>a</sup> Cuando no se refiere un año específico es que el dato está obtenido a partir de encuestas llevadas a cabo entre 1985 y 1990.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y referencias 2-4. Servicio de Epidemiología

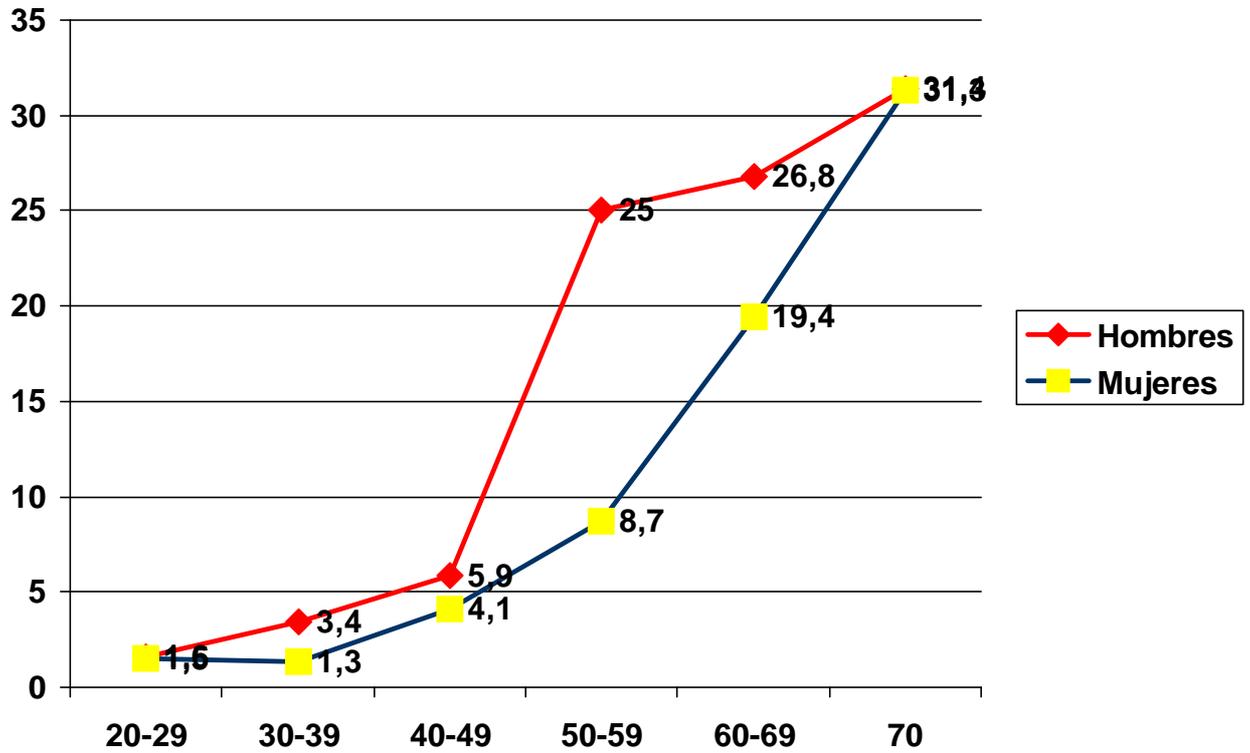
En escolares se observó, a principios de los noventa, que mientras la talla no era diferente a la de otros estudios realizados en otras CC.AA. (Madrid, País Vasco) el peso medio era más elevado entre los escolares de Murcia<sup>5</sup>. La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares se puede confirmar con dos estudios recientes. Uno realizado en la población de Torre Pacheco con niños escolarizados de 14 a 18 años encontró que uno de cada dos niños y una de cada 3 niñas de esta edad presentaban sobrepeso u obesidad<sup>6</sup>. El otro trabajo realizado en una muestra de niños de 6-7 años de Murcia (n=311) , Cádiz (áreas con elevadas tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón) y en Madrid y Orense (áreas con baja mortalidad) encontró una mayor prevalencia de obesidad en Murcia (14,1%) y Orense (15,9%) que en Madrid (8%) y Orense (9,4%)<sup>7</sup>. Comparados con los niños de las ciudades con baja mortalidad isquémica los niños de las ciudades con alta mortalidad presentaban mayor ingesta calórica, de colesterol y de sodio<sup>8</sup>.

## 13.2 DIABETES

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica e incapacitante, prevenible y controlable. En 1998 representó en Murcia la tercera causa de muerte en las mujeres. La prevalencia es desconocida en nuestra Región, aunque en un estudio en un área mediterránea cercana (Cataluña) la prevalencia encontrada fue del 10%<sup>9</sup>. La diabetes tipo 2 está asociada a factores de riesgo conocidos, siendo la obesidad el más importante. La Región de Murcia cuenta con cifras poblacionales muy elevadas de sobrepeso y obesidad<sup>1</sup> que, junto con una dieta excesivamente calórica<sup>10</sup>, la hace especialmente susceptible a la aparición de diabetes.

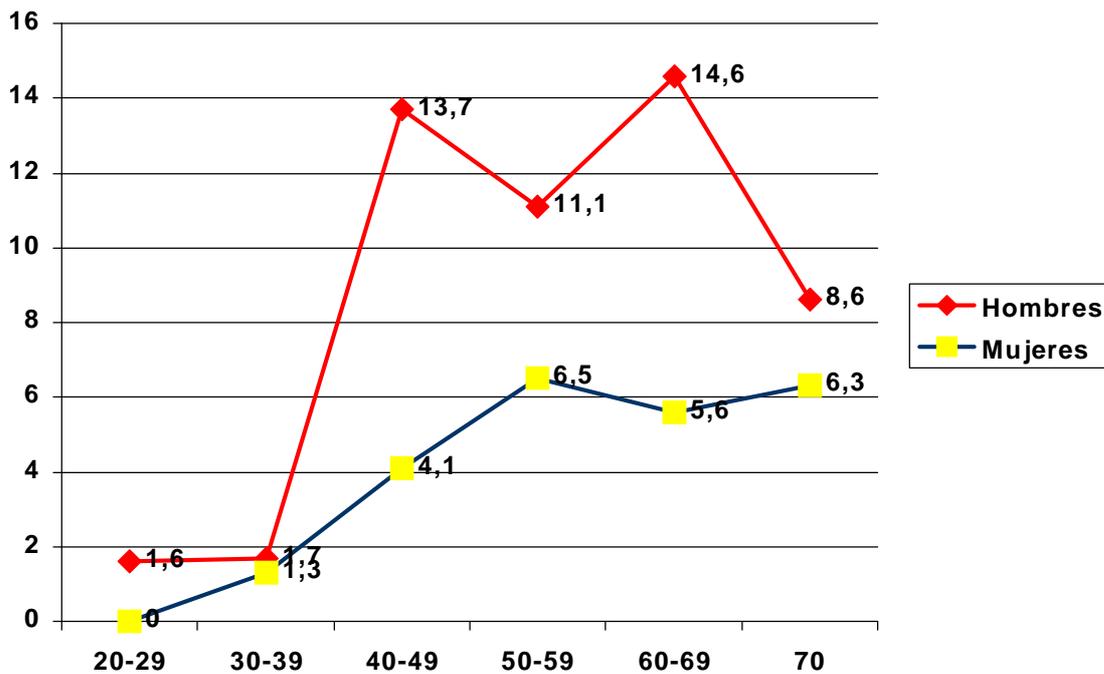
Con el objetivo de conocer la prevalencia global de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 20 años de la Región de Murcia en el periodo 2001-2002 se está llevando a cabo el estudio DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad). El estudio se ha realizado ya en aproximadamente la mitad de la muestra seleccionada, concretamente en las áreas de Murcia y Altiplano. En base a estos datos *provisionales* podemos hacer una primera estimación de cual es la prevalencia de diabetes tipo 2 (glucemia basal  $\geq 126$  mg/dl) en la Región de Murcia tal como muestra la gráfica 13.2 junto a la prevalencia de la glucemia basal alterada GBA ( $110 \text{ mg/dl} \leq G \text{ Basal} < 126 \text{ mg/dl}$ ) considerado como un estado prediabético (gráfica 13.3). Uno de cada 10 murcianos (10,9%) de 20 años o más presenta diabetes y uno de cada cinco (5,4%), además, tendría GBA. La prevalencia de diabetes y GBA es más elevada en hombres para todas las edades aunque es especialmente destacable la mayor proporción de GBA observada en las décadas de los 40 a los 60 y de la diabetes una década más tarde. Las prevalencias llegan a nivelarse entre sexos a partir de los 70 años. El grueso de los casos comienza a aparecer en los hombres al alcanzar la década de los 50 y una década más tarde en las mujeres.

Gráfica 13.2. Prevalencia (%) de diabetes mellitus (glucemia basal  $\geq 126$  mg/dl) según grupos de edad y sexo. Datos provisionales 2002.



Fuente: Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

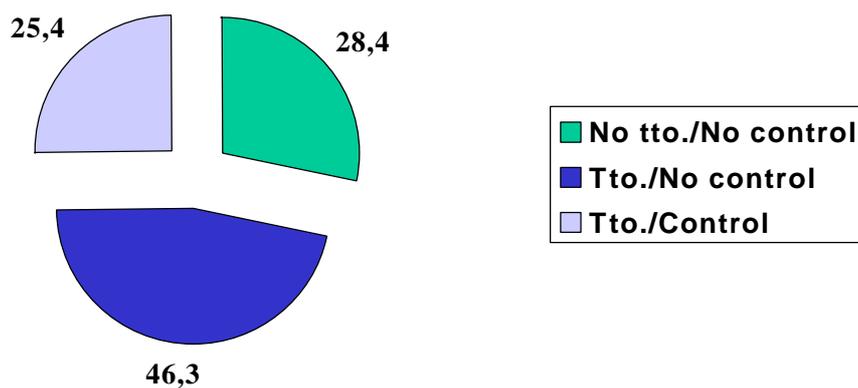
Gráfica 13.3. Prevalencia (%) de glucemia basal alterada ( $110 \leq$  glucemia basal  $< 126$  mg/dl) según grupos de edad y sexo. Datos provisionales 2002.



Fuente: Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

El grado de conocimiento de la diabetes es elevado en la Región de Murcia (81,8 %). Por otra parte la gráfica 13.4 presenta el grado de tratamiento y control de la misma considerando que la diabetes está bajo control si la proporción de hemoglobina glicada (HbA1c) se encuentra por debajo del 7%. Nuestros resultados preliminares indican que 7 de cada 10 diabéticos están tratados pero tan sólo un 25% estarían adecuadamente controlados. La situación sería más desfavorable en las mujeres que, aunque conocen con más frecuencia que los hombres su enfermedad, siguen con menor frecuencia un tratamiento y, en el caso de que lo sigan, con menor frecuencia consiguen el control adecuado.

Gráfica 13. 4. Grado de tratamiento y control (%) de la diabetes tipo 2 (glucemia basal  $\geq 126$ mg/día) en 2002<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

## BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1372-1380.
- <sup>2</sup> Seidell JC. Obesity in Europe - public health implications. In: Guy-Grand B, Ailhaud G et al, eds. *Obesity in Europe 91*. London: John Libbey, 1992:105-109.
- <sup>3</sup> WHO MONICA Project. WHO MONICA Project: Risk Factors. *Int J Epidemiol* 1989 (supl 1): S46-S55.
- <sup>4</sup> Aranceta J, Pérez RC, Serra ML, Ribas L, Quiles IJ, Vioque J et al. [Prevalence of obesity in Spain: the SEEDO'97 study. Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity]. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:441-445.
- <sup>5</sup> Hernández Martínez AM, Tébar Masso FJ, Serrano Corredor S, Alvarez Cantalapiedra I, Illán Gómez F y Valdés Chavarri M. Estudio antropométrico de la población escolar de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Med Clin (Barc)* 1992;98:651-5.
- <sup>6</sup> Garaulet M, Martínez A, Victoria F, Pérez-Llamas F, Ortega RM, Zamora S. Difference in dietary intake and activity level between normal-weight and overweight or obese adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30:253-258.
- <sup>7</sup> Garces C, Lasuncion MA, Ortega H, Lopez CL, Benavente M, Rubio R et al. Factores metabólicos en la población escolar asociados a mortalidad cardiovascular en los adultos. Estudio de cuatro provincias. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:767-770.
- <sup>8</sup> Rodríguez-Artalejo F, Garces C, Gorgojo L, Lopez GE, Martín-Moreno JM, Benavente M et al. Dietary patterns among children aged 6-7 y in four Spanish cities with widely differing cardiovascular mortality. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56:141-148.
- <sup>9</sup> Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras LI. Prevalence of diabetes in Catalonia (Spain): an oral glucose tolerance test-based population study. *Diabetes Res Clin Pract* 1999;43:33-40.
- <sup>10</sup> Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC-Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 27, 1999.

## **14. ENFERMEDADES MENTALES**

Navarro-Mateu F, García Sancho JC y Giribet Muñoz C.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.<sup>1</sup>

#### **14.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA**

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 centrado en la Salud Mental (OMS, 2001). En el se refleja el creciente interés por la Salud Mental como parte fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países. Los estudios epidemiológicos sugieren que los trastornos mentales son universales (afectan a personas de todos los países y sociedades) y están presentes en todas las etapas de la vida de las personas, independientemente de su condición social, área de residencia o sexo.

Hoy en día se acepta a los trastornos mentales y del comportamiento constituyen uno de los principales Problemas de Salud y uno de los objetivos prioritarios de las diversas políticas sanitarias internacionales y nacionales (OMS, 2001 y Salvador-Carulla y cols, 2002) por diversos motivos entre los que destacan:

- Cuatro de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo corresponden a los trastornos mentales. Un único trastorno mental, la depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y es considerada como la segunda causa asociada a más Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en la estimación realizada para el año 2020.

- Se calcula que los transtornos Mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo con un impacto epidemiológico importante (entre un 20 y un 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de la vida asociados a unos niveles significativos de discapacidad, un elevado uso de servicios y a una alta carga familiar). Más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.

- Alrededor del 24% de todos los pacientes atendidos en el ámbito de Atención Primaria padecía un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de depresión y ansiedad y los relacionados con el consumo de sustancias. Por otro lado, la comorbilidad de estos trastornos es muy importante, presentándose en solitario o asociados a uno o más trastornos orgánicos.

Dado que no se dispone de estudios epidemiológicos sobre la Salud Mental en población general o en el ámbito de Atención Primaria en la Región de Murcia, los datos epidemiológicos que se exponen a continuación provienen del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátrico (RACP). Este registro se implantó en la red ambulatoria dependiente del Departamento de Salud Mental a lo largo de 1997 y abarca alrededor del 85% de la atención ambulatoria ofertada en los Centros de Salud Mental (CSMs) en el programa de Adultos (mayores de 16 años), a la totalidad de la población infanto-juvenil (menor de 16 años) y de los problemas de drogodependencias en los Centros de Atención a Drogodependencias (CADs) de Murcia. Aun estando todavía en proceso de desarrollo e implantación, el RACP ha permitido la elaboración de las Memorias Asistenciales del Departamento de Salud Mental correspondientes a los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Esta información tiene importantes limitaciones a la hora de extrapolar los resultados a la población general, ni siquiera a la patología mental atendida en Atención Primaria. Se acepta internacionalmente la existencia de una escasa utilización de los servicios psiquiátricos disponibles (Vázquez-Barquero, 1990). Incluso en países donde dichos servicios están más consolidados, menos de la mitad de las personas que necesitan asistencia se benefician de ellos (OMS, 2001).

#### **14.2. INFORMACIÓN SOBRE MORBILIDAD ATENDIDA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

En la evolución de los primeros casos atendidos en los CSMs y CADs del Servicio Murciano de Salud se observa un ligero descenso progresivo a lo largo del período analizado en el Programa de Adultos y en el de Drogodependencias, mientras que en el Programa Infanto Juvenil se mantiene estable. En el período analizado, se constata un aumento progresivo del conjunto de casos atendidos en los tres programas. (Tabla 14.1).

**Tabla 14.1: Primeros casos y total de casos atendidos (Número y por mil habitantes) por programas asistenciales en los Centros de Salud Mental /CADs del Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud durante los años 1998 al 2001**

<b>PROGRAMA DE ADULTOS (&gt;16 AÑOS)</b>				
<b>Año</b>	<b>Número</b>	<b>Primeros casos<sup>&amp;</sup> (o/oo)\$</b>	<b>Número</b>	<b>Total Casos atendidos# (o/oo)\$</b>
1998	7397	9.92	16.714	22.40
1999	6645	8.91	18.516	24.82
2000	5969	8.00	19.078	25.57
2001	5739	7.69	19.321	25.89
<b>PROGRAMA DE INFANTO-JUVENIL</b>				
<b>Año</b>	<b>Número</b>	<b>Primeros casos<sup>&amp;</sup> (o/oo)\$</b>	<b>Número</b>	<b>Total Casos atendidos# (o/oo)\$</b>
1998	1659	1.80	2367	2.60
1999	1739	1.91	2912	3.20
2000	1715	1.88	3281	3.60
2001	1710	1.88	3427	3.76
<b>PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS</b>				
<b>Año</b>	<b>Número</b>	<b>Primeros casos<sup>&amp;</sup> (o/oo)\$</b>	<b>Número</b>	<b>Total Casos atendidos# (o/oo)\$</b>
1998	1739	1.58	3212	2.93
1999	1485	1.35	3408	3.11
2000	1066	0.95	3321	2.98
2001	999	0.89	3524	3.16

Se ha considerado como poblaciones de referencia las siguientes:

- **Adultos:** población mayor de 16 años (581.880 habitantes)
- **Infanto-Juvenil:** población menor de 16 años (200.420 habitantes)
- **Drogodependencias:** total población (1.110.000 habitantes)

<sup>&</sup> **Primeros casos:** Pacientes atendidos por primera vez en un CSM/CAD, que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la Historia Clínica.

**# Total Casos atendidos:** nº de pacientes atendidos (no repetidos) que reciben asistencia sanitaria en un CSM/CAD en un año.

En el Programa de Adultos, los dos diagnósticos que predominan entre los primeros casos atendidos en el período analizado son las Neurosis (que incluye patologías como los trastornos por pánico, trastornos somatomorfos, trastornos adaptativos, trastornos disociativos, ...) y los Trastornos afectivos (Criterio F30 a F39, que incluyen los trastornos depresivos, el trastorno bipolar y la distimia entre los más importantes). Los trastornos de personalidad y las psicosis esquizofrénicas alternan el tercer y cuarto puesto según los años (tabla 14.2). En relación al total de casos atendidos (tabla 14.3), las

tres primeras grandes categorías diagnósticas atendidas durante el período analizado son los trastornos afectivos, las neurosis y las psicosis esquizofrénicas.

**Tabla 14.2 : Primeros casos atendidos<sup>&</sup> (por mil habitantes\$) por diagnóstico en el Programa de Adultos en los años 1998 a 2001**

Diagnósticos (CIE-10)	1998	1999	2000	2001
Neurosis (F40-F49)	4.41	3.98	3.81	4.05
Tr. Afectivos (F30-F39)	4.53	3.29	3.03	2.73
Tr. Personalidad (F60-F69)	0.71	0.58	0.51	0.48
Psicosis esquizofrénicas (F20-F29)	0.81	0.57	0.46	0.40
Tr. Mentales Orgánicos (F00-F09)	0.49	0.42	0.39	0.36
Tr. Alimentación (F50)	0.21	0.20	0.19	0.18
Otros (resto códigos CIE-10)	1.55	2.37	1.86	1.65

<sup>&</sup> **Primeros casos:** Pacientes atendidos por primera vez en un CSM/CAD, que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la Historia Clínica.

\$ Se ha considerado como población de referencia del programa de Adultos: población mayor de 16 años (581.880 habitantes)

**Tabla 14.3 : Total Casos Atendidos# (por mil habitantes) por diagnósticos en el Programa de Adultos durante los años 1998 a 2001**

Diagnósticos (CIE-10)	1998	1999	2000	2001
Tr. Afectivos (F30-F39)	9.19	9.80	10.82	11.09
Neurosis (F40-F49)	6.92	8.21	9.51	10.33
Psicosis esquizofrénicas (F20-F29)	3.11	3.49	4.18	4.36
Tr. Personalidad (F60-F69)	1.46	1.81	2.10	2.23
Tr. Mentales Orgánicos (F00-F09)	0.61	1.07	1.36	1.44
Tr. Alimentación (F50)	0.40	0.47	0.52	0.54
Otros (resto códigos CIE-10)	7.30	6.98	3.72	3.22

# **Total Casos atendidos:** n° de pacientes atendidos (no repetidos) que reciben asistencia sanitaria en un CSM/CAD en un año.

\$ Se ha considerado como población de referencia del programa de Adultos: población mayor de 16 años (581.880 habitantes)

En el Programa de Infante-Juvenil, los dos diagnósticos que predominan entre los primeros casos que acuden en el período analizado son las patologías englobadas en el epígrafe Otros trastornos de la

emociones y del comportamiento o tics (criterios F94, F95 y F98, que incluye patologías como la enuresis, tics, ...) y los Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (Criterio F93, que incluyen los trastornos de ansiedad de separación, de ansiedad fóbica, de rivalidad entre hermanos, ...). Los trastornos relacionados con la crianza del niño, los relacionados con circunstancias familiares y los trastornos de ansiedad y depresión alternan en el tercer, cuarto y quinto puesto según los años analizados (tabla 14.4). En relación al total de casos atendidos (tabla 14.5), se mantiene un patrón similar en los primeros lugares.

**Tabla 14.4 : Primeros casos atendidos<sup>&</sup> por diagnósticos (por mil habitantes) en el Programa de Infante-Juvenil durante los años 1998 a 2001**

Diagnósticos (CIE-10)	1998	1999	2000	2001
Otros trastornos de las emociones y del comportamiento o tics (F94, F95 y F98)	1.32	1.70	1.27	1.32
Tr. Emociones de comienzo en la infancia (F93)	0.81	0.98	0.77	0.89
Otros problemas relacionados con la crianza del niño (Z62)	-	0.56	0.70	0.71
Problemas relacionados con circunstancias familiares (Z63)	-	0.62	0.62	0.49
Tr. Ansiedad y depresión (F41 y F32)	-	1.02	0.64	0.49
Tr. Disociales (F91 y F92)	0.43	0.43	0.46	0.46
Tr. Desarrollo psicológico (F80, F83, F88, F89)	0.40	0.19	0.53	0.40
Tr. Conducta alimentaria (F50)	-	0.07	0.22	0.25
Tr. Hipercinéticos (F90)	0.16	0.07	0.32	0.24
Tr. Generalizado del Desarrollo (F84)	0.09	0.07	0.11	0.15
Resto	6.02	2.95	2.90	3.04

&

Primeros casos: Pacientes atendidos por primera vez en un CSM/CAD, que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la Historia Clínica.

Se ha considerado como población de referencia del programa de Infante-Juvenil a la población menor de 16 años (200.420 habitantes)

**Tabla 14.5 : Total Casos Atendidos# (por mil habitantes) por diagnósticos en el Programa de Infanto-Juvenil durante los años 1998 a 2001**

Diagnósticos (CIE-10)	1998	1999	2000	2001
Otros trastornos de las emociones y del comportamiento o tics (F94, F95 y F98)	2.32	2.90	2.74	2.59
Tr. Emociones de comienzo en la infancia (F93)	1.34	1.62	1.51	1.74
Otros problemas relacionados con la crianza del niño (Z62)	-	0.84	1.09	1.29
Tr. Disociales (F91 y F92)	0.86	0.93	1.00	1.10
Tr. Ansiedad y depresión (F41 y F32)	-	1.65	1.26	1.08
Problemas relacionados con circunstancias familiares (Z63)	-	0.92	1.12	1.06
Tr. Desarrollo psicológico (F80, F83, F88, F89)	0.60	0.64	0.83	0.82
Retraso Mental (F70- F79)	0.49	0.61	0.70	0.77
Tr. Hiperactivos (F90)	0.30	0.36	0.55	0.71
Tr. Generalizado del Desarrollo (F84)	0.31	0.36	0.43	0.56
Tr. Conducta alimentaria (F50)	-	0.10	0.39	0.45
Resto	6.51	3.60	4.75	4.92

# **Total Casos atendidos:** n° de pacientes atendidos (no repetidos) que reciben asistencia sanitaria en un CSM/CAD en un año.

& Se ha considerado como población de referencia del programa de Infanto-Juvenil a la población menor de 16 años (200.420 habitantes)

Al analizar la frecuencia por géneros en los diferentes diagnósticos en el Programa de Adultos (Tabla 14.6), los cuadros afectivos y las neurosis, junto con los trastornos mentales orgánicos, los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a las mujeres, mientras entre las psicosis esquizofrénicas y los trastornos de personalidad predominan entre el género masculino. En el Programa de Infanto-Juvenil, existe un predominio generalizado de la patología entre los niños-adolescentes, excepto en los cuadros de ansiedad y depresión y en los trastornos de la conducta alimentaria que predominan entre las niñas-adolescentes.

**Tabla 14.6 : Número y % de Diagnósticos por Género de los pacientes atendidos en los CSM en el Programa de Adultos en el año 2001.**

Diagnósticos (CIE-10)	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
T. Afectivos (F30-F39)	1.772	27.5	4.681	72.5
Neurosis (F40-F49)	1.886	31.3	4.127	68.6
Psicosis Esquizofrénicas (F20-F39)	1.523	60.0	1.014	40.0
T. Personalidad (F60-F69)	666	51.3	632	48.7
Tr.Mentales Orgánicos (F00-F09)	363	43.5	472	56.5
Tr. Conducta Alimenticia (F50)	32	10.2	280	89.7
Resto	879	46.9	994	53.1
<b>Total</b>	<b>7.121</b>	<b>36.8</b>	<b>12.200</b>	<b>63.2</b>

**Tabla 14. 7 : Número y % de Diagnósticos por Género del total de pacientes atendidos en los CSM en el Programa de Infanto-Juvenil en el año 2001.**

Diagnósticos (CIE-10)	Niños		Niñas	
	N	%	N	%
Otros tr. De las emociones y del comportamiento o tics (F94, F95 y F98)	336	64.6	184	35.4
Tr. Emociones de comienzo en la infancia (F93)	184	52.7	165	47.3
Otros problemas relacionados con la crianza del niño (Z62)	174	67.2	85	32.8
Problemas relacionados con circunstancias familiares (Z63)	126	59.4	86	40.6
Tr. Ansiedad y depresión (F41 y F32)	91	41.9	126	58.1
Tr. Disociales (F91 y F92)	172	78.2	48	21.8
Tr. Desarrollo psicológico (F80, F83, F88, F89)	125	76.2	39	23.8
Tr. Conducta alimentaria (F50)	17	18.8	73	81.2
Tr. Hipercinéticos (F90)	120	84.5	22	15.5
Tr. Generalizado del Desarrollo (F84)	90	79.6	23	20.4
Retraso Mental (F70-F79)	105	67.7	50	32.3
Resto	574	58.2	412	41.8
<b>Total</b>	<b>2.114</b>	<b>61.7</b>	<b>1313</b>	<b>38.3</b>

## BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud 2001.
- Memoria Asistencial 1998. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 1999. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2000. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2001. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vazquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F: La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?. En: Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed) : La Salud y el Sistema Sanitario en España " Invertir en Salud. Prioridades para la Salud Pública en España". Informe SESPAS 2002. (<http://www.sespas.aragob.es/informe.html>).
- Vázquez-Barquero JL: Los flujos de la demanda en salud mental. Introducción teórica: el modelo de Godberg y Huxley. En: García J y Aparicio V (Ed): Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1990. Pp: 229-244.

## **15. DISCAPACIDAD**

Francisco Pérez Riquelme<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública

## 15.1. INTRODUCCIÓN

La OMS en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)(1) define discapacidad como un “término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación” y deficiencia como la “anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica”. No obstante, toda la información disponible utiliza la versión primera, la Clasificación Internacional de Discapacidades Deficiencias y Minusvalías (CIDDM-1) cuyas definiciones son equivalentes e incorpora el concepto de minusvalía para hacer referencia a las consecuencias sociales de la deficiencia o discapacidad, por tanto reflejan las desventajas en la relación con las demás personas o con el entorno, debido al incumplimiento o a la dificultad de cumplir las normas y costumbres que impone la sociedad.

En el presente informe, los datos sobre discapacidades y deficiencias proceden de la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, realizada por los servicios del Instituto Nacional de Estadística (INE)(2) y financiada conjuntamente por el INE, el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y la Fundación ONCE. Se han encuestado 79.000 hogares y unas 220.000 personas de toda España, lo que permite una gran precisión en los datos obtenidos.

Para una aproximación al problema de las minusvalías se han utilizado los datos del Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad (PRAID)(3), que proceden del registro de calificaciones de minusvalía del Servicio de Valoración y Diagnóstico del Instituto Regional de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, órgano responsable del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Como ya se indica en el PRAID, se hace notar que estos datos son de personas que solicitan el reconocimiento de la minusvalía, son datos acumulados y no se han eliminado las defunciones, por lo que no representan la prevalencia de minusvalías, en cualquier caso es la información disponible.

## 15.2. Situación en la Región de Murcia

La discapacidad es un grave problema en la Región de Murcia. Según la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, el número estimado de personas mayores de 64 años con discapacidad en la Región en 1999 era de 62.558, siendo la prevalencia del 405 por mil, muy por encima (82 puntos) de la media nacional (tabla 1). En la misma encuesta se estima que hay 48.701 personas entre 6 y 64 años con discapacidad lo que supone una prevalencia del 56 por mil, diez puntos por encima de la media nacional (tabla 1).

Tabla 15.1. Personas y prevalencia (en tanto por 1000) con discapacidades por Comunidades Autónomas y por grupo de edad.

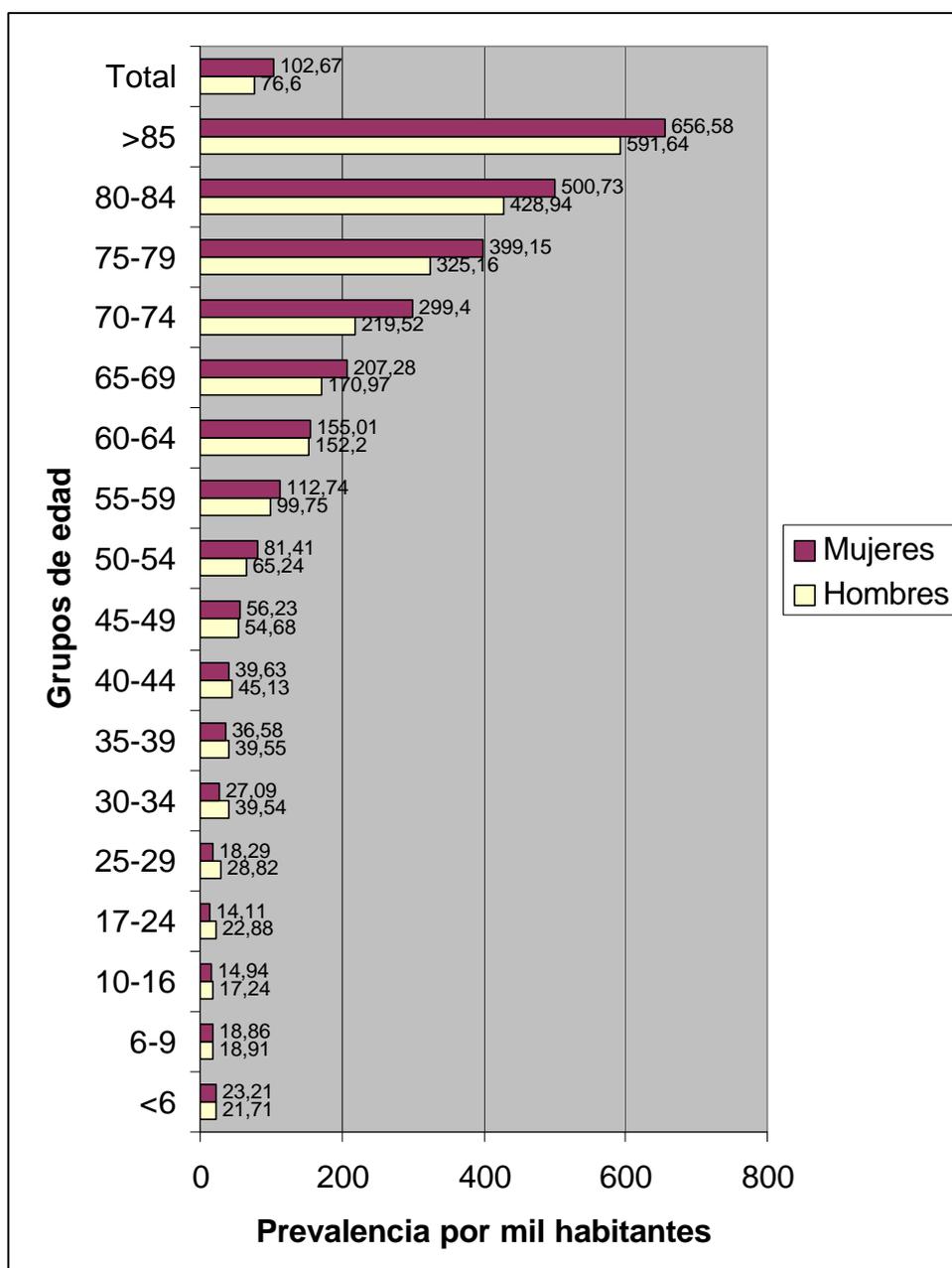
Comunidades Autónomas	Personas entre 6 y 64 años		Personas >65 años	
	Frecuencia	Por mil habitantes	Frecuencia	Por mil habitantes
Andalucía	319.994	56,32	388.837	394,38
Aragón	31.499	36,57	64.548	268,24
Asturias	37.227	46,76	63.776	299,75
Baleares	27.265	45,87	29.684	259,55
Canarias	54.394	40,91	51.891	272,24
Cantabria	18.402	45,59	29.748	315,32
Castilla y León	84.213	46,17	191.087	372,7
Castilla La Mancha	57.015	44,96	107.881	339,62
Cataluña	224.960	47,84	339.553	328,58
Comunidad Valenciana	124.921	40,29	187.954	300,53
Extremadura	35.102	43,26	67.189	357,3
Galicia	103.570	50,49	168.620	324,25
Madrid	149.996	37,63	197.804	363,22
<b>Murcia</b>	<b>48.701</b>	<b>55,91</b>	<b>62.558</b>	<b>404,9</b>
Navarra	14.251	35,06	26.124	287,75
País Vasco	62.908	39,08	80.693	239,24
La Rioja	5.226	26,53	8.877	183,25
Ceuta y Melilla	6.347	58,72	5.831	360,99
<b>Total</b>	<b>1.405.991</b>	<b>45,94</b>	<b>2.072.655</b>	<b>322,11</b>

Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Estos datos hacen que la Región ocupe el primer puesto por Comunidades Autónomas con mayor prevalencia entre los mayores de 64 años y el tercero entre las personas con edades comprendidas entre 6 y 64 años. No disponemos de datos sobre su distribución por edad y sexo en la Región de Murcia, aunque cabe pensar que no difiera sustancialmente de lo que sucede en España.

En tal sentido, siguiendo los resultados de la mencionada encuesta, es relevante que entre las mujeres se dé una mayor proporción de discapacidades (58%). Sin embargo, la prevalencia por edades es mayor entre los hombres menores de 44 años, invirtiéndose tal relación a partir de los 45 años (gráfico 1). Como cabe esperar, la prevalencia de discapacidades se incrementa con la edad, tanto en hombres como en mujeres, sobre todo en mayores de 64 años y muy especialmente en mayores de 85 años.

Gráfica 15.1. Distribución de las personas con discapacidad por grupos de edad y sexo. España 1999



Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

En cuanto a la distribución por grupos de discapacidad, “desplazarse fuera del hogar” y “realizar las tareas en el mismo”, son los grupos que ocupan el primer y segundo lugar (tabla 15.2) respectivamente, en los dos grupos de edad considerados (edades comprendidas entre 6 y 64 años y mayores de dicha edad), siendo “comunicarse” y “relacionarse con otras personas” las menos relevantes también en ambos grupos. En la Región de Murcia, en 1999, habían mas de **50 mil** personas mayores de 5 años con una discapacidad considerada como **severa o total**, lo que representa algo **más del 5%** de la población de dicha edad (gráfica 15.2).

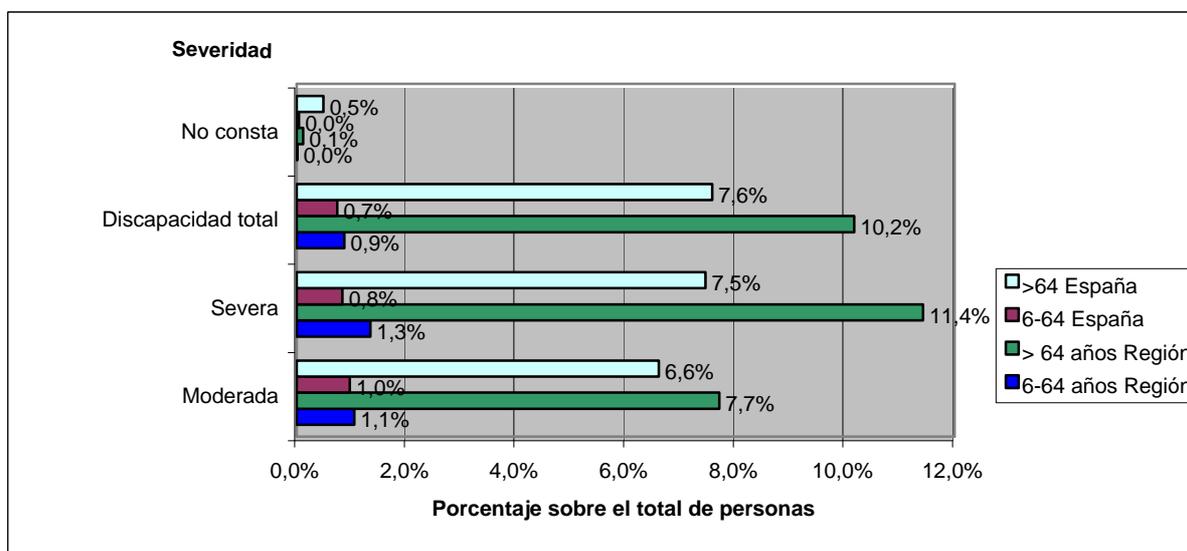
Tabla 15.2. Distribución de las personas con discapacidad en función del tipo y del grupo de edad al que pertenecen. Región de Murcia

Tipo de discapacidad	Personas con discapacidad, 6-64 años		Personas con discapacidad, >64 años	
	Frecuencia	Por mil habitantes	Frecuencia	Por mil habitantes
Ver	9589	11,0	22682	146,8
Oír	9924	11,4	17114	110,8
Comunicarse	5616	6,4	6456	41,8
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	8304	9,5	10877	70,4
Desplazarse	13129	15,1	24406	158,0
Utilizar brazos y manos	16774	19,3	20865	135,0
Desplazarse fuera del Hogar	23877	27,4	42105	272,5
Cuidar de sí mismo	6280	7,2	18756	121,4
Realizar tareas del Hogar	18544	21,3	31090	201,2
Relacionarse con otras personas	7505	8,6	11082	71,7
Total (personas con discapacidad)	48701	55,9	62558	404,9

Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Nota: una persona puede tener mas de una discapacidad

Gráfica 15.2. Distribución de las personas con discapacidad en función del grado de severidad y del grupo de edad



Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Las deficiencias con mayor prevalencia, en ambos grupos de edad, son las osteoarticulares, casi el 19% de las personas mayores 64 años y algo más del 2% del grupo de 6-64 años (tabla 3). Tras estas, las deficiencias visuales y auditivas son las más prevalentes en ambos grupos.

Tabla 15.3. Distribución de las personas con discapacidad según el tipo de deficiencia y por grupo de edad. Región de Murcia 1999

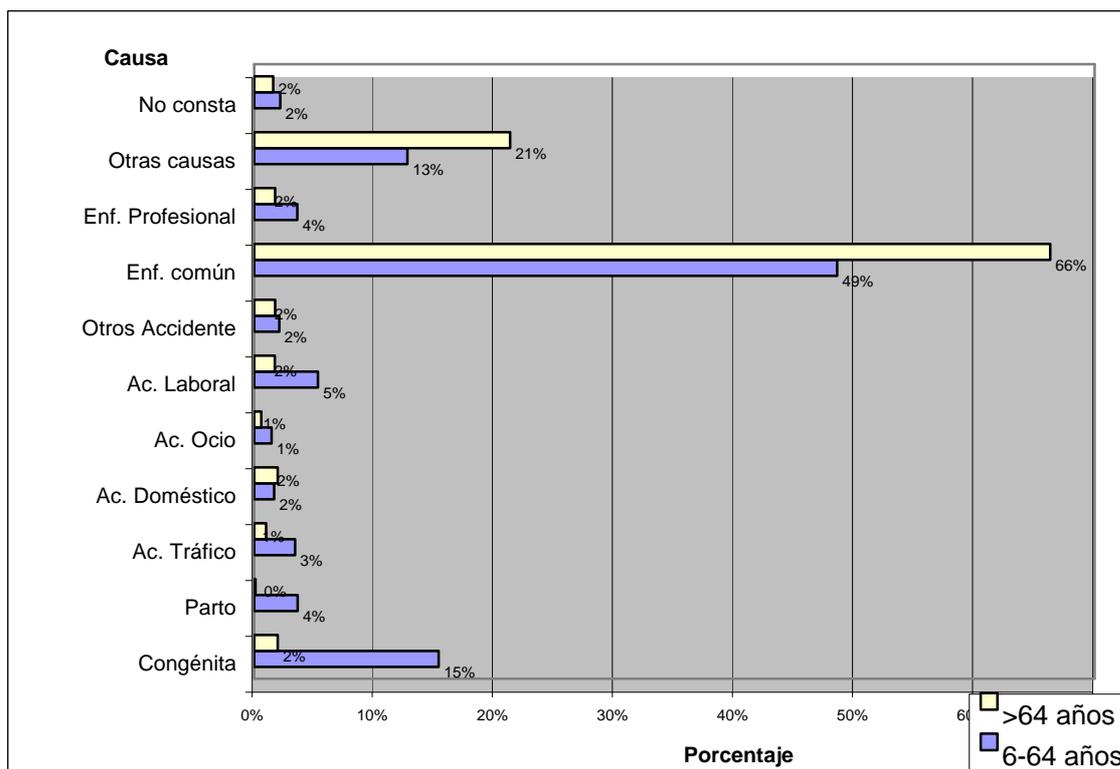
Grupo de deficiencias	Personas con discapacidad, 6-64 años		Personas con discapacidad, >64 años	
	Frecuencia	Por mil habitantes	Frecuencia	Por mil habitantes
Mentales	8402	9,6	9054	58,6
Visuales	8848	10,2	19699	127,5
Del oído	9664	11,1	15050	97,4
Del lenguaje, habla y voz	11150	12,8	1493	9,7
Osteoarticulares	20588	23,6	29008	187,8
Del Sistema Nervioso	3356	3,9	5262	34,1
Viscerales	4643	5,3	6802	44,0
Otras deficiencias	1546	1,8	9481	61,4
No consta	258	0,3	182	1,2
Total (personas con discapacidad)	48701	55,9	62558	404,9

Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Nota: una persona puede tener mas de una discapacidad

Por otra parte, según la mencionada encuesta, la enfermedad común (gráfica 15.3) es la causa de la discapacidad en el 60% en el grupo de mayores de 64 años y casi el 50% en el de 6-64. Cuando se analiza con más detalle (datos referidos a toda España, no hay datos regionales disponibles) se encuentra que el 22% de las personas con deficiencias debidas a problemas osteoarticulares y el 20% que presentan deficiencias del oído o visuales están originados en una enfermedad común, tanto en el grupo de 6 a 64 años como en el de 65 años o más. Por tanto, se puede estimar que, en 1999, **casi el 9% de la población de la Región de Murcia mayor de 64 años presenta una discapacidad debida a una deficiencia osteoarticular cuyo origen es una enfermedad común.**

Gráfica 15.3. Distribución (%) de las personas con deficiencias según la causa y el grupo de edad.  
España 1999



Fuente: INE. Encuesta nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

En julio de 2000 en el Servicio de Valoración y Diagnóstico del ISSORM estaban registrados 142.667 reconocimientos de grado de minusvalía, que supone alrededor del 12% del padrón de dicho

año, aunque como ya se ha comentado, en sentido estricto, no debe ser considerado como la prevalencia en la Región, puede considerarse como una estimación aproximada. En su distribución por edad y sexo aparece el mismo cambio en la relación hombre mujer que se detecta en las discapacidades, así hasta los 49 años son más frecuentes los reconocimientos de minusvalía en los hombres y a partir de dicha edad se invierte la relación (gráfico 4). Una vez más, son las minusvalías de origen osteoarticular las más frecuentes, siendo la discapacidad principal en el 46% de todas las personas con reconocimiento de grado de minusvalía (tabla 4).

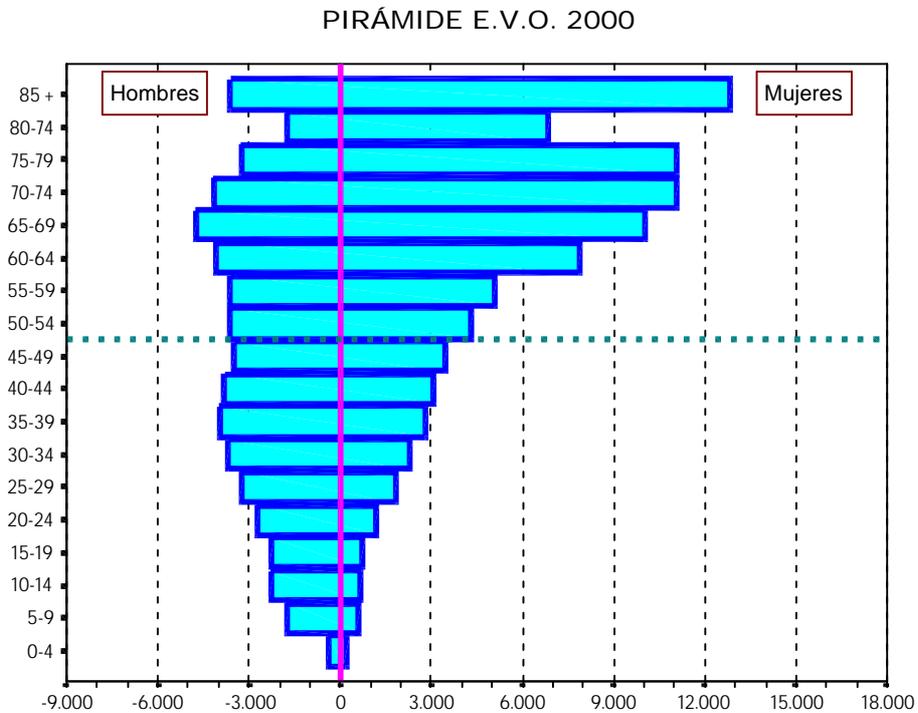
Tabla 15.4. Distribución de personas, de todas las edades, con reconocimiento de grado de minusvalía en función de la discapacidad principal por la que han sido clasificados hasta Julio de 2000.

Discapacidad principal	Nº de casos*	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Osteoarticulares	65.872	46,2%	46,2%
Enfermedades Crónicas	26.897	18,9%	65,0%
Trastornos mentales	12.663	8,9%	73,9%
Sistema Nervioso y Muscular	10.345	7,3%	81,2%
Visuales	9.246	6,5%	87,6%
Sin discapacidad	6.931	4,9%	92,5%
Auditivas	4.185	2,9%	95,4%
Otros Trastornos mentales	4.182	2,9%	98,4%
Expresivas	1.347	0,9%	99,3%
Deficiencia no conocida	525	0,4%	99,7%
Mixtas	379	0,3%	99,9%
Resto	95	0,1%	100,0%
Total	142.667	100,0%	

Fuente: Servicio de Valoración y Diagnóstico, Instituto Regional de Servicios Sociales. Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad. Región de Murcia.

\*Casos acumulados, no se han eliminado las defunciones en la fecha de análisis (julio de 2000), por lo que no puede considerarse prevalencia de minusvalías.

Gráfica 15.4. Distribución de las personas con reconocimiento de grado de minusvalía por edad y sexo hasta julio de 2000.



Fuente: Servicio de Valoración y Diagnóstico, Instituto Regional de Servicios Sociales.  
 Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad. Región de Murcia.

### 15.3. PLAN REGIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Se encuentra en una fase muy avanzada de elaboración. Se inicia en el año 2000, dando cumplimiento al mandato del Consejo de Gobierno de 24 de febrero, encargándose a la Consejería de Trabajo y Política Social las tareas de dirección y coordinación de su elaboración. El Plan se estructura como un conjunto de 208 medidas (objetivos específicos) que debe desarrollar la Administración Regional, agrupadas en medidas de carácter General, de Salud, de Educación, de Empleo, de Política Social, de Accesibilidad y de Tiempo Libre. Una premisa con la que se elaboró el plan era que debe recoger medidas que obligan a los distintos departamentos de la Comunidad

Autónoma, esto ha supuesto que no existan medidas que obliguen directamente al INSALUD, organismo no transferido cuando se inició la elaboración del documento. Por tanto, las medidas de salud que se incluyen (39) están las relacionadas con la prevención y promoción de la salud y con la salud mental.

#### **15.4 RESUMEN**

Se hace necesario tener presente las medidas del Plan Regional de Atención Integral a Personas con Discapacidad, tanto por las que se proponen como por aquellas que no están incluidas. Las primeras son las referidas a aspectos preventivos, de promoción de la salud y de salud mental, las segundas por las actuaciones curativas y muy especialmente rehabilitadoras que no se contemplan y que deben estar incluidas en este plan.

Otro aspecto muy importante es el grave problema de discapacidades que la enfermedad osteoarticular origina en la Región de Murcia, por tanto, se hace imprescindible realizar una adecuada previsión de recursos de fisioterapia y rehabilitación.

## **15. 7 Bibliografía**

- (1) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud: CIF. Madrid: IMSERSO; 2001.
- (2) INE. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. avance de resultados. Madrid:INE; 2001.
- (3) Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad (2002-2004). Murcia: La Comunidad; de próxima aparición, 2002

# **16. SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA REGIÓN DE MURCIA**

Maria Isabel Espín Ríos<sup>1</sup>

José Antonio Navarro Alonso<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Protección y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

## 16.1. ANTECEDENTES

Como es sabido, las enfermedades dentales prevalentes en la infancia y adolescencia son la caries y la enfermedad periodontal. Ambas enfermedades pueden prevenirse mediante la higiene bucodental, dieta con bajo consumo de carbohidratos refinados, uso racional del flúor y visitas periódicas al odontostomatólogo para detección y tratamiento precoz de enfermedades dentales.

En la Región de Murcia, las actividades preventivas se iniciaron en 1989 mediante la creación de Unidades de Salud Bucodental (USB), que son dispositivos sanitarios que ofrecen servicios preventivos-restauradores a la población infantil y únicamente asistenciales ante procesos agudos a la población adulta. El número de USB ha ido ampliándose paulatinamente en las distintas áreas de salud.

En ese mismo año, y al objeto de conocer cual era la situación bucodental de nuestros escolares, se llevó a cabo la "Encuesta de Salud Bucodental 1989"<sup>1</sup>, cuyos resultados situaban a nuestra Región como un área de moderada-baja prevalencia de caries (índice CAOD a los 12 años menor de 3 y porcentaje de niños de 5-6 años libres de caries mayor del 50%, ver tabla 1).

En 1991, se decidió establecer un plan para disminuir la prevalencia de caries en la Región. Para ello, la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad de Murcia elaboró un Programa Marco de Salud Bucodental y materiales didácticos para sanitarios, alumnos y padres.

Al mismo tiempo, y siguiendo las directrices de la OMS<sup>2</sup> y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se decidió fluorar las aguas de abastecimiento público de la Región de Murcia<sup>3</sup> en base a los siguientes fundamentos:

- La fluoración del agua potable beneficia a todos los miembros de la Comunidad.
- Sus beneficios pueden lograr hasta un 40% menos de caries en poblaciones residentes a largo plazo.
- Es la forma más equitativa, barata, eficaz y segura para prevenir la caries dental.

En 1992, el 25% de la población regional recibía agua fluorada por la red de consumo, manteniendo, hasta la actualidad, niveles alrededor 0,7 mg/litro según mediciones practicadas semestralmente por técnicos de Sanidad Ambiental de la Consejería de Sanidad.

Posteriormente, en virtud del objetivo 12 del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996<sup>4</sup>, se llevó a cabo en 1997 la "II Encuesta de Salud Bucodental en escolares de la Región de Murcia"<sup>5</sup>, con la finalidad de conocer el estado de salud bucodental de nuestros escolares y valorar el impacto de las medidas de prevención adoptadas.

Según los datos de esta última encuesta, la prevalencia de caries no se había modificado significativamente respecto a la encuesta de 1989, ver tabla 1. Las posibles explicaciones a estos resultados podrían ser: el escaso tiempo transcurrido entre la implantación de las medidas preventivas-restauradoras y la realización de la segunda encuesta y el no haber contemplado en la encuesta variables relativas a alimentación, hábitos higiénicos y estilos de vida.

**TABLA 1.- RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SALUD BUCODENTAL REALIZADAS EN LA REGIÓN DE MURCIA.**

<b>INDICADORES A LOS 6, 12 Y 14 AÑOS</b>	<b>RESULTADOS ENCUESTA 1989</b>	<b>RESULTADOS ENCUESTA 1997</b>
Prevalencia de caries global.	45.4%, 68.7% y 75.5%	40.2%, 67.2% y 74.4%
CAOD	0.19, 2.3 y 3.3.	0.18, 2.2 y 3.4.
Índice de Restauración (IR)	0.014, 0.2, 0.21	0.11, 0.2, 0.2.
Prevalencia de maloclusión moderada/severa	-----	18.2%
Necesidad de tratamiento	45.2%, 63%, 69.6%	48.9%, 78.6%, 80.9%
Fluorosis	-----	5 casos

Al comparar estos resultados con los datos obtenidos de la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo observamos que nuestra prevalencia de caries a los 12 años es similar a la del conjunto de España<sup>6</sup> (CAOD: 2,3), inferior a la de Andalucía (CAOD: 2,7), pero superior al de otras comunidades autónomas como Castilla la Mancha (CAOD: 1,7), Galicia (CAOD: 1,6), Cataluña (CAOD: 0,9) y el País Vasco (CAOD: 1,7).

Otra información, obtenida de la Encuesta Nacional de Salud 1997<sup>7</sup>, pone de manifiesto que el 22% de la población de 0 a 15 años, ha acudido al odontostomatólogo en los últimos tres meses y, entre los que no han acudido, el tiempo medio que ha transcurrido desde su última consulta es de 16 meses, siendo el motivo principal de consulta en el 64% de las ocasiones la revisión o chequeo, el 20% por obturaciones, el 11% por ortodoncia y un 12% para extracción de pieza dentaria. En conclusión, los niños visitan cada vez más al dentista y la tendencia parece indicar un aumento progresivo de este indicador.

## **16.2. SITUACIÓN ACTUAL EN LA REGIÓN DE MURCIA**

En la actualidad, casi un tercio de la población regional recibe agua fluorada mediante la red pública, siendo las áreas geográficas fluoradas las de Lorca, Caravaca, algunos municipios de la Vega del Segura y del Área de Cartagena .

En la Región hay 21 USB ( Área de Salud de Murcia: 5, Area del Noroeste: 5, Area de Lorca: 5, Area del Noroeste: 3, Area del Altiplano: 1, Area de la Vega del Segura: 2). Los servicios que prestan a población escolar son:

- Información y educación sanitaria (charlas, campañas, etc...) dirigidas a escolares, profesores y familias.

- Exploración bucodental, se realiza por primera vez en 1º de Educación Primaria y posteriormente se revisan semestral (niños de riesgo ) o anualmente.

- Aplicación tópica de fluor.
- Sellado de fosas y fisuras.
- Obturaciones de primeros molares permanentes.
- Limpiezas de boca en los niños que lo precisen.

Además, en el municipio de Murcia existen 5 consultas de odontoestomatología (antiguas consultas de cupo) atendidas únicamente por un odontoestomatólogo, y prestan servicios ante procesos dentales agudos a demanda de la población del municipio de Murcia y de algunas pedanías.

### **16.3. COMENTARIOS**

Las medidas higiénicas, la alimentación adecuada (pobre en azúcares refinados) y los cuidados preventivos de la boca son fundamentales para prevenir las enfermedades bucodentales. La educación sanitaria dirigida a la población infantil, preferentemente en el ámbito escolar, y a la familia, es una medida fundamental para promover hábitos saludables y, de esta manera, prevenir las enfermedades bucodentales.

Es necesario analizar en profundidad los recursos preventivos-restauradores disponibles en nuestra Región para establecer estrategias de intervención que posibiliten la mejora del estado de salud bucodental.

Actualmente existe un grupo de trabajo, con representación de las comunidades autónomas, auspiciado por la Subcomisión de Prestaciones del Ministerio de Sanidad encargado de elaborar un proyecto de Orden Ministerial para definir el contenido de las prestaciones en salud bucodental.

## BIBLIOGRAFIA

1. Navarro Alonso JA, Pérez Flores D. Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de la Región de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia 1990.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades bucodentales. Ginebra 1988
3. Decreto nº 86/1990 de 31 de octubre, por el que se establece la obligación de fluorar las aguas potables de consumo público de la Región de Murcia. (BORM de 14 de noviembre de 1990).
4. Servicio de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996. Consejería de Sanidad de Murcia. Murcia 1992.
5. Navarro Alonso JA, Pérez Flores D. II Encuesta de Salud Bucodental en escolares de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia 1999.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud bucodental en: "Informe sobre la Salud de los españoles: 1998". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.  
<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>
7. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.

# 17. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS MÁS FRECUENTES: ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Carmen Navarro Sánchez<sup>1</sup>

Juan Antonio Iniesta<sup>2</sup>

Joseba Calle Urra<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo

<sup>2</sup> Sección de Neurología, Hospital General Universitario, Servicio Murciano de Salud

<sup>3</sup> Servicio de Planificación, Dirección General de Planificación, Consejería de Sanidad y Consumo

## 17.1. ANTECEDENTES

Las enfermedades degenerativas cerebrales son la causa más frecuente de demencia, destacando la enfermedad de Alzheimer (EA), que supone el 50% de todas las demencias, según distintas series clínicas hospitalarias, y el 70-80% del total de los casos en las series anatomopatológicas.<sup>1</sup>

La tasa de incidencia de pacientes diagnosticados clínicamente de EA es similar en diferentes partes del mundo y se incrementa de forma considerable con la edad. Así, la incidencia oscila de 3 nuevos casos por año y cada 100.000 personas en sujetos por debajo de 60 años, a 125 nuevos casos por año y por 100.000 habitantes después de los 60 años. La prevalencia de la enfermedad por 100.000 habitantes es cercana a 300 en el grupo de 60 a 69 años, de 3.200 en el grupo de 70 a 79 años y de 10.800 en aquellos mayores de 80 años<sup>2</sup>. Numerosos estudios muestran que su prevalencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años, hasta alcanzar entre el 25-30% en mayores de 85 años<sup>3,4,5,6</sup>. Usando las estimaciones de crecimiento poblacional de las Naciones Unidas, el número de casos de demencia en el mundo desarrollado crecerá desde 13,5 millones en el año 2000, a 21,2 millones en el año 2025, y 36,7 millones en el año 2050<sup>7</sup>. La mayor parte de este incremento se atribuye al envejecimiento de la población.

Se consideran factores de riesgo la historia familiar de demencia, la presencia de casos de Síndrome de Down en la historia familiar y el genotipo Apo-E 4. Más controvertida es la asociación con el grupo étnico, los traumas en la cabeza y el aluminio del agua bebida. Como factores de protección posibles se han señalado las drogas antiinflamatorias, la terapia con estrógenos y un nivel alto de educación<sup>8</sup>.

La Enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común en la población occidental. Aparece entre los 40 y 70 años de edad, con un pico de inicio en la sexta década. Un incremento en la edad está asociado con un incremento en el riesgo de padecer enfermedad de Parkinson. La incidencia anual de dicha enfermedad se incrementa dramáticamente de menos de 10 casos nuevos por 100.000 habitantes a los 50 años de edad, a 200 casos

aproximadamente por 100.000 habitantes a los 80 años<sup>9,10</sup>. Se han descrito algunos casos familiares, pero son muy raros y su equivalencia clínica con la enfermedad de Parkinson no es completa. Los estudios en gemelos muestran que la base genética no ejerce un papel importante. Dentro de los factores ambientales, destacan los numerosos casos de parkinsonismo descritos en 1983 causados por las inyecciones intravenosas de MPTP (metil aminofenil tetrahidropiridina) sujetos adictos a narcóticos, lo cual hacía sugerir claramente que la exposición a un agente exógeno podría causar la enfermedad de Parkinson<sup>11</sup>. El cuadro de parkinsonismo causado por MPTP, a excepción de su rápido inicio, es idéntico clínica y anatomopatológicamente a los hallazgos obtenidos en la enfermedad de Parkinson idiopática. Sin embargo, aunque se han descrito posteriormente distintas asociaciones de factores ambientales con dicha enfermedad, no se han identificado agentes específicos y no se conocen agrupamientos de pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson idiopática.

## **17.2. SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA**

### **17.2.1 Mortalidad**

El conocimiento sobre la magnitud de estas enfermedades en la Región de Murcia es muy insuficiente. Los únicos datos disponibles proceden de las estadísticas de mortalidad y de las de morbilidad hospitalaria.

- a) En 1999 fallecieron 142 personas por Enfermedad de Alzheimer<sup>(a)</sup>, siendo la tasa de mortalidad de 22,7 por cien mil hombres y 43,2 por cien mil mujeres. Entre 1990 y 1999 la tasa bruta de mortalidad se multiplicó por 3,5 en ambos sexos (Gráfica 17.1), un aumento muy superior al que explicaría el envejecimiento de la población. Este aumento se ha observado también en España y en otros países y se ha atribuido al aumento de la incidencia y/o prevalencia de la enfermedad y a una mayor sensibilidad de los médicos hacia la misma, lo que les ha llevado a diagnosticar con mayor frecuencia los deterioros cognitivos como Enfermedad de Alzheimer o a señalar esta enfermedad como causa básica de la defunción.<sup>12</sup> En la tabla 17.1 se presenta la

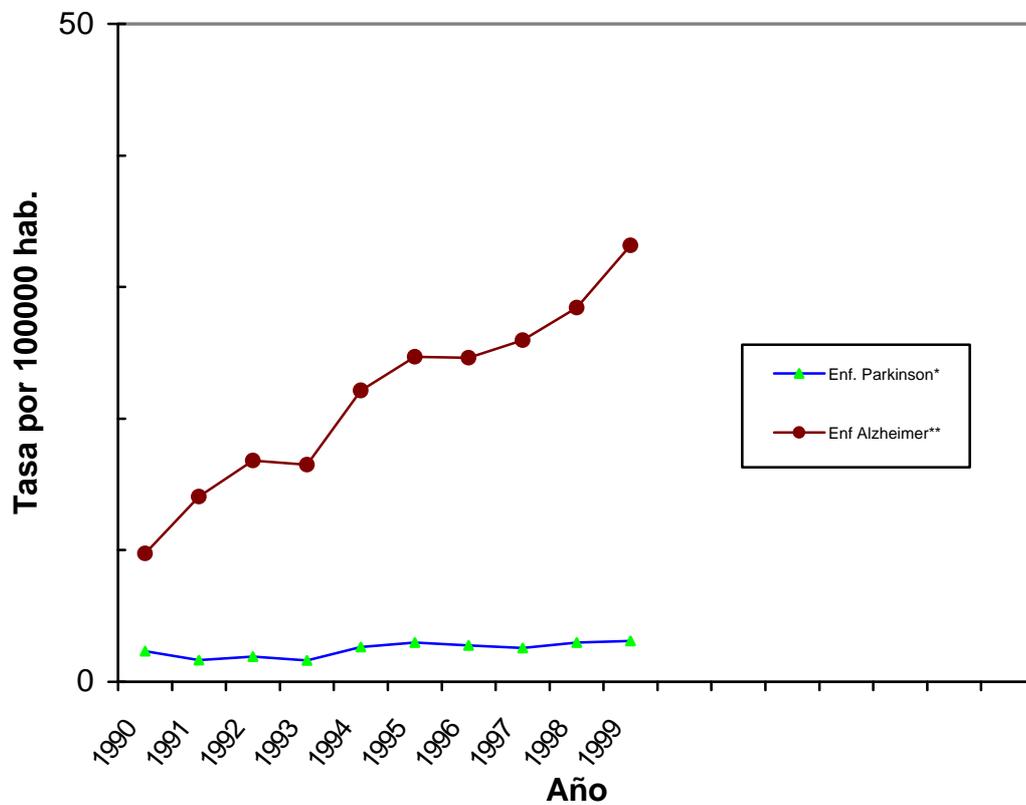
---

(a) En este informe se ha incluido la demencia senil y presenil dentro de la Enfermedad de Alzheimer, para reducir el posible efecto de la mejora del diagnóstico y la mayor sensibilidad de los médicos hacia la enfermedad.

mortalidad en mayores de 64 años, apreciándose que en la Región de Murcia es superior a la media española.

En 1999 fallecieron 35 personas por Enfermedad de Parkinson, siendo la tasa de mortalidad de 2,7 y 3,3 por cien mil hombres y mujeres, respectivamente. No se observa una tendencia clara en las tasas brutas entre 1990 y 1999 (Gráfica 17.1) ni diferencias con la mortalidad en España en los mayores de 64 años (Tabla 17.1)

Gráfico 17.1. Evolución de la mortalidad por Enfermedad de Parkinson y Enfermedad de Alzheimer<sup>(1)</sup> en la Región de Murcia. 1990-1999. Tasas brutas por cien mil habitantes.



(1) Incluye Enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles y preseniles.

Fuente: Servicio de Epidemiología

Tabla 17.1 Mortalidad por Enfermedad de Alzheimer (EA), Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil (OTMOSP) y Enfermedad de Parkinson (EP) en Murcia y España en mayores de 64 años, 1999.

	EA + OTMOSP			EA			EP		
	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad
Región de Murcia	394	250,7	284,8	139	88,5	98,0	34	21,6	23,3
España	15720	238,3	238,3	4968	75,3	75,3	1665	25,2	25,2

Fuente: INE y Registro de Mortalidad; Elaboración: Servicio de Epidemiología

### 17.2.2. Morbilidad hospitalaria

Tanto la enfermedad de Alzheimer como el Parkinson ocasionan poca morbilidad hospitalaria (Tabla 17.2), sin embargo muchos más pacientes que son dados de alta por otro motivo están diagnosticados con estas enfermedades (Tabla 17.3).

		Enf. Parkinson (N=111)	Enf. Alzheimer <sup>(1)</sup> (N=142)
Sexo	Hombres	63	59
	Mujeres	48	83
Edad	<45	9	0
	45-64	23	9
	65-74	42	45
	75+	37	88
Años	1997	15	31
	1998	18	26
	1999	26	34
	2000	20	19
	2001	32	32
Hospital	Arrixaca	39	43

General	7	15
Rosell	34	31
Los Arcos	1	6
Rafael Méndez	3	8
Noroeste	3	2
Virgen del Castillo	1	4
Morales Meseguer	23	33
Tasa de hospitalización por 10.000 hab. en 2001 <sup>(2)</sup>	0,26	0,26
<sup>(1)</sup> Incluye demencia senil y demencia presenil		
<sup>(2)</sup> Pacientes 2001/ población Región de Murcia padrón de 2001		

Fuente: Servicio de Planificación, Dirección General de Planificación Sanitaria

<b>Tabla 17.3 Morbilidad hospitalaria. Episodios de hospitalización por Enfermedad de Parkinson y Enfermedad de Alzheimer (todos los diagnósticos). Región de Murcia. 1997-2001.</b>		
	Enf. Parkinson (N=2460)	Enf. Alzheimer <sup>(1)</sup> (N=4194)
Sexo		
Hombres	1295	1565
Mujeres	1165	2629
Edad		
<45	33	5
45-64	147	91
65-74	818	641
75+	1461	3457
Años		
1997	392	698
1998	449	784
1999	487	898
2000	554	881
2001	578	933
Hospital		
Arrixaca	550	756
General	175	315
Rosell	421	546
Los Arcos	144	378
Rafael Méndez	184	353
Noroeste	75	281
Virgen del Castillo	178	287
Morales Meseguer	733	1278
Tasa de hospitalización por 10.000 hab. en 2001 <sup>(2)</sup>	4,01	6,91
<sup>(1)</sup> Incluye demencia senil y demencia presenil		
<sup>(2)</sup> Pacientes 2001/ población Región de Murcia padrón de 2001		

Fuente: Servicio de Planificación, Dirección General de Planificación Sanitaria

### 17.2.3. Estimación de la prevalencia de enfermedad de Alzheimer

En la Región de Murcia no se ha realizado ninguna encuesta para conocer la prevalencia de las demencias. La prevalencia de demencias encontrada en los estudios realizados en España en personas mayores de 65 años varía entre un 5% y un 15%, aunque la variabilidad para la Enfermedad de Alzheimer es mucho menor –entre 5,7% y 3,8%- (Tabla 17.4). Mientras no se disponga de información propia, se puede hacer una estimación de la prevalencia en la región, asumiendo que se encontrara entre las cifras observadas en otras áreas, quizá algo por encima de la media, si tenemos en cuenta que la mortalidad es superior a la media española. Por tanto, la prevalencia de demencias en mayores de 65 años pudiera estar alrededor del 8-10% y la de Enfermedad de Alzheimer en un 4-5%, lo que supondría entre 11.570 y 19.462 personas con demencia con las cifras del padrón de 2001, de las cuales entre 7.700 y 9.700 padecerían Enfermedad de Alzheimer.

Tabla 17.4 Prevalencia (en porcentaje) de Enfermedad de Alzheimer (EA) y de todas las demencias (TD) en varias regiones españolas				
Población de estudio Nº hab. Grupo de edad Año	Tamaño muestral	Prevalencia EA 65+	Prevalencia EA por grupo de edad	Prevalencia TD
Toledo, urbano y rural <sup>13</sup> , 82.295, 65+, 1994	3214	4,6	65-74 0,6 75-84 7,9 85+ 16,2	7,6
La Selva (Girona), semirural <sup>14</sup> , 65+ 1990	3475			14,9
Turégano (Segovia), rural <sup>15</sup> 1011	503	3,8	40+ 1,8 65+ 3,8	5,2

40+,				
Zaragoza <sup>16</sup> 65+	1080	4,3		5,5
Girona, rural <sup>17</sup> 70+	2469	5,7 (70+)		13,9
Pamplona, urbano <sup>18</sup>  1991	1127			
Madrid <sup>13</sup>				5,9
Fuente: Referencias de cada estudio				

### 17.3. CONCLUSIÓN

La evolución demográfica y el envejecimiento de la población hacen prever un aumento importante en la prevalencia de estas enfermedades, de las cuales la EA es la más frecuente. La morbilidad hospitalaria y la mortalidad son indicadores muy insuficientes para conocer la magnitud del problema. Estudiar la prevalencia de la EA y sus grados así como realizar una evaluación de las necesidades sanitarias y sociales, es una importante prioridad.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Manubens JM, La Cruz F. Etiología de las Demencias. En: Bermejo F, del Ser T. Demencias. Conceptos actuales. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
- <sup>2</sup> Adams RD, Victor M, Ropper AH. Degenerative diseases of the nervous system. In: Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. New York, NY: McGraw-Hill; 1997:1046-1107.
- <sup>3</sup> Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76:464-479.
- <sup>4</sup> Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. Neurology 1998; 51:728-733
- <sup>5</sup> Hoffman A, Rocca WA, Amaducci L (1991). A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe: The EURODEM findings. In: Diagnostic and Therapeutic Assessments in Alzheimer's Disease, Gottfries CG, Levy R, Clincke G, Tritsmans L (eds), Wrightson Biomedical Publishing Ltd, pp 100-116.
- <sup>6</sup> Canadian Study of Health and Aging. Study methods and prevalence of dementia. Can Med Assoc J 1994; 150:899-913.
- <sup>7</sup> Katzman R, Fox P. The world wide impact of dementia in the next fifty years. In: Epidemiology of Alzheimer's Disease: from gene to prevention, Mayeux R, Christen Y (eds), Springer, Berlin, pp 1-17
- <sup>8</sup> Jorm AF. Alzheimer's disease: risk and protection. Med J Aust 1997; 167:443-446
- <sup>9</sup> Mayeux R, Marder K, Coste LJ, et al. The frequency of idiopathic Parkinson's disease by age, ethnic group, and sex in northern Manhattan, 1988-1993. Am J Epidemiol 1995; 142:820-827.
- <sup>10</sup> Morens DM, Davis JW, Grandinetti A, Ross GW, Popper JS, White LR. Epidemiologic observations on Parkinson's disease: incidence and mortality in a prospective study of middle-aged men. Neurology 1996; 46:1044-1050.
- <sup>11</sup> Langston JW, Ballard PA, Tetrud JW, Irwin I. Chronic parkinsonism in humans due to a product of meperidine-analog synthesis. Science 1983; 219: 979-980.
- <sup>12</sup> Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Calle ME, Otero AA. [Mortality pattern in Spain, 1998]. Med Clin (Barc ) 2002; 118(1):13-15.

- 
- <sup>13</sup> Garcia Garcia FJ, Sanchez Ayala MI, Perez MA, Martin CE, Marsal AC, Rodriguez FG et al. [The prevalence of dementia and its main subtypes in subjects older than 65 years: impact of occupation and education. The Toledo Study] . *Med Clin (Barc)* 2001; 116(11):401-407.
- <sup>14</sup> Pi J, Olive JM, Roca J, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya, Spain. *Neuroepidemiology* 1996; 15(1):33-41.
- <sup>15</sup> Coria F, Gomez de Caso JA, Minguéz L, Rodriguez-Artalejo F, Claveria LE. Prevalence of age-associated memory impairment and dementia in a rural community. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56( 9):973-976.
- <sup>16</sup> Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De la Camara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study . *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(6):497-506.
- <sup>17</sup> Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S, Llinas-Regla J. [The prevalence of dementias in a rural area. A study in Girona]. *Rev Neurol* 2000; 30(11):1026-1032.
- <sup>18</sup> Manubens JM, Martinez-Lage JM, Lacruz F, Muruzabal J, Larumbe R, Guarch C et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology* 1995; 14(4):155-164.

## **18.- ASMA y EPOC EN LA REGIÓN DE MURCIA**

José Jesús Guillén Pérez<sup>1</sup>.

Luis García-Marcos Álvarez<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Servicio Salud Pública Cartagena

<sup>2</sup> Universidad de Murcia. Unidad Investigación Cartagena

## 18.1. ASMA

El asma es una enfermedad prevalente en España, como en casi todos los países desarrollados. Sin llegar a las preocupantes cifras que se describen en países como Inglaterra o Australia, en los que se tilda de "epidemia", en nuestro país es una de las enfermedades crónicas más ampliamente distribuida y que provoca una pérdida importante de días laborales y escolares, así como un consumo no despreciable de recursos sanitarios, especialmente de medicamentos, atención médica regular y en servicios de urgencias (1). Afortunadamente, la mayoría de los casos son de una gravedad moderada, por lo que no es una enfermedad que provoque un gran número de ingresos.

En la región de Murcia no existen datos de prevalencia entre los adultos, pero puede asumirse que ésta se encuentra dentro del rango que describió en 1992 el Estudio Europeo sobre Salud Respiratoria (ECRHS) que incluyó diversas ciudades españolas. En ese momento el rango de prevalencias fue de 5-15% en personas de entre 20 y 44 años. En donde sí hay una buena información es en la edad pediátrica y en concreto en el municipio de Cartagena (2).

En 1994 el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC) encontró que, por medio de una metodología estandarizada que incluyó una encuesta autocumplimentada, la prevalencia de síntomas compatibles con el asma durante el año anterior se dio en un 10.5% de todos los niños escolares de entre 13 y 14 años (3). La mayoría de estos niños tuvieron crisis leves y poco frecuentes. Con todo, un número nada despreciable de niños tuvo 4 o más crisis al año (3.4%). Hubo también un buen porcentaje de niños en los que esas crisis fueron lo suficientemente graves como para interferir en el descanso nocturno: el 3.2% de todos los niños escolares de la edad descrita tuvo problemas en algún momento, y un 1.8% experimentó crisis de asma que le impidieron un sueño normal una o más veces por semana. En la Tabla 1 se recogen estas cifras en relación con otras ciudades españolas que tomaron parte en este estudio en ese mismo año. Los datos preliminares de una repetición de este estudio en el año 2002 apuntan a que las cifras de 1994 no se han modificado.

Tabla 18.1 Resultados más destacables del International Study of Asthma and allergies in Childhood en España. Niños de 13-14 años.

Porcentaje de respuestas positivas en el cuestionario escrito autocumplimentado

	Almería	Barcelona	Bilbao	Cádiz	Cartagena	Castellón	Madrid	Pamplona	Valencia	Valladolid	Total
Sibilancias último año	7.4	14.3	11.9	14.6	10.5	7.1	7.6	5.5	11.0	6.3	9.6
Ataques sibilancias último año											
1 a 3	4.7	10.0	7.0	10.7	6.7	5.0	4.8	3.6	8.3	4.3	6.5
4 a 12	1.4	2.5	2.7	2.1	2.4	1.3	1.4	1.3	1.9	1.2	1.8
> 12	0.6	0.9	1.5	0.8	1.0	0.5	0.7	0.4	0.7	0.4	0.7
Trastornos del sueño por sibilancias último año											
Algunos días pero <1 noche/semana	2.3	3.2	3.3	4.9	3.2	2.1	1.7	1.0	3.3	1.6	3.4
1 ó más noches/semana	0.9	1.4	1.5	1.9	1.8	0.5	1.2	0.5	1.1	0.5	1.1
Sibilancias graves último año	1.8	2.7	3.0	3.7	2.8	1.1	1.8	1.1	2.8	1.4	2.2
Población	3003	3033	3211	3075	3018	3094	3219	3040	3181	2752	30626

Fuente: Grupo ISAAC Español. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Med Clin.(Barc.) 1999;112:171-175

En los niños de 6 y 7 años, este mismo estudio –en este caso preguntando a los padres- puso de manifiesto los datos siguientes: un 8.4% de todos los niños de esas edades tuvo síntomas compatibles con el asma durante el año anterior y al menos un 1.4% tuvo más de 4 o más crisis. De forma muy similar a lo que ocurrió con los niños más mayores, el 3.1% experimentó trastornos del sueño por los síntomas de asma, y en el 1.4% estos trastornos se produjeron una o más veces por semana. En la tabla 2 se recogen estos datos en relación a otras zonas de España. Los datos del estudio de 2002 del que se está finalizando su análisis apuntan a un aumento de unos 2 puntos porcentuales en la prevalencia; es decir, que en este momento se situaría en torno al 10.5% y alcanzaría las cifras de los niños mayores. Este incremento está en consonancia con la mayoría de los países de nuestro entorno.

Tabla 18.2. Resultados más destacables del International Study of Asthma and allergies in Childhood en España. Niños de 6-7 años.

Porcentaje de respuestas positivas en el cuestionario escrito rellenado por los padres

	Bilbao	Cartagena	Castellón	Madrid	Pamplona	Valencia	Total
Sibilancias último año	8,0	8,4	4,7	6,4	3,5	6,2	6,2
Ataques sibilancias último año							
1 a 3	5,6	6,5	3,7	4,4	2,6	4,2	4,5
4 a 12	1,8	1,4	0,7	-	0,5	1,2	1,0
> 12	0,3	0,3	0,2	-	0,1	0,3	0,2
Trastornos del sueño por sibilancias último año							
Algunos días pero <1 noche/semana	2,9	3,1	1,8	2,2	1,4	2,2	2,3
1 ó más noches/semana	1,0	1,4	0,8	-	0,3	0,4	0,7
Sibilancias graves último año	1,3	1,5	0,7	1,1	0,4	1,0	1,0
Población	3028	3339	3094	2086	3002	3948	19010

Fuente: Archivo del estudio ISAAC España. datos sin publicar.

A pesar de lo frecuente de la enfermedad, y como ya se ha comentado, las tasas de ingresos no son muy altas. No disponemos de datos directos de seguimiento de enfermos, pero sí es posible dar una idea de los ingresos acudiendo a los datos de los hospitales públicos de la Región de Murcia entre 1997 y 2001, que son los años en el que el porcentaje de altas codificadas posee unos niveles aceptables (80% o más). Se ha utilizado el diagnóstico principal que aparece en el Conjunto Mínimo Básico de Datos correspondiente a los diagnósticos con código 493.

En la tabla 3 se encuentran el número de pacientes y el número de ingresos por asma en cada uno de los hospitales de la región, distribuidos por grupos de edad durante este período de 5 años. De los datos de la tabla se pueden extraer algunas conclusiones que pueden arrojar más luz sobre el problema del asma en la Región. Por ejemplo, la mayoría de los ingresos se concentran en los grupos de edad más pequeños y más ancianos: en ese periodo hay 354 ingresos en total en niños de 0 a 5 años, mientras que hay 277 en el grupo de 5-14 (9 años de intervalo), 781 en el grupo de 15-44 (30 años de intervalo) y 681 en el grupo de 65-74 años (10 años de intervalo).

Tabla 18.3. Pacientes y episodios de asma ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia por centro sanitario (código de diagnóstico principal 493 de la CIE-9-MC). 1997-2001

Total 1997-2001

AMBOS SEXOS

	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
HVArrixaca	23	21	101	93	117	112	285	246	268	230	219	178	85	77	1098	957
HGeneralU	0	0	0	0	10	10	48	47	72	64	61	55	38	32	229	208
HVRosell	10	10	22	21	39	35	186	160	117	104	75	71	24	23	473	424
HLArcos	20	18	47	45	20	19	15	15	15	15	21	20	21	16	159	148
HRMéndez	6	6	48	41	18	18	37	36	67	60	65	61	46	37	287	259
HCNoroeste	11	10	28	25	18	18	18	18	34	30	24	23	18	17	151	141
HVCastillo	7	5	31	27	28	24	30	28	42	27	35	28	28	24	201	163
HMMeserguer	0	0	0	0	27	25	162	143	215	175	181	159	140	116	725	618
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>277</b>	<b>252</b>	<b>277</b>	<b>261</b>	<b>781</b>	<b>693</b>	<b>830</b>	<b>705</b>	<b>681</b>	<b>595</b>	<b>400</b>	<b>342</b>	<b>3323</b>	<b>2918</b>

En general no hay grandes variaciones anuales de ingresos en el período descrito, como puede verse en la tabla 4. Sin embargo, los ingresos son más frecuentes en los varones hasta la edad de 14 años; y a partir de ésta, son las mujeres quienes ingresan con más frecuencia (tabla 5)

Tabla 18.4. Pacientes totales y episodios de asma ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia por año, de 1997 a 2001 (código de diagnóstico principal 493 de la CIE-9-MC).

**AMBOS SEXOS**

	<1		1-4		5-14		15-44		45-64	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	24	21	60	55	65	62	165	145	157	135
1998	15	15	56	49	72	66	163	146	186	168
1999	7	7	44	40	52	51	162	148	181	157
2000	14	12	52	52	47	43	135	123	159	134
2001	17	15	65	56	41	39	156	131	147	111
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>277</b>	<b>252</b>	<b>277</b>	<b>261</b>	<b>781</b>	<b>693</b>	<b>830</b>	<b>705</b>

65-74		75 Y MAS		TOTAL	
altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
135	117	66	55	672	590
170	149	81	69	743	662
155	145	103	86	704	634
120	97	73	65	600	526
101	87	77	67	604	506
<b>681</b>	<b>595</b>	<b>400</b>	<b>342</b>	<b>3323</b>	<b>2918</b>

Tabla 18.5. Pacientes y episodios de asma ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia por género y año. de 1997 a 2001 (código de diagnóstico principal 493 de la CIE-9-MC).

VARONES																
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	14	11	38	34	29	29	62	55	44	37	28	24	20	16	235	206
1998	12	12	33	31	46	41	64	57	47	46	40	34	17	14	259	235
1999	4	4	27	25	37	36	57	53	39	36	31	30	26	19	221	203
2000	11	9	32	32	23	22	48	45	34	33	25	19	14	13	187	173
2001	12	11	41	35	26	25	50	46	36	33	22	18	13	13	200	181
Total	53	47	171	157	161	153	281	256	200	185	146	125	90	75	1102	998

MUJERES																
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	10	10	22	21	36	33	103	90	113	98	107	93	46	39	437	384
1998	3	3	23	18	26	25	99	89	139	122	130	115	64	55	484	427
1999	3	3	17	15	15	15	105	95	142	121	124	115	77	67	483	431
2000	3	3	20	20	24	21	87	78	125	101	95	78	59	52	413	353
2001	5	4	24	21	15	14	106	85	111	78	79	69	64	54	404	325
Total	24	23	106	95	116	108	500	437	630	520	535	470	310	267	2221	1920

## 18.2. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más importantes de muerte en España. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (4), el número de muertos por este motivo fue de 16.780 en el año 1996. Tres cuartas partes de los afectados eran varones. Si a esta cifra le añadimos los muertos por bronquitis crónica (3.412) y por enfisema (757), los fallecimientos ascienden a más de veinte mil. Esto hace que la EPOC sea la causa de muerte más frecuente entre las acaecidas por alteraciones del aparato respiratorio, por delante del cáncer de pulmón. Pero, por tener una idea de conjunto, es interesante saber que en ese mismo año el número de personas muertas en accidente de tráfico no llegó a las 6.000. En definitiva, la patología pulmonar antes aludida es la cuarta causa de muerte en España, después de los tumores de cualquier tipo (89.000), la enfermedad isquémica cardíaca (39.000) y la enfermedad cerebro-vascular (38.000).

En la región de Murcia, los datos correspondientes para 1997 son: 2227 muertes por causas tumorales de cualquier tipo, 982 muertes por enfermedad isquémica cardíaca y 1131 por enfermedad cerebro-vascular. Las muertes por accidentes de circulación fueron 176, mientras que las producidas a causa del EPOC ascendieron a 481. También en Murcia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la cuarta causa de muerte (5).

Recientemente se han publicado datos de prevalencia de EPOC en España en 7 zonas diferentes. La prevalencia media en las 7 zonas (Oviedo, Burgos, Cáceres, Madrid, Manlleu, Sevilla y Vizcaya) fue del 9,1%, aunque hubo grandes diferencias entre unas y otras áreas (máxima, 18% en Manlleu y mínima, 4,9% en Cáceres).

En la Región de Murcia no hay datos de prevalencia, pero sí podemos conocer los registros de morbilidad hospitalaria. En la tabla 6 se recogen las altas y el número de pacientes ingresados según distintos grupos de edad en cada uno de los hospitales de la red pública en el período de 1997 a 2001. Como es lógico, los ingresos se concentran en individuos de 45 años o más, pero muy especialmente a partir de los 65. En estas edades, la EPOC provoca unas 7 veces más ingresos que el asma y hay una buena cantidad de reingresos. Por ejemplo, en el grupo de 65 a 74 años hubo

4369 altas producidas por 3379 enfermos, por lo que aproximadamente 1000 de estas atas se debieron a uno o más reingresos de los mismos pacientes. La tasa de ingresos en 1997 (que son los datos más recientes de que se dispone en cuanto a población) fue de 1012 por 100.000 habitantes.

tabla 18.6. Pacientes y episodios de EPOC y enfermedades asociadas, excepto asma ,ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia (códigos de diagnóstico principal 490, 491, 492, 494, 495 y 496 de la CIE-9-MC). 1997-2001

Total 1997-2001

AMBOS SEXOS								
	<1		1-4		5-14		15-44	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
HVArrixaca	78	78	29	29	10	9	48	43
HGeneralU	0	0	0	0	0	0	18	16
HVRosell	35	35	29	29	3	3	59	44
HLArcos	0	0	0	0	0	0	6	6
HRMéndez	3	3	5	5	1	1	12	12
HCNoroeste	6	6	10	10	0	0	5	4
HVCastillo	3	3	2	2	1	1	9	9
HMMeseguer	0	0	0	0	1	1	38	34
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>195</b>	<b>168</b>

45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
436	355	747	626	655	545	2003	1685
113	94	206	178	244	204	581	492
541	409	976	746	682	577	2325	1843
70	57	304	205	259	209	639	477
191	143	487	383	448	365	1147	912
123	108	354	265	407	347	905	740
139	75	312	204	248	198	714	492
527	398	983	772	1176	940	2725	2145
<b>2140</b>	<b>1639</b>	<b>4369</b>	<b>3379</b>	<b>4119</b>	<b>3385</b>	<b>11039</b>	<b>8786</b>

Teniendo en cuenta el período de tiempo estudiado, no parece que haya habido ningún cambio en la tendencia; sin embargo, se trata de un período muy corto de tiempo para concluir que no pueda existir un incremento. Es muy probable que las variaciones año a año sean consecuencia de una mayor o menor incidencia de infecciones respiratorias que provoquen la descompensación de los enfermos (tabla 7). Sobre lo que no hay dudas es de que la EPOC en la región es un problema fundamentalmente masculino: 9150 altas en varones frente a 1889 altas en mujeres en el período estudiado (tabla 8). Probablemente esta diferencia se deba a los distintos hábitos de fumar de un sexo y otro hace 30 o 40 años. Es más que probable que esta diferencia aminore en el futuro, ya que los hábitos de consumo de tabaco se han ido asimilando entre ambos sexos.

Tabla 18.7. Pacientes y episodios de EPOC y enfermedades asociadas totales por año, excepto asma ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia (códigos de diagnóstico principal 490, 491, 492, 494, 495 y 496 de la CIE-9-MC). 1997-2001

AMBOS SEXOS										
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	41	41	16	16	5	5	27	23	393	305
1998	33	33	18	18	6	6	39	36	492	360
1999	28	28	17	17	1	1	45	38	488	380
2000	14	14	12	12	3	2	36	30	429	334
2001	9	9	12	12	1	1	48	41	338	260
Total	125	125	75	75	16	15	195	168	2140	1639

65-74		75 Y MAS		TOTAL	
altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
822	646	697	576	2001	1612
907	708	862	721	2357	1882
1011	776	933	765	2523	2005
857	664	850	696	2201	1752
772	585	777	627	1957	1535
4369	3379	4119	3385	11039	8786

tabla 18.8. Pacientes y episodios de EPOC y enfermedades asociadas totales por género y año, excepto asma ingresados en hospitales públicos de la Región de Murcia

(códigos de diagnóstico principal 490, 491, 492, 494, 495 y 496 de la CIE-9-MC). 1997-2001

VARONES																
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	21	21	10	10	0	0	20	16	323	251	699	538	533	431	1606	1267
1998	18	18	12	12	3	3	31	28	441	320	774	597	673	549	1952	1527
1999	21	21	13	13	0	0	35	28	415	329	884	666	742	601	2110	1658
2000	11	11	7	7	1	1	28	24	375	290	754	571	651	522	1827	1426
2001	5	5	7	7	0	0	37	30	305	233	680	504	621	490	1655	1269
Total	76	76	49	49	4	4	151	126	1859	1423	3791	2876	3220	2593	9150	7147

MUJERES																
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		75 Y MAS		TOTAL	
	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes	altas	pacientes
1997	20	20	6	6	5	5	7	7	70	54	123	108	164	145	395	345
1998	15	15	6	6	3	3	8	8	51	40	133	111	189	172	405	355
1999	7	7	4	4	1	1	10	10	73	51	127	110	191	164	413	347
2000	3	3	5	5	2	1	8	6	54	44	103	93	199	174	374	326
2001	4	4	5	5	1	1	11	11	33	27	92	81	156	137	302	266
Total	49	49	26	26	12	11	44	42	281	216	578	503	899	792	1889	1639

## BIBLIOGRAFÍA

1. Burden of Asthma. En: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Bethesda (Maryland, USA): National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute, 2002
2. Estudio de Asma Europeo. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas. Med Clin.(Barc.). 1995;104:487-492
3. Grupo ISAAC Español. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Med Clin.(Barc.) 1999;112:171-175
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1996. Madrid: INE Artes gráficas, 1999
5. Consejería de Sanidad y Consumo y Economía y Hacienda de la Región de Murcia. Estadísticas básicas de mortalidad en la región de Murcia en 1997. Murcia: Novograf SA, 1999
6. Sobradillo V, Miratvilles M, Gabriel R et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118:981-9.

# **19. ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.**

INCIDENCIA, EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES,  
GRAVES Y MORTALES, Y DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA REGIÓN DE  
MURCIA. ASPECTOS COMPARATIVOS CON EL ÁMBITO ESTATAL

Carmen Santiuste de Pablos<sup>1</sup>

Fernando Galvañ Olivares<sup>1</sup>

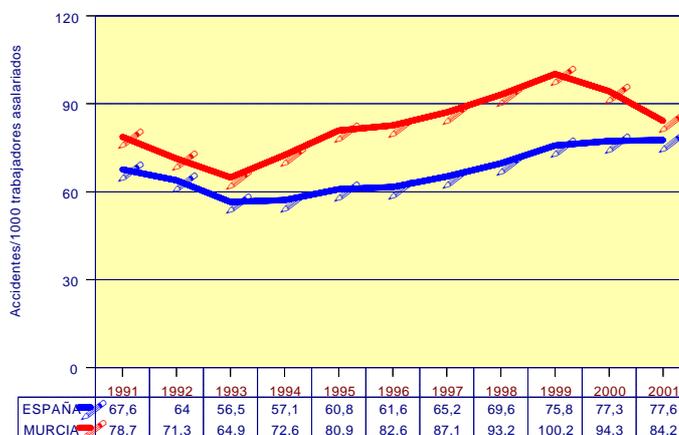
---

<sup>1</sup> Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de la Tuberculosis. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

**19.1. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES, GRAVES Y MORTALES. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES. COMPARACIÓN CON LAS TASAS NACIONALES.**

La evolución de la incidencia del total de accidentes de trabajo en la Región de Murcia en los últimos diez años muestra una distribución anual cíclica y muy parecida a la evolución de las tasas nacionales: Un primer periodo entre 1991 y 1993 con una tendencia decreciente que a partir de este año se invierte y comienza un segundo periodo de aumento de la incidencia que en Murcia alcanza su máximo en 1999, iniciando posteriormente un declive que se mantiene hasta 2001. La mayor diferencia es que las tasas en la Región de Murcia son superiores a la media estatal durante todo el periodo, aunque es destacable que en los dos últimos años la tendencia en Murcia decrece mientras a nivel nacional se mantiene, aunque de forma más moderada, la tendencia ascendente. Gráfico 19.1

**Gráfico 19.1. Total de Accidentes de Trabajo**  
**Comparación de Tasas**  
**España-Murcia. 1991-2001**

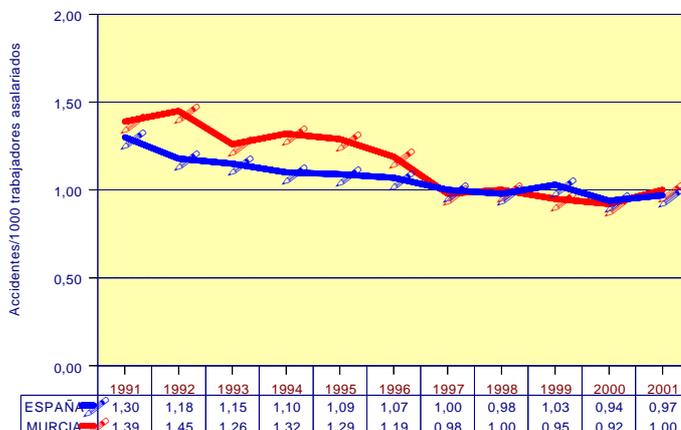


Accidentes con baja y en jornada laboral  
 Tasa de accidentes por 100 trabajadores asalariados  
 Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

En accidentes graves (Gráfico 19.2) se observa una moderada tendencia decreciente en todo el periodo, con práctica coincidencia en las tasas de Murcia y España en los últimos cinco años. Las tasas de accidentes mortales, tanto en Murcia como a nivel nacional (Gráfico 19.3), muestran también una tendencia a la disminución en los últimos cinco años; las variaciones observadas de un año a

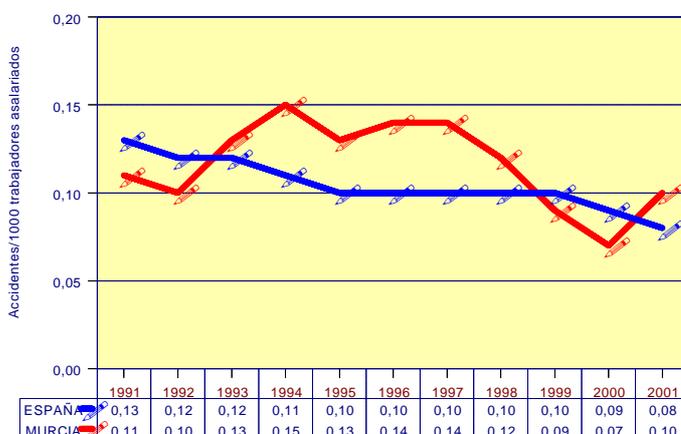
otro en la Región de Murcia se deben al relativo menor número de casos, lo que hace que pequeñas diferencias anuales modifiquen de forma importante la tasa de incidencia.

**Gráfico 19.2. Accidentes de Trabajo Graves**  
Comparación de Tasas  
España-Murcia. 1991-2001



Accidentes con baja y en jornada laboral  
Tasa de accidentes por 100 trabajadores asalariados  
Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

**Gráfico 19.3. Accidentes de Trabajo Mortales**  
Comparación de Tasas  
España-Murcia. 1991-2001

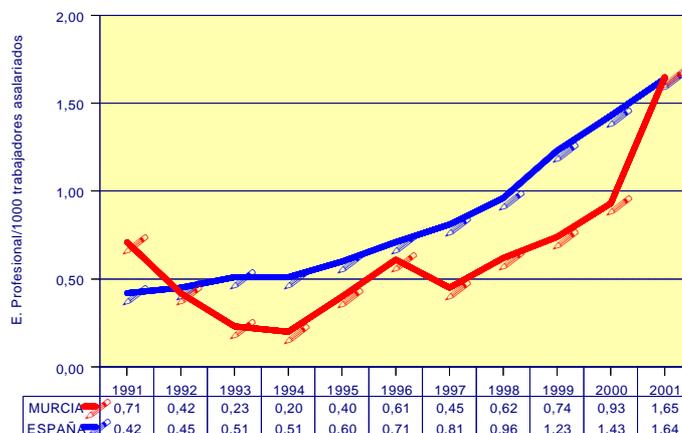


Accidentes ocurridos en jornada laboral  
Tasa de accidentes por 1000 trabajadores asalariados  
Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

Al contrario de lo que ocurre con los accidentes, la incidencia de la enfermedad profesional muestra un aumento sostenido en los últimos diez años (Gráfico 19.4). Observamos que Murcia se mantiene todos estos años por debajo de la incidencia de España, aunque los últimos años presenta un gran incremento que termina igualando las tasas nacionales en el año 2001. Este aumento de incidencia no significa que realmente esté aumentando la patología profesional, en realidad indica

que se está empezando a reconocer el origen laboral de muchas afecciones y enfermedades –sobre todos las patologías músculo-esqueléticas- que antes eran consideradas como enfermedad común.

**Gráfico 19.4. Enfermedad Profesional**  
Comparación de Tasas  
España-Murcia. 1991-2001



En fermedades profesionales con baja laboral  
Tasa de enfermedades por 100 trabadores asalariados  
Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

## 19.2. TASAS DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES POR SECTORES ECONÓMICOS EN LA REGIÓN DE MURCIA. COMPARACIÓN CON LAS TASAS DE ESPAÑA.

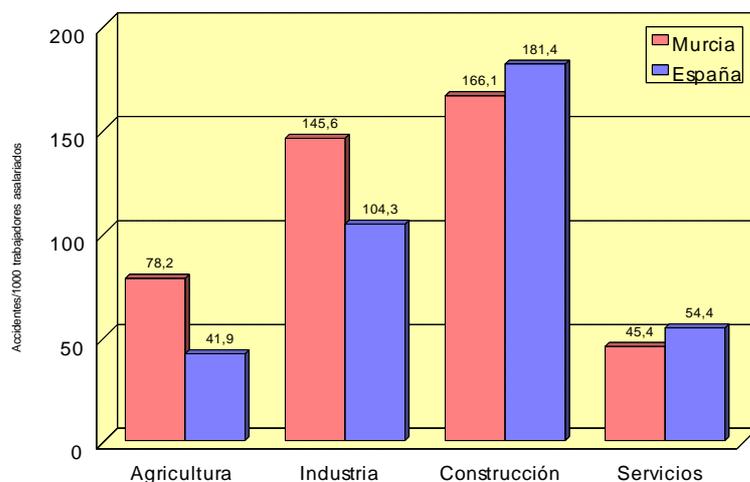
En los datos de evolución se ha comprobado que la incidencia del total de accidentes de trabajo en la Región de Murcia en el último año (84,2/1000) es algo superior a la de España (77,6/1000), sin embargo se comprueba que esta mayor incidencia se debe fundamentalmente a la mayor incidencia en el sector industrial (145,6 por 104,3) y, sobre todo, en Agricultura que prácticamente duplica la tasa encontrada a nivel nacional (78,2 por 41,9), siendo inferior en Murcia en el sector de la Construcción y en Servicios. Tabla 19.1. Gráfico 19.5

Tabla 19.1. Accidentes de Trabajo Totales por Sectores Económicos. Frecuencia y tasa de incidencia. España y Región de Murcia. 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	41.084	41,91	3.801	78,15
INDUSTRIA	268.537	104,25	9.700	145,62
CONSTRUCCION	243.841	181,36	7.137	166,09
SERVICIOS	405.031	54,35	8.534	45,35
<b>TOTAL</b>	<b>958.493</b>	<b>77,59</b>	<b>29.172</b>	<b>84,21</b>

Tasa/1000: Número de accidentes por 1000 trabajadores asalariados  
Accidentes con baja y en jornada laboral  
Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

**Gráfico 19.5. Total de Accidentes de Trabajo**  
**Comparación de tasas por Sectores Económicos**  
**Murcia-España. Año 2001**



Accidentes con baja y en jornada laboral  
 Tasa de accidentes por 100 trabajadores asalariados  
 Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

En accidentes de trabajo graves se observa que Murcia presenta una tasa global similar a España, aunque aquí se invierte lo observado con los accidentes totales en el sector de Agricultura: la incidencia nacional duplica la de la Región de Murcia (1,12 por 0,62), compensada por la superioridad de las tasas de Murcia en el sector industrial. Tabla 19.2

Tabla 19.2. Accidentes de Trabajo Graves por Sectores Económicos.  
 Frecuencia y tasa de incidencia. España y Región de Murcia. 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	1.096	1,12	30	0,62
INDUSTRIA	2.905	1,13	96	1,44
CONSTRUCCION	3.286	2,44	115	2,68
SERVICIOS	4.705	0,63	106	0,56
<b>TOTAL</b>	<b>11.992</b>	<b>0,97</b>	<b>347</b>	<b>1,00</b>

Tasa/1000: Número de accidentes por 1000 trabajadores asalariados  
 Accidentes con baja y en jornada laboral  
 Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

La tasa global de accidentes de trabajo mortales es algo superior en la Región de Murcia que en España, destacando que en el sector Servicios Murcia presenta el doble de incidencia que a nivel nacional. Sin embargo la situación se invierte en Agricultura en el que la tasa de España es muy superior a la de Murcia (Tabla 19.3). Hemos de tener en cuenta que las tasas de incidencia de accidentes mortales en la Región de Murcia varían de forma muy importante con pequeñas diferencias en el número de accidentes debido al relativamente pequeño número de casos anuales.

Tabla 19.3. Accidentes de Trabajo Mortales por Sectores Económicos. Frecuencia y tasa de incidencia. España y Región de Murcia. 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	110	0,112	1	0,021
INDUSTRIA	219	0,085	5	0,075
CONSTRUCCION	263	0,196	7	0,163
SERVICIOS	429	0,058	21	0,112
<b>TOTAL</b>	<b>1.021</b>	<b>0,083</b>	<b>34</b>	<b>0,098</b>

Tasa/1000: Número de accidentes por 1000 trabajadores asalariados

Accidentes con baja ocurridos en jornada laboral

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

La incidencia de enfermedades profesionales en la Región de Murcia en 2001 (Tabla 19.4) es similar a la de España, aunque al considerar las tasas por sectores económicos se comprueba que Murcia presenta una incidencia mucho mayor en Agricultura (2,5/1000 por 0,6/1000), mientras que en Industria y Servicios la tasa es algo mayor a nivel nacional.

Tabla 19.4. Enfermedades Profesionales por Sectores Económicos. Frecuencia y tasa de incidencia. España y Región de Murcia. 2001

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº Casos	Tasa	Nº Casos	Tasa
AGRICULTURA	626	0,64	120	2,47
INDUSTRIA	11.299	4,39	248	3,72
CONSTRUCCION	2.299	1,71	82	1,91
SERVICIOS	6.057	0,81	121	0,64
<b>TOTAL</b>	<b>20.281</b>	<b>1,64</b>	<b>571</b>	<b>1,65</b>

Tasa/1000: Número de enfermedades con baja por 1000 trabajadores asalariados

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

### 19.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA REGIÓN DE MURCIA EN EL AÑO 2001

En el año 2001 se han notificado 571 casos incidentes de enfermedad profesional que han causado baja, tres de ellos de carácter grave. La declaración de enfermedades profesionales en la Región de Murcia se ha ido incrementando en los últimos años, también a nivel nacional se ha producido un aumento considerable en su notificación, esto es debido probablemente a una mayor consideración del origen laboral de algunas patologías.

En la Región de Murcia este incremento se ha producido sobre todo a expensas del aumento en la declaración de patología músculo-esquelética que supone el 85% del total de casos declarados en 2001, en mujeres esta proporción se eleva al 92%, siendo menor en varones (79%). Al comparar con años anteriores, vemos que en 1996 este tipo de patología suponía el 44% de las declaraciones, mientras que un 43% correspondían a Dermatitis, patología que en el año 2001 sólo supone un 9%.

Tabla 19.5

Tabla 19.5. Enfermedad Profesional según Diagnóstico y Sexo. Frecuencia y Porcentaje. Región de Murcia 2001

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Intoxicación hidrocarburos alifáticos	2	0,7	0	-	2	0,4
Dermatitis	41	13,7	11	4,1	52	9,1
Silicosis	1	0,3	0	-	1	0,2
Asbestosis	1	0,3	0	-	1	0,2
Asma Alérgico	3	1,0	5	1,8	8	1,4
Irritación vías aéreas superiores	3	1,0	0	-	3	0,5
Enf. Infecc. Transm. Animales	5	1,7	0	-	5	0,9
Enf. Infecc. Personal Sanitario	2	0,7	2	0,7	4	0,7
Hipoacusia por ruido	2	0,7	0	-	2	0,4
Enf. Aire comprimido	1	0,3	0	-	1	0,2
Enf. Bolsas periarticulares	66	22,0	32	11,8	98	17,2
Enf. Fatiga tendinosa	154	51,3	191	70,5	345	60,4
Parálisis nervios por presión	15	5,0	24	8,9	39	6,8
Otras enf.		-	1	0,4	1	0,2
Desconocida	4	1,3	5	1,8	9	1,6
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>571</b>	<b>100,0</b>

Enfermedades profesionales con baja

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

Los casos de enfermedad profesional se presentan en mayor proporción en varones (53%), sin embargo la tasa de incidencia es superior en mujeres (2,20/1000) que en hombres (1,34/1000), esto es debido a que el número de trabajadoras expuestas es menor. Observamos que los casos se concentran en los grupos más jóvenes, el más afectado -tanto en varones como en mujeres- es el de 20 a 29 años (36%), seguido por el de 30 a 39 (29%). Tabla 19.6

Tabla 19.6. Enfermedad Profesional por Grupos de Edad y Sexo. Frecuencia y Porcentaje. Región de Murcia 2001

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desconocido	7	2,3	6	2,2	11	1,9
16 a 19 años	4	1,3	13	4,8	17	3,0
20 a 29 años	103	34,3	103	38,0	206	36,1
30 a 39 años	93	31,0	76	28,0	169	29,6
40 a 49 años	65	21,7	54	19,9	119	20,8
50 a 59 años	23	7,7	19	7,0	42	7,4
>= 60 años	5	1,7		0,0	5	0,9
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>571</b>	<b>100,0</b>
%		52,5		47,5		100,0
Tasa/1000		1,34/1000		2,20/1000		1,65/1000

Tasa/1000: Número de enfermedades con baja por 1000 trabajadores asalariados

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

El 37% de las enfermedades declaradas corresponden al Área de Salud de Murcia. En varones este porcentaje se eleva al 41%, mientras que en mujeres la proporción de casos declarados en el área de Murcia (32%) y en el de Cartagena (31%) es similar. Tabla 19.7

Tabla 19.7. Enfermedad Profesional por Areas de Salud y Sexo. Frecuencia y Porcentaje. Región de Murcia 2001

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Murcia	123	41,0	88	32,5	211	37,0
Cartagena	78	26,0	85	31,4	163	28,5
Lorca	32	10,7	41	15,1	73	12,8
Noroeste	11	3,7	12	4,4	23	4,0
Altiplano	6	2,0	10	3,7	16	2,8
Vega Segura	49	16,3	34	12,5	83	14,5
Desconocido	1	0,3	1	0,4	2	0,4
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>571</b>	<b>100,0</b>

Enfermedades profesionales con baja

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

En la distribución por sectores económicos (Tabla 19.8), Industria concentra el 43,6% de casos, mientras que Agricultura y Servicios presentan proporciones similares (21%). Esta distribución varía al considerar el sexo del trabajador, en mujeres un 32% de casos corresponde a Agricultura mientras que en varones éste es el sector menos afectado (11%), a expensas de los casos correspondientes a Construcción (27%). Al comparar con las tasas nacionales, lo más llamativo es la

diferencia de tasas en el sector agrícola: 2,47casos por 1000 trabajadores asalariados en la Región de Murcia frente a 0,64/1000 en España (Tabla 19.4).

Tabla 19.8. Enfermedad Profesional por Sectores Económicos y Sexo. Frecuencia y Porcentaje. Región de Murcia 2001

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Agricultura	32	10,7	86	31,9	118	20,7
Industria	135	45,0	114	42,2	249	43,6
Construcción	82	27,3	0	0,0	82	14,4
Servicios	49	16,3	70	25,9	119	20,8
Desconocido	2	0,7	1	0,4	3	0,5
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>270</b>	<b>100,0</b>	<b>571</b>	<b>100,0</b>

Enfermedades profesionales con baja

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

La Tabla 19.9 muestra la proporción de casos según los grandes grupos de actividades económicas. La Industria de la Alimentación, concretamente la industria cárnica y de conservas vegetales, agrupa el mayor porcentaje de casos (28%), seguido de Agricultura (20%) y Construcción (14%). Al considerar la distribución por sexo, en mujeres la Industria de Alimentación junto a Agricultura concentran el 65% de los casos, mientras que en varones Construcción presenta la mayor proporción de casos (27%), seguido de la Industria de Alimentación (24%) y Agricultura (10%).

Tabla 19.9. Enfermedad Profesional por Actividades Económicas Agrupadas y Sexo. Frecuencia y Porcentaje. Región de Murcia 2001

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Agricultura/Ganadería	29	9,7	86	31,7	115	20,1
Pesca	3	1,0	0	-	3	0,5
Extracción Otros Minerales	2	0,7	0	-	2	0,4
Alimentación/Bebidas	72	24,0	89	32,8	161	28,2
Textil/Cuero/Calzado	13	4,3	8	3,0	21	3,7
Madera/Corcho	8	2,7	3	1,1	11	1,9
Papel/Artes Gráficas	2	0,7	3	1,1	5	0,9
Química/Productos Minerales No Metálicos	11	3,7	1	0,4	12	2,1
Fabric. Prod. Metálicos/Maquinaria	14	4,7	0	-	14	2,5
Fabric. Mat. Eléctrico	1	0,3	0	-	1	0,2
Fabric. Mat. Transporte	3	1,0	0	-	3	0,5
Fabric. Prod. Caucho y Plástico/Muebles	7	2,3	10	3,7	17	3,0
Energía/Agua	2	0,7	0	-	2	0,4
Construcción	82	27,3	0	-	82	14,4
Venta/Reparación Vehículos	6	2,0	0	-	6	1,1
Comercio al por Mayor	9	3,0	8	3,0	17	3,0
Comercio al por Menor y Reparaciones	7	2,3	17	6,3	24	4,2
Hostelería	1	0,3	10	3,7	11	1,9

Transportes/Comunicaciones	1	0,3	0	-	1	0,2
Alquileres/Servicios a Empresas	9	3,0	20	7,4	29	5,1
Educación	2	0,7	2	0,7	4	0,7
Sanidad/Asist.Social	3	1,0	6	2,2	9	1,6
Administración/Defensa y Seguridad	7	2,3	5	1,8	12	2,1
Otros Servicios	4	1,3	2	0,7	6	1,1
Desconocida	2	0,7	1	0,4	3	0,5
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>571</b>	<b>100,0</b>

Enfermedades profesionales con baja

Fuente: Sección de Salud Laboral. D.G. Salud Pública de Murcia

#### Comentarios:

Para el cálculo de las tasas de accidentes y enfermedades profesionales, el número de trabajadores expuestos se corresponde con la media anual de población asalariada, excepto en Agricultura en que se considera la población ocupada, obtenida de la Encuesta de Población Activa antes de la adaptación de los datos a la nueva metodología EPA-2002.

Como resumen podríamos decir que la mayor incidencia de enfermedades profesionales corresponde a mujeres jóvenes que trabajan en la recolección y envasado de productos agrícolas y en la industria de alimentación que sufren procesos osteoarticulares, principalmente tendinitis, epicondilitis y síndromes de compresión nerviosa debidos a los movimientos repetitivos que caracterizan estos puestos de trabajo. En varones, las enfermedades profesionales se encuentran más repartidas en los distintos grupos de actividades económicas, siendo lo más llamativo la mayor incidencia de dermatitis, sobre todo en los trabajadores de Construcción.

#### 19.4. COMENTARIOS FINALES

Las actividades de salud laboral que tienen asignadas las Administraciones Sanitarias se inscriben en el desarrollo de las competencias establecidas por el capítulo IV de la Ley General de Sanidad y el artículo 10 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En concreto, y de acuerdo con los criterios establecidos por el Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial de Salud, estas actividades se corresponden con: a) la acreditación, asesoramiento y el control de las actividades sanitarias de los servicios de prevención de las empresas; b) el desarrollo de sistemas de información en salud laboral; c) la elaboración y difusión de protocolos específicos de vigilancia de la salud de los trabajadores; y d) la supervisión de la formación del personal sanitario en salud laboral.

La reciente creación del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia ha modificado de forma importante las actuaciones de la Administración Sanitaria en salud laboral al asumir el Instituto la mayor parte de actividades y competencias en este ámbito, sobre todo las relacionadas con la prevención de riesgos, el control y supervisión de las actividades de los servicios de prevención, y la formación, el asesoramiento y la divulgación en materia de riesgos laborales. En nuestra Región se mantienen como actividades propias de la administración sanitaria las actuaciones administrativas de acreditación de los aspectos sanitarios de los servicios de prevención de las empresas; la elaboración, difusión y distribución de protocolos específicos de vigilancia de la salud de los trabajadores; la participación institucional en los Grupos de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial de Salud; y el desarrollo de un Sistema de Información en Salud Laboral (SISAL), basado en información obtenida de forma directa por los departamentos de medicina del trabajo de los servicios de prevención para el control epidemiológico de las patologías profesionales.

En la actualidad hay acreditados 37 servicios de prevención ajenos con instalaciones en la Región de Murcia, veintidós de ellos están autorizados para desarrollar actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores, es decir, que cuentan con servicios sanitarios. Las dificultades para conseguir médicos especialistas en medicina del trabajo ha impedido la constitución de un número mayor de servicios con acreditación en vigilancia de la salud, lo que hace que la población trabajadora que oficialmente presenta cobertura de vigilancia específica de la salud sea mucho menor que la realmente atendida. Este problema podrá ser resuelto cuando se facilite la ampliación del número de especialistas de medicina del trabajo en nuestro país y terminen las moratorias de autorización de reconocimientos médicos generales comprendidos en la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, revisiones médicas inespecíficas que realizan las Mutuas y que confunden las actuaciones específicas de vigilancia de la salud en función de riesgos que establece la normativa actual, actuaciones que deben ser llevadas a cabo por los servicios de prevención.

## **20. - LA PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES**

José Joaquín Gutiérrez García<sup>1</sup>

Francisco Pérez Riquelme<sup>1</sup>

María Luisa Usera Clavero<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo.

A mediados de la década de los 70, como consecuencia del incremento del gasto sanitario, sin una repuesta proporcional en la mejora del nivel de salud, se inicia una reflexión sobre el papel y el peso específico de los determinantes de la salud, que dio lugar, en los países desarrollados, a una cierta reorientación de los servicios de salud. Las variables incluidas en los grupos de estilos de vida<sup>1</sup> o conductas de salud y medio ambiente tenían, y aún continúan teniendo, una mayor responsabilidad en el estado de salud de las personas, que otros grupos de determinantes, como la biología humana o el sistema de asistencia sanitaria<sup>2,3</sup>.

Actualmente, los problemas de salud más frecuentes son multifactoriales y vienen determinados, en gran medida, por los comportamientos relacionados con la salud y por el medio ambiente físico, social y cultural<sup>4</sup>. Son generalmente problemas crónicos, que dan lugar a un considerable incremento de las demandas hacia el sistema sanitario. Esto, unido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, sugiere nuevos planteamientos preventivos y, sobre todo, de promoción de la salud<sup>1</sup>.

Estudios más recientes indican, por una parte, que los determinantes que en mayor medida influyen en el nivel de salud son la alimentación inadecuada, los comportamientos de riesgo, como el hábito de fumar, el abuso de bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales sin protección, las violencias y las condiciones y el contexto laboral en el que se desenvuelven las personas. De otra, los determinantes de la salud y la enfermedad vienen condicionados por las respuestas individuales y sociales derivadas de las determinaciones políticas, como la configuración y organización de los sistemas sanitario y educativo, el sistema económico, y otras respuestas sociales o individuales emanadas, sobre todo, del tejido asociativo<sup>5,6</sup>.

Así pues, en nuestra opinión siguen siendo validos los cinco postulados fundamentales de la promoción de la salud, consensuados por todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Ottawa en 1986<sup>7</sup>:

- Elaboración de políticas saludables, que incluyan medidas legislativas, fiscales y organizativas.

- Creación de ambientes saludables, incluidos los espacios de trabajo y ocio, y la protección ambiental.

- Refuerzo de la acción comunitaria, potenciando las redes sociales y creando nuevos cauces para la participación, como elemento esencial para la promoción de la salud.

- Desarrollo de aptitudes personales para proporcionar, a individuos y grupos, los recursos necesarios que les permitan el control de la salud y sus determinantes, por medio de la educación para la salud. Reconociendo a esta como el instrumento básico para la promoción de la salud en sus diferentes escenarios: escuela, atención primaria, ámbito laboral y comunitario.

- Reorientación de los servicios sanitarios hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, que exige nuevas formulas de trabajo y un estilo profesional diferente, así como la formación y organización de los servicios correspondientes.

En 1997, la Declaración de Yakarta, de la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud<sup>8</sup>, declara la promoción de salud como la mejor inversión para ganar salud y establece las prioridades en salud para el siglo XXI<sup>9</sup>:

- Promover la responsabilidad social para la salud. Con un planteamiento multisectorial que valore la equidad como parte integral de las políticas de desarrollo.

- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud. Contemplando las necesidades de los grupos más desfavorecidos o en situación de mayor riesgo: mujeres, niños, personas mayores, inmigrantes y grupos excluidos socialmente.

- Consolidar y expandir la colaboración para la salud. Fortaleciendo las acciones comunitarias existentes y promocionando la creación de nuevas redes sociales para una colaboración responsable para la resolución y mejora de los problemas de salud.

- Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar (*empowerment of health*) a los individuos. Para mejorar la capacidad de los individuos y grupos para actuar e influir sobre los determinantes de la salud.

- Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud. En el ámbito local y supralocal, que permita el desarrollo político, legal, educativo, social y económico apropiado para apoyar y fortalecer la promoción de salud.

Desde su inicio (Tratado de Roma, 1957), la Unión Europea, consciente de las repercusiones de la promoción de la salud para el bienestar de las personas, la recoge en diferentes tratados comunitarios. Los Tratados de Maastricht (1993) y Amsterdam (1999), abogan por la promoción de la salud como uno de los instrumentos de mayor utilidad, y esencial, para la mejora del nivel de salud y el abordaje de los problemas de salud pública de elevada prevalencia en La Unión.

En concreto, el Parlamento y Consejo de Ministros de la Unión, ya propusieron en 1996 el Programa Comunitario de Promoción de Salud (1996-2000) que diferencia cinco áreas de intervención preferentes: Información, educación, formación, medidas especiales de promoción de salud y prevención de enfermedades y desarrollo de estructuras y estrategias de promoción de salud.

En la Región de Murcia, la promoción de la salud y conductas saludables vienen respaldadas, en el ámbito nacional, por el artículo 43 de la Constitución Española, los artículos 3 y 5 de la Ley General de Sanidad, los artículos 2,8,13 y 19 de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) y el artículo 2 de la Ley de Riesgos Laborales, que traspone al derecho español la Directiva 89/391/CEE del Consejo Económica Europeo, estableciendo un marco de promoción de salud en el lugar de trabajo. En el ámbito autonómico, La Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994 y la Ley sobre Drogas para la Prevención, Asistencia e Integración Social de 1997, avalan igualmente el desarrollo de la promoción de salud. Sin embargo el desarrollo normativo, probablemente, es insuficiente, y nos llama la atención la carencia de norma que regule, por ejemplo, las intervenciones de promoción y educación para la salud en atención primaria y en los ámbitos escolar, laboral y comunitario.

Así pues, la legislación y definición de políticas saludables están plenamente establecidas. Constituyen el primer elemento para la creación de un contexto social saludable, pero el desarrollo es desigual e insuficiente. Es necesario concretar, aunando esfuerzos institucionales, profesionales y ciudadanos, acciones que favorezcan el desarrollo eficaz de la promoción de salud en sus diversos escenarios de intervención. Un elemento de referencia para ello es la Política de Salud 21 de la

Organización Mundial de la Salud, que propone veintiún objetivos de salud para todos en el siglo XXI, como marco de desarrollo de las políticas sanitarias en la Región Europea:

- Garantizar la equidad en salud a través de la solidaridad de las actuaciones: reducir las desigualdades sanitarias en situaciones de pobreza, desempleo, desigualdades de género, minorías étnicas, emigrantes y discapacitados.

- Mejorar el nivel de salud en las transiciones vitales o periodos críticos del desarrollo humano, como el nacimiento, juventud, incorporación al mundo laboral, aparición de enfermedades crónicas, climaterio y envejecimiento, entre otros.

- La prevención y control de enfermedades y lesiones: enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones derivadas de actos violentos y accidentes, y problemas de salud mental.

- Estrategias multisectoriales para crear una salud duradera, considerando no sólo los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad, sino también aquellos relacionados con el medio ambiente, los determinantes socioeconómicos de la salud y la elección y aprendizaje de comportamientos saludables.

- Un sector sanitario orientado hacia los resultados, con la integración de atención primaria y los servicios hospitalarios, la gestión de la calidad, la financiación y asignación de recursos y la infraestructura de salud pública adecuada. Todo ello como consecuencia de los acuerdos adoptados por todos los Estados Miembros, en 1996 en Ljubljana, Eslovenia (Carta de Ljubljana sobre la Reforma de los Sistemas de Salud en Europa)<sup>10</sup>.

- Establecer políticas y mecanismos de gestión del cambio, mejorando los conocimientos disponibles mediante la investigación, movilizándolo a los agentes en favor de la salud y planificando, aplicando y evaluando dichas políticas.

En nuestra Comunidad Autónoma se vienen desarrollando, desde 1985, diferentes actuaciones y programas, de un marcado carácter educativo y de promoción de conductas saludables, en Centros Educativos, Atención Primaria y ámbitos laboral y comunitario. Sin embargo no se dispone de un plan estructurado, sistemático y continuado de promoción de salud, si bien en Planes de Salud precedentes, se definen objetivos relacionados con el tema que nos ocupa.

En coordinación con los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Interior, se vienen desarrollando, en la Región de Murcia, las estrategias de los Planes Nacionales de Drogas (2000-2008) y SIDA (2001-2005). Por otra parte, se están impulsando, por parte del Consejo Interterritorial de Salud, recomendaciones sobre salud sexual, salud mental y consumo de alcohol en jóvenes, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, y recomendaciones sobre formación en promoción de salud. En todos los casos con un componente de promoción de estilos de vida saludables muy relevante. De igual modo, siguiendo una estrategia multisectorial, se han puesto en marcha diferentes Planes Regionales, en los que la Promoción de la Salud ocupa un lugar destacado: Plan Regional de Inclusión Social, Plan para la Integración Social de los Inmigrantes 2002-2004, Plan Integral de Promoción del Pueblo Gitano, Plan Regional para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, Plan Regional de Juventud y Plan Regional Integral para Personas con Discapacidad. Todos ellos, en sí mismo constituyen una estrategia de promoción de salud, que exigen voluntad, un gran esfuerzo económico y sobre todo coordinación entre todas las instituciones y profesionales implicados.

Por escenarios concretos de intervención, destacan las actuaciones llevadas a cabo en la escuela. Desde finales de los años 80 se han puesto en marcha diferentes actuaciones en el marco escolar, sobre la base de tres pilares fundamentales: la formación de los profesionales, la elaboración de materiales para el profesorado, alumnado, padres y madres, y el desarrollo curricular de la educación para la salud, junto con estrategias de investigación y monitorización de las conductas de los escolares y motivadoras como las subvenciones a proyectos educativos. Todo ello con la colaboración de ambos sectores, el educativo y el sanitario, actualmente y desde el año 2000, facilitado por la Orden Conjunta de las Consejerías de Sanidad y Consumo y Educación y Universidades, para la Coordinación de Competencias relativas a la Educación para la Salud en Centros Docentes no Universitarios.

No obstante, a pesar del gran esfuerzo realizado, se detectan carencias formativas en el profesorado, no se dispone de gran parte de los materiales educativos necesarios para el desarrollo curricular y la situación organizativa, junto con el contexto social, no facilita el establecimiento de procesos de enseñanza-aprendizaje estructurados, globalizados y significativos hacia los que debe tender el Sistema Educativo.

En Atención Primaria, el desarrollo de la Cartera de Servicios constituye, en sí mismo, un elemento promotor de salud, en tanto que el establecimiento de un catálogo de prestaciones de servicios, relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población, supone cambios organizativos y mejoras en la calidad de la atención que se presta, así como nuevas concepciones y perspectivas, del Sistema Sanitario y sus profesionales, orientadas hacia la promoción de la salud. Sin embargo, en la actual Cartera de Servicios sólo aparece la “Educación para la Salud en Centros Educativos”, en el Programa de Atención al Niño, y la “Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Crónicos”, en el Programa de Atención al Adulto y Anciano, diferenciando “Diabetes” y “Otros Grupos”.

Si bien se han producido mejoras al introducir áreas de intervención que tratan de satisfacer necesidades relacionadas con transiciones vitales, como la “Atención al Climaterio”, “Atención a Pacientes Terminales” o la “Atención al Joven”, no aparecen, explícitamente, Servicios de Promoción de Salud o Educación para la Salud en el ámbito comunitario o laboral. Resulta llamativo la falta de Servicios específicos orientados al medio ambiente o la inmigración y en general con un enfoque de promoción de comportamientos desde una perspectiva biospicasocial y de salud positiva.

En el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, se definen objetivos de promoción de conductas saludables. Son muchas las actividades realizadas sobre la base del mismo, sin embargo no son sistemáticas y su orientación es sobre todo preventiva, pensando más en la carencia de salud que en la salud positiva, con escasas propuestas de promoción de salud en el ámbito comunitario. A pesar de todo, estas iniciativas contribuyen a orientar el Sistema Sanitario hacia la promoción de salud, entre otras cosas porque denotan una cierta sensibilidad de sus profesionales, si bien pueden darse duplicidades que requieren acuerdos, una puesta en común y ciertas dotes de organización y coordinación.

En el ámbito de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo, los esfuerzos por favorecer la promoción y educación para la salud en atención primaria no han dado los

resultados esperados. Así, las convocatorias sucesivas para la financiación de proyectos de intervención sobre el hábito tabáquico o educación para la salud en general, prácticamente no han sido aceptadas por los Equipos de Atención Primaria, probablemente debido a factores externos o inherentes a los propios Equipos y que sería deseable analizar. En cambio, esta estrategia motivadora, sí ha evolucionado favorablemente en los Centros Educativos.

Las áreas laboral y comunitaria, siguen en nuestra Región un desarrollo desigual, reconociendo grandes avances especialmente debidos a la puesta en marcha de los Planes Regionales de Drogas y SIDA, de un pronunciado carácter descentralizador, hacia Entidades Locales, y potenciador de las acciones emanadas del tejido social. Así, son pocos los Ayuntamientos o Mancomunidades de Municipios, que no dispongan de un Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias, con dotación de recursos económicos y humanos específicos para ello e innumerables asociaciones comunitarias trabajan para el logro de los mismos fines, incluyendo asociaciones sindicales. Menos desarrollado está el Plan Regional del SIDA en el ámbito Municipal, sin embargo la participación comunitaria es muy relevante, probablemente debido a la gran sensibilización social existente con respecto a la infección por VIH/SIDA.

No podemos dejar de mencionar la intervenciones que se vienen realizando a través de los medios de comunicación de masas, que son muy numerosas y presentan una evolución cualitativa y cuantitativa importante; Sin embargo la influencia negativa, sobre la salud, de los medios de comunicación, que es enorme, no está siendo contrarrestada suficientemente por medio de estrategias de defensa en favor de la salud<sup>1</sup> (*media advocacy*), por parte de Instituciones y profesionales.

Por último, no por ello menos importante, debemos analizar otros problemas o dificultades<sup>11,12</sup>, existentes en la práctica habitual, para la promoción de conductas saludables, entre las que se pueden destacar:

1. Las carencias formativas de pre y posgrado de los profesionales de la salud y la educación, así como de los agentes sociales que trabajan como promotores de salud. Muchas de las

intervenciones se realizan sólo sobre la base de la motivación y el voluntarismo, lo que resta eficacia a las mismas, que produce a su vez falta de credibilidad de las intervenciones metodológicamente correctas.

2. La influencia derivada del modelo cultural salud-enfermedad predominante, que introduce un sesgo biológico en las intervenciones educativas y, al mismo tiempo, se realicen siguiendo, en general, los postulados de modelos informativos, con planteamientos de objetivos cognoscitivos y biomédicos y en pocas ocasiones de habilidades y conductas responsables. Todo ello da lugar a una escasa utilización de la metodología educativa efectiva y coherente con los objetivos del proceso enseñanza-aprendizaje que deben definirse.

3. La falta de continuidad, con gran número de intervenciones esporádicas y “proyectos piloto” que no conducen a una planificación y evaluación sistemáticas, que permitan plantear objetivos secuenciales que den sentido y unidad a las intervenciones. En el ámbito escolar, por su facilidad de acceso y la concentración de alumnos, se producen múltiples intervenciones desde diversos ámbitos, organizaciones o asociaciones, que originan una duplicidad de acciones y una incoherencia de las mismas, llegándose a pensar que ciertas parcelas educativas han sido cubiertas, impidiendo la puesta en marcha de intervenciones planificadas y más coherentes, con las líneas metodológicas reconocidas como más apropiadas e incluidas en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Centro.

4. La falta de reconocimiento de un rol profesional, por parte de educadores, agentes sociales o profesionales de la salud, que incluya la promoción de salud. Esta dificultad puede venir determinada por diversos factores como las concepciones de la educación y la salud no acordes con los postulados de las reformas educativa y sanitaria, los procesos de transferencias, las dificultades ya mencionadas de la formación o la falta de credibilidad de la educación para la salud, como consecuencia de la frustración de los profesionales ante la falta de recursos o resultados tangibles a corto plazo.

---

## BIBLIOGRAFÍA.

- <sup>1</sup> Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion Journal 1986; 1.1, 113-127.
- <sup>2</sup> Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
- <sup>3</sup> Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res 1977; 2: 453-466.
- <sup>4</sup> Buck C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. Bol Epidem OPS 1985. Washington.
- <sup>5</sup> Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria. 20 años después del Informe Lalonde. Gac Sanit 1994; 8:189-194.
- <sup>6</sup> Bartley M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. British Medical Journal, 1997; 314:1194
- <sup>7</sup> Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHQ, Geneva.1986.
- <sup>8</sup> The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion 21st Century. HPR/HEP/41 CHP/BR/97.4. WHO, Geneva. 1997.
- <sup>9</sup> Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, nº 6. 1999.
- <sup>10</sup> Ljubljana Charter on Reforming health Care in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CON1. Rev.1)
- <sup>11</sup> Gutiérrez JJ, Anza I, Castillo P, et al. Educación para la Salud en Atención Primaria. Actas III Congreso de Atención Primaria de Salud, 1994, 3-5 octubre; Jumilla, Murcia, 1994.
- <sup>12</sup> Miranda P, Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Educación para la Salud en la Escuela. En: Navarro C, Cavases JM, Tormo MJ. La Salud y el Sistema Sanitario en España, Informe SESPAS 1995. Barcelona, SG Editores, 1995, 137-146.

## 21. EJERCICIO FÍSICO.

Dra. María José Tormo Díaz<sup>1</sup>;

Dra. M<sup>a</sup> Luisa Usera Clavera<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia

<sup>2</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

## 21.1 EJERCICIO FÍSICO EN POBLACIÓN ADULTA

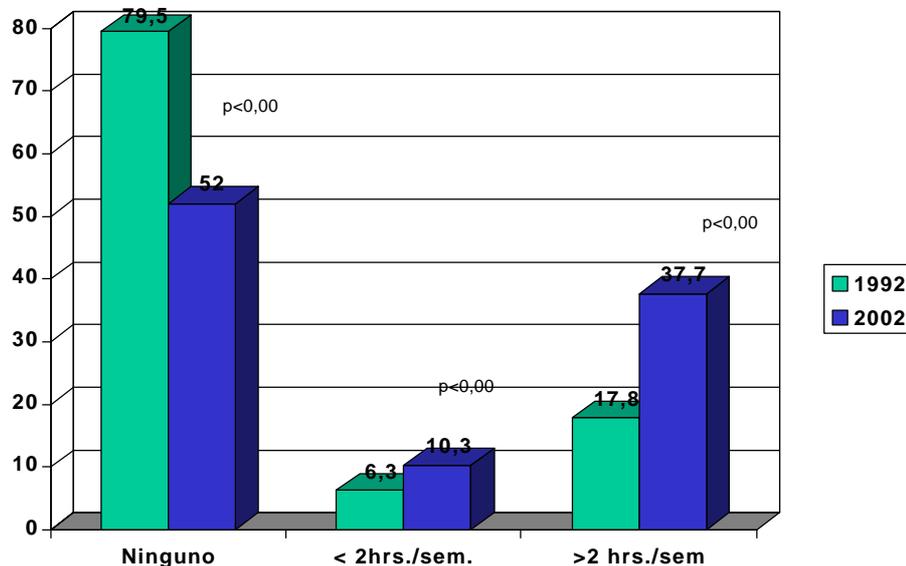
Las personas que realizan actividad física de forma regular tienen menor mortalidad que las personas sedentarias, especialmente en el caso de las enfermedades cardiovasculares. Además, la realización de actividad física de manera habitual conlleva importantes beneficios para la salud a nivel cardiovascular, metabólico, osteomuscular y mental. Determinados niveles de actividad física se han asociado con una disminución de incidencia y mortalidad por enfermedad coronaria, independientemente de otros factores de riesgo<sup>1</sup>. Se ha sugerido que la actividad física que protege frente al riesgo coronario es la realizada de forma aeróbica, periódica e intensa durante el tiempo libre, implicando movimientos de músculos largos y produciendo un cierto nivel de cansancio físico<sup>2</sup>. Además, el predictor mejor de riesgo parece ser una combinación de frecuencia y duración de la actividad física. Mientras que este tipo de actividad puede reducir el riesgo de un accidente coronario en general se admite que cualquier aumento de actividad física por encima del habitual producirá beneficios. Este es el tipo de recomendación que se hace a la gente con problemas de salud o de edad avanzada. Más recientemente, se ha observado una disminución del riesgo de la incidencia de accidentes cardiovasculares en mujeres postmenopausicas tanto entre las que más andaban como entre las que realizaban un tipo de deporte más intenso<sup>3</sup>.

En la Región de Murcia desde 1992 contamos con cifras sobre la actividad física<sup>4,5</sup>. Dado que se realizó en una encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular la información que se tiene disponible es la referente a la realización, en promedio, de al menos dos horas/semana de actividad física deportiva, es decir, de una cierta intensidad ( $\geq 6$  Equivalentes Metabólicos de Actividad Física o MET) durante las dos semanas anteriores a la entrevista. Posteriormente se han difundido unas recomendaciones que indican el beneficio de utilizar al menos 30 minutos/día, la mayor parte de los días de la semana, en actividades físicas con un cierto gasto energético<sup>2</sup>.

La evolución en la prevalencia (%) de actividad física en la Region de Murcia se presenta en la gráfica 21.1 comparando los datos obtenidos en 1992 con los datos provisionales del Programa

DINO<sup>1</sup> recogidos hasta julio de 2002. La gráfica 21.2 muestra la evolución de la actividad física intensa por sexos a lo largo del periodo.

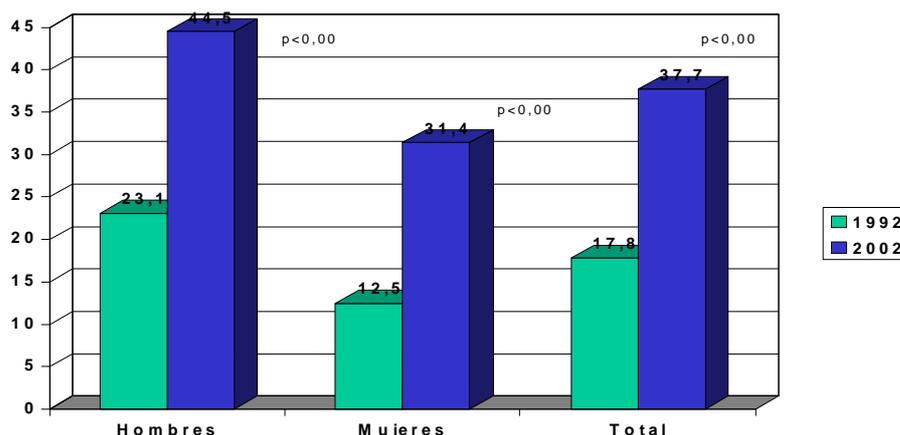
Gráfica 21.1 Evolución de la prevalencia (%) de actividad física entre 1992-2002<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

Gráfica 21.2 Evolución de la prevalencia (%) de actividad física vigorosa (Tasa Equivalente Metabólico $\geq$ 6) al menos 2 horas/semana entre 1992-2002<sup>a</sup> por sexos.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

<sup>1</sup> El Programa DINO (FIS exp. 01/0711) cuenta como investigadores a: MJ Tormo (IP), C Navarro, R Marco, JM Egea, D Pérez- Flores, J Ortolá , L González-Sicilia, FJ Tebar, M Sánchez-Pinilla, M Flores y J Cava.

La prevalencia de actividad física parece haberse duplicado en esta década sobre todo a expensas de una disminución en las personas que no hacían ningún tipo de actividad y el aumento en las que hacen al menos dos horas semanales de actividad física intensa. Las diferencias son significativas y aproximadamente de la misma magnitud por sexos. Globalmente, una de cada dos personas no realizarían ningún tipo de actividad física y una de cada tres realizaría al menos dos horas semanales de actividad física intensa.

La tabla 21.1 presenta la frecuencia con la que se realizan algunas actividades no deportivas incluyendo dormir, ver la TV, caminar y hacer tareas del hogar. Globalmente, este grupo de población duerme alrededor de 7 horas y media al día, dedica dos a ver la TV y camina 1. Los hombres realizan en promedio casi tres horas/semana de ejercicio físico y las mujeres 2. La principal diferencia ocurre en el trabajo doméstico al que las mujeres dedican cinco veces más que los hombres. El número de horas viendo TV se ha visto que es un mejor predictor de obesidad que otros más sofisticados<sup>6</sup>.

Tabla 21.1 Media (DE) del número de horas gastadas realizando diferentes actividades físicas según sexo de acuerdo con los datos provisionales del Programa DINO, 2002.

	Hombres	Mujeres	Total
Caminar (hrs./sem.)	7,3 (6,9)	6,3 (5,5)	6,8 (6,2)
Deporte (hrs./sem.)	2,5 (3,7)	1,4 (2,4)	1,9 (3,1)
Trabajo en casa (hrs./sem.)	4,7 (6,6)	25,3 (18,3)	15,6 (17,4)
Horas TV (hrs./día)	2,1 (1,4)	2,4 (2,0)	2,3 (1,8)
Horas sueño (hrs./día)	7,3 (1,3)	7,2 (1,4)	7,3 (1,4)

Fuente: Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

## 21.2 EJERCICIO FÍSICO EN ESCOLARES

La información extraída del estudio PROCRES-JOVEN para población escolar se muestran en las tablas 21.2-21.4. Se mantiene en los tres estudios el porcentaje de escolares que no practica ninguna actividad física fuera del horario escolar, como correr, montar en bicicleta, etc. En el curso

escolar 01/02 un 41,9% manifiesta correr o montar en bicicleta (u otras similares) todos los días. Se observa (tabla 21.2) un discreto incremento a través de los años.

Tabla 21.2 Frecuencia (%) de práctica de actividad deportiva.

	Curso 93/94	Curso 97/98	Curso 01/02
Todos los días	39,4	40,8	41,9
Cada semana	20,1	23,1	20,3
Alguna vez	35,8	33	34,2
Nunca	2,6	2,5	2,9
Ns/Nc	2	0,5	0,7

FUENTE: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Programa PROCRES-JOVEN

La percepción sobre el estado de forma es buena o muy buena en el 67,15% de los encuestados en el último estudio. Estas cifras han experimentado un ligero aumento con respecto al estudio de curso 93/94. Se mantiene estable la percepción del estado de forma “mala” (tabla 21.3).

Tabla 21.3 Frecuencia (%) de percepción del estado de forma.

	Curso 93/94	Curso 97/98	Curso 01/02
Muy buena	17,1	21,2	19,1
Buena	47,4	40,2	47,0
Moderada	31,2	25,8	28,4
Mala	3,5	2,9	3,6
Ns/Nc	0,8	0,8	1,0

Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Programa PROCRES-JOVEN

Se aprecia un aumento en el porcentaje de jóvenes que ven la televisión más de 4 horas al día (tabla 21.4). Las horas que los jóvenes ven televisión parecen demasiadas sin que se observe una tendencia clara, en los estudios realizados.

Tabla 21.4. Uso del tiempo libre. Horas de televisión (%)

	Curso 93/94	Curso 97/98	Curso 01/02
Más de 4 horas	6,5	5,4	8,2
De 3 a 4 horas	10,1	8,2	9,3
De 2 a 3 horas	22,4	20,0	21,0
De 1 a 2 horas	29,5	31,2	30,5
De ½ a 1 hora	20,1	24,3	20,3
Menos de ½	9,0	8,3	8,1
Ninguna	1,7	1,6	1,7
Ns/Nc	0,8	0,9	0,6

Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Programa PROCRES-JOVEN

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Lakka TA, Venalainen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1994; 330(22):1549-1554.

<sup>2</sup> Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-7.

<sup>3</sup> Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-7.

<sup>4</sup> Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D y Moreno-Sueskun I. Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular en la Región de Murcia, 1.992. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Serie Informes nº 20, 1.995.

<sup>5</sup> Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Pérez-Flores D, Navarro C. Actividad física deportiva en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia. *Gac sanit* 2002 (aceptado)

<sup>6</sup> Vioque J, Torres A, Quiles J. Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain.[In Process Citation]. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24(12):1683-1688.

## **22.- DIETA**

María Dolores Chirlaque<sup>1</sup>

María José Tormo<sup>1</sup>

María Luisa Usera<sup>2</sup>

Carmen Navarro<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública

<sup>2</sup> Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública

La evaluación del estado nutricional de una comunidad es un elemento esencial a la hora de diseñar una política sanitaria nutricional para lo que contamos, en la Región de Murcia, con diferentes fuentes de datos procedentes del EPIC (estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud) (1), datos preliminares de la Encuesta de Prevalencia de Diabetes en la Región de Murcia y de las Encuestas periódicas realizadas a escolares de la Región en las que se ha realizado un análisis evolutivo de las conductas relacionadas con la salud, destacando entre ellas la dieta de los adolescentes.

Los datos obtenidos a través del proyecto (2), EPIC(2) ofrecen una información válida sobre el consumo de alimentos y nutrientes y permite valorar el estado nutricional de 8.523 murcianos de las seis áreas de salud que forman la cohorte de estudio. Aunque no se trata de una muestra aleatoria de la población, sí se puede tomar como un acercamiento a la situación nutricional de la población adulta de la Región y ayudar a detectar aspectos susceptibles de mejora con el fin de promover estilos de vida más saludables.

En el análisis del consumo por grupos de alimentos según áreas sanitarias se observa un patrón homogéneo representando las frutas y verduras seguido de los cereales los grupos de mayor consumo (tabla 22.1.). En el Noroeste se ingiere mayor cantidad de frutas y verduras conjuntamente que en el resto de las áreas, siendo las de menor consumo Cartagena y el Altiplano, apreciándose un consumo medio global en la cohorte EPIC-Murcia de 673gr/día, superior a la media de la cohorte EPIC-España (604gr/día) (3) y más parecido al observado en la Región de Murcia por Violan y colaboradores (643gr/día) (4). Los lácteos y los quesos se consumen en menor cantidad en el Noroeste y la Vega del Segura, mientras que los cereales lo serían en las áreas de Murcia, Cartagena y Altiplano. No se observan grandes diferencias en el porcentaje de calorías totales proporcionadas por cada grupo de alimentos por áreas sanitarias.

Tabla 22.1. Descripción de los diferentes grupos de alimentos consumidos (gr) por la cohorte EPIC-Murcia ajustada por grupos de edad y sexo según áreas sanitarias y total de la Región de Murcia.

	<i>Murcia</i>	<i>Cartagena</i>	<i>Lorca</i>	<i>Noroeste</i>	<i>Altiplano</i>	<i>Vega del Segura</i>	<i>Total Región de Murcia</i>
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
<b>Tubérculos</b>	<b>90,7 (50,6)</b>	<b>96,7 (53,9)</b>	<b>90,6 (42,5)</b>	<b>83,8 (43,5)</b>	<b>83,0 (45,8)</b>	<b>90,1 (46,6)</b>	<b>90,7 (49,3)</b>
<b>Verduras</b>	<b>298,5 (157,6)</b>	<b>278,0 (161,1)</b>	<b>283,3 (146,8)</b>	<b>254,8 (146,6)</b>	<b>263,7 (112,1)</b>	<b>291,5 (157,6)</b>	<b>289,9 (155,7)</b>
<b>Legumbres</b>	<b>49,3 (29,9)</b>	<b>49,1 (32,0)</b>	<b>47,6 (27,8)</b>	<b>49,9 (28,7)</b>	<b>48,1 (27,3)</b>	<b>51,5 (29,6)</b>	<b>49,6 (29,8)</b>
<b>Frutas</b>	<b>381,1 (234,2)</b>	<b>367,0 (232,5)</b>	<b>383,5 (214,2)</b>	<b>443,3 (238,1)</b>	<b>383,1 (199,1)</b>	<b>375,2 (215,7)</b>	<b>381,5 (228,4)</b>
<b>Lácteos</b>	<b>222,4 (161,5)</b>	<b>229,8 (191,9)</b>	<b>234,2 (163,4)</b>	<b>202,7 (130,8)</b>	<b>249,8 (158,6)</b>	<b>218,3 (160,4)</b>	<b>223,5 (164,3)</b>
<b>Quesos</b>	<b>48,7 (45,3)</b>	<b>51,7 (47,6)</b>	<b>53,2 (50,1)</b>	<b>42,0 (40,4)</b>	<b>36,6 (37,0)</b>	<b>41,7 (42,5)</b>	<b>47,3 (45,1)</b>
<b>Carnes</b>	<b>115,1 (59,2)</b>	<b>113,7 (56,8)</b>	<b>112,4 (61,3)</b>	<b>121,5 (62,6)</b>	<b>118,1 (56,9)</b>	<b>112,6 (58,3)</b>	<b>114,7 (59,0)</b>
<b>Pescado</b>	<b>54,0 (36,9)</b>	<b>58,3 (45,4)</b>	<b>50,4 (33,4)</b>	<b>54,3 (34,4)</b>	<b>59,0 (33,7)</b>	<b>52,4 (34,9)</b>	<b>54,1 (37,2)</b>
<b>Huevos</b>	<b>18,7 (14,3)</b>	<b>20,5 (14,9)</b>	<b>18,6 (14,4)</b>	<b>17,7 (13,3)</b>	<b>16,5 (12,1)</b>	<b>19,2 (13,9)</b>	<b>18,9 (14,2)</b>
<b>Cereales</b>	<b>226,2 (96,4)</b>	<b>227,4 (102,1)</b>	<b>242,9 (98,8)</b>	<b>239,2 (94,8)</b>	<b>233,6 (94,6)</b>	<b>239,5 (105,4)</b>	<b>231,2 (99,2)</b>
<b>Aceites y grasas</b>	<b>25,4 (11,1)</b>	<b>26,2 (11,9)</b>	<b>25,2 (11,6)</b>	<b>22,2 (9,2)</b>	<b>23,8 (10,5)</b>	<b>23,5 (9,9)</b>	<b>24,9 (11,0)</b>
<b>Repostería</b>	<b>69,1 (61,7)</b>	<b>65,2 (64,9)</b>	<b>74,9 (64,4)</b>	<b>69,7 (61,4)</b>	<b>74,9 (54,6)</b>	<b>69,6 (59,5)</b>	<b>69,4 (61,7)</b>
<b>Bebidas no alcohólicas</b>	<b>185,2 (164,4)</b>	<b>207,5 (188,8)</b>	<b>172,8 (167,6)</b>	<b>127,9 (128,6)</b>	<b>159,0 (152,5)</b>	<b>171,1 (175,4)</b>	<b>180,4 (169,0)</b>
<b>Bebidas alcohólicas</b>	<b>134,6 (210,6)</b>	<b>157,9 (258,2)</b>	<b>110,2 (177,3)</b>	<b>167,1 (244,7)</b>	<b>162,9 (274,7)</b>	<b>178,3 (279,6)</b>	<b>146,8 (234,6)</b>

n = 8.523; DE = desviación estándar; P = percentil.  
Consumo persona/día.

Fuente: Proyecto EPIC. Servicio de Epidemiología.

Comparando los objetivos nutricionales de la OMS para la región europea (5) y los propuestos por la Sociedad Española de Nutrición comunitaria (6) con los datos procedentes de la cohorte EPIC-Murcia, se observa que el consumo medio de lípidos totales está en el límite superior en los hombres y ligeramente por encima de las recomendaciones en las mujeres (tabla 22.2.); Murcia, Cartagena y Lorca son las áreas con una proporción más alta, pero ninguna por encima del 36%. Las grasas saturadas representan el 10-13% de las calorías totales, cifra superior a los objetivos nutricionales de no sobrepasar el 10%. Como consecuencia, tanto la razón de AGP/AGS como de AGM/AGS se encuentran por debajo de las recomendaciones. La proporción de calorías que proceden de las proteínas está ligeramente elevada, mientras que la procedente de los hidratos de carbono se encuentra por debajo de las recomendaciones.

Tabla 22.2. Comparación de la dieta de la cohorte EPIC-Murcia con los objetivos nutricionales para Europa (OMS-EURO) y España (SENC).

	Cohorte EPIC-Murcia		Objetivos nutricionales	
	Hombres	Mujeres	Europa (OMS-EURO) <sup>a</sup>	España (SENC) <sup>b</sup>
Índice masa corporal	28,4	28,4	20-25	20-25
Grasa total (% energía)	34,1	36,4	20-30	< 35 <sup>c</sup> < 30 <sup>d</sup>
Grasas saturadas (% energía)	12,1	13,4	10	< 10
AGP (% energía)	5,6	6,0		< 10
AGP/AGS	0,5	0,5	1	
M+P/S	1,8	1,7		> 2,0
Colesterol (mg/1.000 kcal)	146	159	<100	< 100
Hidratos de carbono (% energía)				
Azúcares simples			10	< 10
HC complejos			↑ 45-55	> 50
Total	41,8	43,5		
Alcohol (% energía)	6,5	1,8	Limitar	Moderar ≤ 1-2 vasos vino/día
Fibra (g/día)	34,0	27,1	30	> 25
Proteínas (% energía)	17,3	18,3	12-15	13

<sup>a</sup> De OMS-EURO, 1987. Tomado de Serra LI, et al(5).

<sup>b</sup> Propuesta de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Fuente: Aranceta J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. Propuesta de la SENC para la población española(6).

<sup>c</sup> En caso de utilizar habitualmente aceite de oliva.

<sup>d</sup> En caso de no utilizar habitualmente aceite de oliva.

Fuente: Proyecto EPIC. Servicio de Epidemiología.

Se está realizando actualmente un Estudio de Prevalencia de Diabetes en la Región de Murcia, el Proyecto DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad). En este momento se cuenta con los resultados de las áreas de Murcia y Yecla con aproximadamente el 50% de la muestra final entrevistada. Por tanto los resultados que aquí se presentan son provisionales y parciales pero dadas las escasas diferencias dietéticas y nutricionales encontradas por áreas sanitarias en el estudio EPIC se espera que lo aquí adelantado sea un buen reflejo del conjunto regional.

En el cuestionario se recoge información sobre la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, tomados a través de una corta entrevista telefónica, resultando de utilidad para establecer comparaciones con las recomendaciones de la Pirámide de Alimentos de la Dieta Mediterránea (7). Esta pirámide (figura 22.1.) se refiere al patrón dietético observado, en los años 60, en diferentes áreas del mediterráneo y que ha mostrado en estudios de cohorte estar asociado a una mayor longevidad y a un menor riesgo cardiovascular.

Figura 22.1. Dieta Mediterránea tradicional óptima



La Pirámide recomienda realizar un mayor consumo de alimentos como los cereales (pan, pasta, arroz, patatas y otros cereales), frutas como postre típico diario y abundantes verduras. En el

proyecto DINO se observa que consumen al menos diariamente estos 3 grupos de alimentos, el 93,1%, el 78,9% y el 74,1% respectivamente, aunque con una frecuencia mayor sólo consumen cereales un 65,5% de las personas, frutas un 53,6% y verduras un 29,8%, detectándose la necesidad de recomendar el aumento de la frecuencia de consumo de cereales, frutas y, más acentuadamente, de verduras. Tan sólo un 10% de la población consume diariamente legumbres y frutos secos, importante fuente vegetal de proteínas.

En la Pirámide los productos lácteos son consumidos diariamente en baja o moderada cantidad (en los entrevistados se observa que es consumido diariamente por el 30% de los sujetos y con una frecuencia mayor que diaria por el 60%) y el aceite de oliva se configura como la principal fuente de grasas de adición (el 30% lo consume diariamente y el 54% lo consume 2-3 veces al día).

La Pirámide recomienda el consumo de pescado, carne de pollo, huevos y dulces con una frecuencia de algunas veces a la semana; según datos preliminares de la encuesta poblacional de diabetes entre el 84 y el 89% de los sujetos consume pescado, pollo o huevos con una frecuencia de 1-4 veces por semana. Sin embargo, consumen dulces más de 1-4 veces por semana el 23% de la población.

Las carnes rojas son representadas en la Pirámide con un patrón de consumo de pocas veces al mes, o algo más frecuente en pequeñas cantidades. Consumos de 1-3 veces al mes lo realizan tan sólo el 9% de los sujetos, semanal o más frecuentemente el 75% y al menos diariamente el 16%, observándose un patrón de exceso de frecuencia de consumo de carnes rojas.

Se ha realizado un análisis evolutivo de las conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia, siendo objeto de este capítulo las relacionadas con la dieta de los adolescentes.

El Programa PROCRES-JOVEN realiza desde el CURSO ESCOLAR 1993/1994 una encuesta periódica (8-10), de base poblacional sobre diversos aspectos del estilo de vida de los adolescentes de la Región de Murcia, incluyendo información específica sobre alimentación con el

objetivo de obtener una aproximación global al tipo de dieta de los adolescentes, preguntando sobre frecuencia de consumo por grupos de alimentos y distribución de las comidas a lo largo del día en escolares de 6º de Educación Primaria, 2º de ESO y 4º de ESO (11,5, 13,5 y 15,5 años respectivamente).

En el análisis evolutivo de la frecuencia con que desayunan los escolares se constata que casi la quinta parte de los adolescentes no sigue las recomendaciones para estas edades de desayunar diariamente, incrementándose este porcentaje a lo largo del periodo analizado del 17,5% al 19,5% (Tabla 22.4).

Tabla 22.4. Frecuencia de desayuno y frecuencia de consumo de alimentos en adolescentes a lo largo del periodo 1993-2002.

Frecuencia de desayuno	1993/1994	1997/1998	2001/2002
Todos los días	82,5	81,4	80,5
Casi todos los días	7,8	8,5	8,9
Alguna vez	3,5	3,5	3,6
Casi nunca	2,3	3,2	3,0
Nunca	2,8	2,3	3,0
NS/NC	1,1	1,0	1,1
Frecuencia de consumo de alimentos			
Hamburguesas o perritos			
Mas de una vez al día	0,9	3,6	3,2
Una vez al día	6,8	6,7	7,6
Todas las semanas	28,1	29,0	30,2
Casi nunca	47,5	49,4	48,3
Nunca	11,0	9,8	8,7
NS/NC	5,6	1,5	2,0
Verduras y hortalizas			
Mas de una vez al día	8,9	5,6	6,3
Una vez al día	20,1	17,5	18,8
Todas las semanas	35,5	42,9	40,0
Casi nunca	22,4	22,7	21,5
Nunca	8,6	9,5	11,9
NS/NC	4,1	1,8	1,5
Fruta			
Mas de una vez al día	46,9	44,9	35,5
Una vez al día	24,9	31,8	35,0
Todas las semanas	13,3	11,2	14,1
Casi nunca	8,3	9,8	12,5
Nunca	1,8	1,8	2,1
NS/NC	4,9	0,6	0,7

Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Programa PROCRES-JOVEN.

El consumo de alimentos con alto contenido en grasas de origen animal es elevado, consumiendo más de la mitad de los adolescentes embutidos a diario y una cuarta parte carne de cerdo o ternera. La frecuencia de consumo diario a más de una vez al día de hamburguesas o perritos, siendo elevado en el periodo 1993-94 con un 7,7% de adolescentes, ha experimentado un incremento situándose por encima del 10% en el periodo 2001-02.

Uno de cada cuatro adolescentes no presenta consumo al menos diario de frutas, y tan solo uno de cada cuatro consume al menos diariamente verduras y hortalizas, observándose en las categorías de mayor frecuencia de consumo (diario o más de una vez al día) una tendencia a la disminución del consumo en verduras y hortalizas, que cambia del 29% en el periodo 1993-94 al 25,1% en el 2001-02. Esta tendencia a la disminución se observa más marcadamente en el consumo más de una vez al día de frutas, disminuyendo del 46,9% en 1994/94 al 35,5% en el 2001/02.

De la comparación de los diferentes datos disponibles sobre consumo de alimentos en población de la Región de Murcia se desprende que existen diferencias importantes en las frecuencias de consumo entre adolescentes y adultos, desviándose del patrón de consumo recomendado en ambos grupos, aunque en mayor medida en los adolescentes. Durante el periodo 2001-2 presentan un consumo de frutas de más de una vez al día el 35,5% de los adolescentes siendo este porcentaje en la encuesta de diabetes (individuos de 20 años o más) del 53,6%. La diferencia observada es mucho mayor cuando comparamos la frecuencia de consumo de verduras, siendo el consumo de más de una vez al día en los adolescentes del 6,3% y en el DINO del 29,81%. Destacar que el 10,8% de los adolescentes comen diariamente hamburguesas y perritos mientras que el 16% de los adultos consumen carnes rojas a diario, hallándose en ambos grupos extremadamente desviado del patrón de dieta Mediterránea con consumos de algunas veces al mes o con mayor frecuencia en pequeñas cantidades.

Las recomendaciones globales para promover estilos de alimentación más saludables, teniendo en cuenta los patrones dietéticos observados en los murcianos, van en el sentido de fomentar los factores positivos, como mantener y potenciar el consumo de frutas y verduras, tanto en frecuencia de consumo como en cantidad diaria consumida, reforzar la diversidad de la dieta y

continuar consumiendo aceite de oliva; y disminuir los factores negativos que consistirían en reducir el consumo de carnes rojas, embutidos, quesos y otros lácteos enteros, fuentes importantes de grasas saturadas y proteínas, sustituyéndolos por legumbres, pastas y cereales ricos en hidratos de carbono complejos, proteínas y grasas poliinsaturadas.

Tabla 22.3. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos\*.

Grupo de alimentos	Frecuencia de consumo					
	<1 vez / semana	1 vez / semana	2-4 veces / semana	5-6 veces / semana	1 vez / día	≥2 veces / día
Pan, pasta, arroz, otros cereales, patatas	0,3	0,5	3,1	3,0	27,6	65,6
Frutas	3,0	3,0	11,4	3,7	25,3	53,6
Alubias, legumbres y otros frutos secos	4,2	21,2	0,0	0,0	0,0	0,9
Verduras	1,4	2,3	13,4	8,7	44,3	29,8
Aceite de oliva	0,8	0,4	0,6	1,7	28,1	68,4
Leche, quesos y yogurt	0,6	1,2	4,9	3,3	29,8	60,2
Pescado	9,0	27,1	59,8	3,1	1,0	0,0
Carne de pollo	5,9	24,8	64,6	3,5	1,2	0,0
Huevos	11,3	25,5	58,0	3,3	1,7	0,1
Dulces	33,3	20,3	18,5	5,3	18,6	4,1
Carnes rojas	9,0	18,5	42,6	14,1	13,9	1,9

\*Datos provisionales.

Fuente: Proyecto DINO. Servicio de Epidemiología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Riboli E, Kaaks R. The EPIC Project: rationale and study design. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Epidemiol* 1997; 26 Suppl 1:S6-14:S6-14.
- (2) Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC-Murcia. 1999. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes 27.
- (3) Agudo A, Amiano P, Barcos A, Barricarte A, Beguiristain JM, Chirlaque MD et al. Dietary intake of vegetables and fruits among adults in five regions of Spain. EPIC Group of Spain. *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Eur J Clin Nutr* 1999; 53(3):174-180.
- (4) Violan C, Stevens L, Molina F. Encuesta de alimentación en la población adulta de la Región de Murcia 1990. 1991. Murcia, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
- (5) Serra LI, Aranceta J, Mataix J. Guías alimentarias para la población española. Documento de consenso. 1995. Barcelona, SG Editores.
- (6) Aranceta J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. Propuesta de la SENC para la población española. In: Serra-Majem L, Aranceta J, Mataix J, editors. Guías alimentarias para la población española. Documento de consenso. Barcelona: SG Editores, 1995: 127-152.
- (7) Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl):1402S-1406S.
- (8) Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1993/94. 1997. Murcia, Consejería de Sanidad y Política Social.

- (9) Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1997/98. 1999. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo.
- (10) Gutiérrez JJ, Usera ML, Ordoñana JR, Pérez Riquelme F. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 2001-2002. 2002. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo (En prensa).

## 23. TABACO

Dra. MJ Tormo Díaz y JF Correa<sup>1</sup>

JJ Gutiérrez y M Usera<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

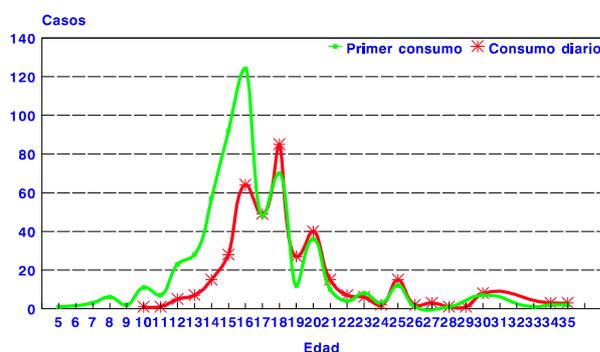
<sup>2</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud; Dirección General de Salud; Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

## 23.1 CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN ADULTA

Los efectos adversos de la tabaco sobre la salud están bien documentados. Las tasas de mortalidad son mayores para fumadores que no fumadores debido principalmente al aumento del riesgo de morir por cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva crónica, enfisema y enfermedades cardiovasculares. Estudios sobre los posibles beneficios del cese del hábito de fumar indican que las personas que abandonan el consumo de tabaco reducen, en los cinco años siguientes, entre un 50-70% su riesgo de infarto agudo de miocardio. Reducciones similares se pueden observar para diferentes localizaciones del cáncer en especial el pulmón.

La edad media de inicio al consumo en la población de 15-65 años se puede ver en la gráfica 23.1 a partir de los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en la Región de Murcia<sup>1</sup>. El inicio al consumo para esta población adulta se realizó más frecuentemente sobre los 16 años y el consumo se volvió diario sobre los 18.

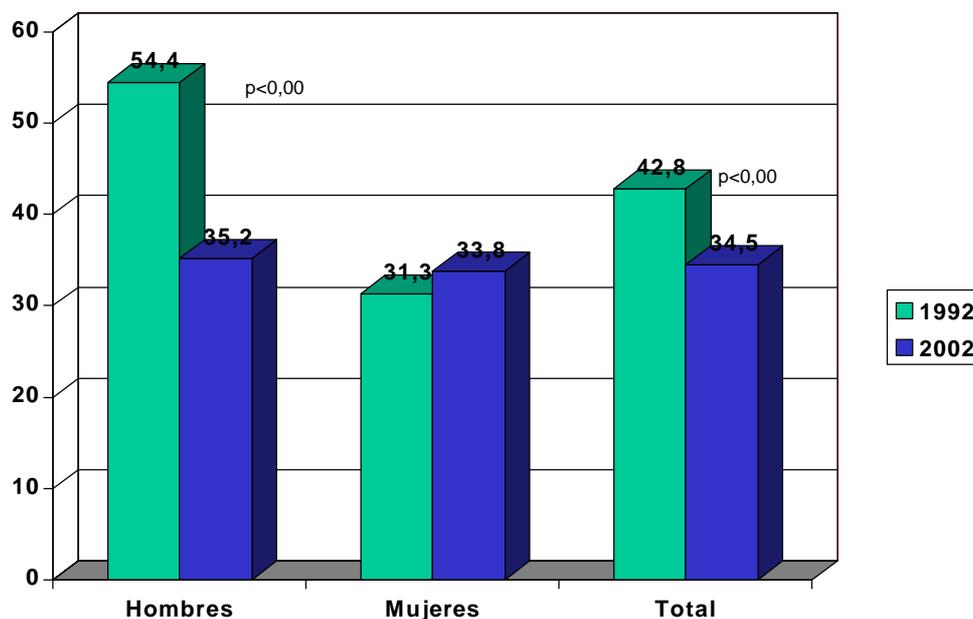
**Gráfica 23.1 Edad de inicio en el consumo de Tabaco en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1999. según sea la primera vez o el consumo diario.**



Fuente : Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.  
Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1999

La gráfica 23.2 presenta la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco, considerando fumador actual a aquella persona que fume en el momento de la entrevista al menos 1 cig./día, entre 1992 y 2002 a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 1992<sup>2</sup> y los datos *preliminares* del Programa DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad). Los datos se refieren a población adulta de 18 a 65 años.

Gráfica 23.2. Evolución de la prevalencia (%) de consumo de tabaco (fumador  $\geq$  1 cig./día ) entre 1992-2002 <sup>a</sup>.



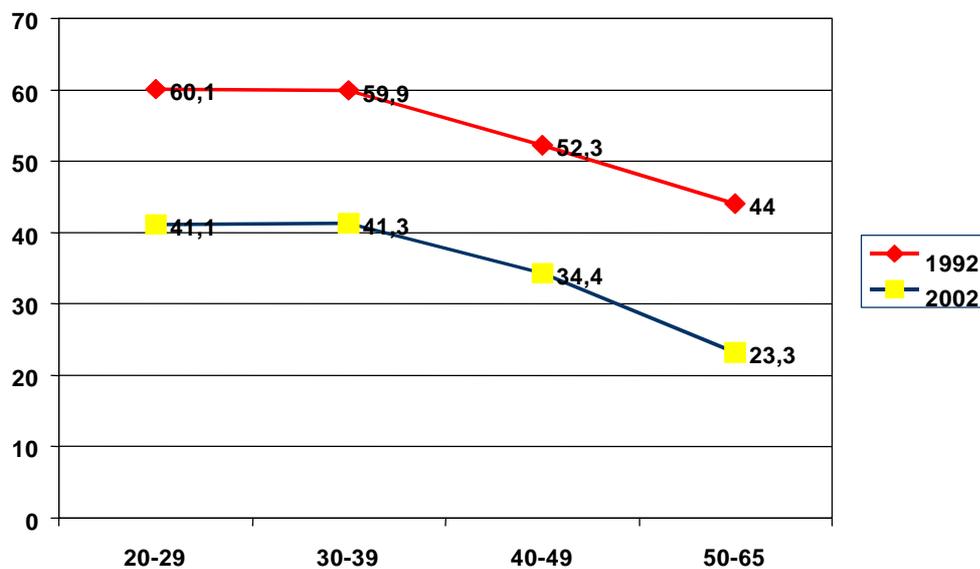
<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular en la Región de Murcia (1992) y Programa DINO (2002). Servicio de Epidemiología

La prevalencia de consumo de tabaco ha descendido en hombres, se mantiene en mujeres y, globalmente, desciende. El elevado descenso observado en hombres se realiza sobre todo a expensas del crecimiento del grupo de no fumadores y, en mucho menor grado, del de exfumadores (datos no mostrados).

Las gráficas 23.3 y 23.4 muestran la evolución de la prevalencia en esta década por grupos de edad para hombres y mujeres separadamente. En los hombres los principales descensos en la prevalencia se producen en los grupos de edad más jóvenes. En las mujeres en cambio hay un descenso en el grupo de edad más joven mientras aumenta en los demás grupos de edad. Excepto para el grupo de edad más avanzado, en el que hay un mayor consumo en hombres, y en el más joven, con un mayor consumo de las mujeres, las tasas de prevalencia de consumo de tabaco se están equiparando entre hombres y mujeres.

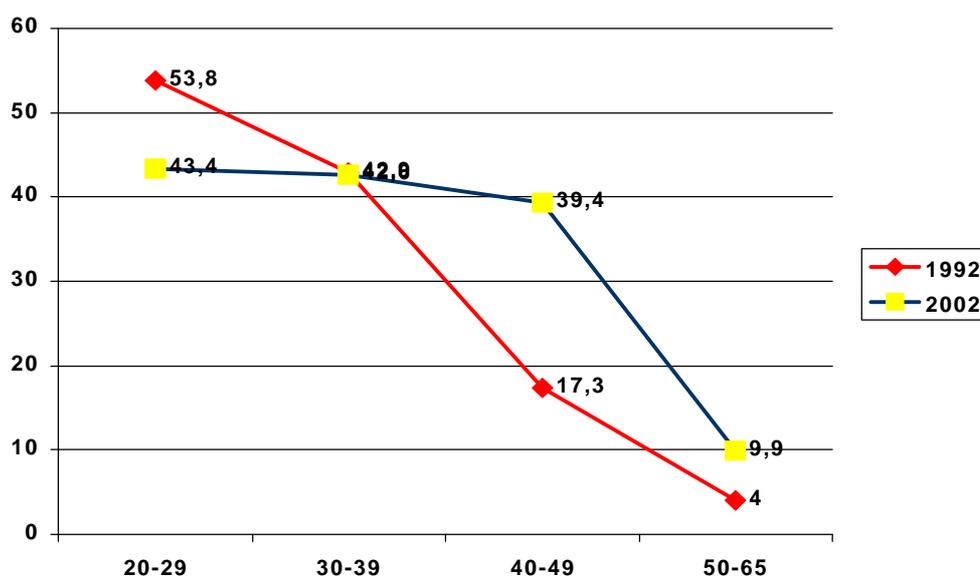
Gráfica 23.3. Evolución de la prevalencia (%) de consumo de tabaco (fumador:  $\geq 1$  cig./día) según grupos de edad entre 1992-2002<sup>a</sup>. Hombres.



<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

Gráfica 23.4 Evolución de la prevalencia (%) de consumo de tabaco (fumador:  $\geq 1$  cig./día) según grupos de edad entre 1992-2002<sup>a</sup>. Mujeres.



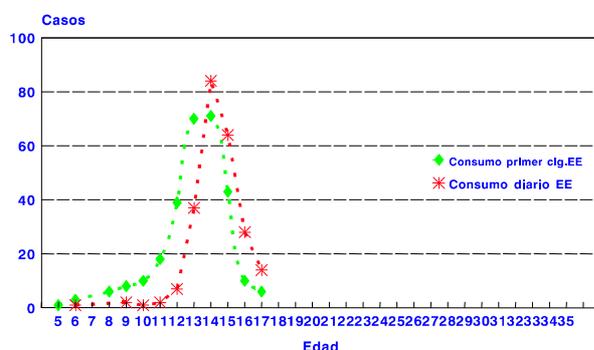
<sup>a</sup> Datos provisionales para el 2002.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (1992) y Programa DINO (2002), Servicio de Epidemiología

## 23.2.- CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

La Encuesta sobre Drogas en Población Escolar<sup>3</sup> se realiza sobre una muestra representativa de estudiantes de enseñanzas medias (3º BUP, COU, Bachillerato LOGSE, 2º ciclo de ESO, FPI, FPIL, ciclos formativos de grado medio y módulos profesionales) de la Región (edades 14-18 años). En el año 2000 la edad del inicio al consumo del primer cigarrillo fue de 13 años mientras que la edad de comienzo del consumo diario fue a los 14 (gráfica 23.5).

**Gráfica 23.3 Edad de inicio en el consumo de Tabaco en población de 14-18 años en la Región de Murcia 2000. según sea el consumo del primer cigarrillo o consumo diario.**



Fuente : Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.  
Encuesta escolar sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 2000

Información sobre la evolución del consumo de tabaco (1993-2002) en la población escolar comprendida entre 6º de primaria y 4º de ESO (entre 11- 16 años, aproximadamente) se tiene a partir del estudio PROCRES que se centra en determinar dos cuestiones: frecuencia del contacto inicial con el tabaco y patrón de consumo actual de la población escolar. Asimismo, aporta una información básica sobre el medio de consecución de esta droga, sirviendo como elemento de valoración del grado de aplicación de la normativa relativa a venta y consumo de tabaco en la Región. Los datos que siguen se refieren al curso escolar 2001/2002. <sup>4</sup>

El porcentaje de jóvenes que ha tenido contacto directo con el tabaco alguna vez en su vida es elevado. Un 26,2%, frente al 32,1% del estudio anterior (curso 1997-1998)<sup>5</sup> dice haber fumado un cigarrillo, puro o pipa en alguna ocasión.

En el momento de administración del cuestionario, el 47,5% de los escolares que habían probado el tabaco alguna vez, fumaba, lo que supone un 12,4% del total de la muestra. De todos los

encuestados, los que fumaban habitualmente<sup>1</sup> eran un 9%. Estos porcentajes han disminuido con respecto a la encuesta anterior dónde, aproximadamente, el 16% de la muestra, fumaba y de estos 13% del total fumaba habitualmente.

La mayor parte de los fumadores habituales (54,6%) lleva más de un año consumiendo tabaco. En el estudio anterior este porcentaje era mayor (67,5%).

Del 26,2% de jóvenes que han consumido tabaco alguna vez, un 8% pertenece al grupo de 6º de primaria, el 33,7% al grupo de 2º de ESO y el 58,3% al grupo de 4º de ESO. El hábito de los que han probado el tabaco se perpetúa en el 47,5% de ellos, lo que le convierte en una experiencia en extremo peligrosa.

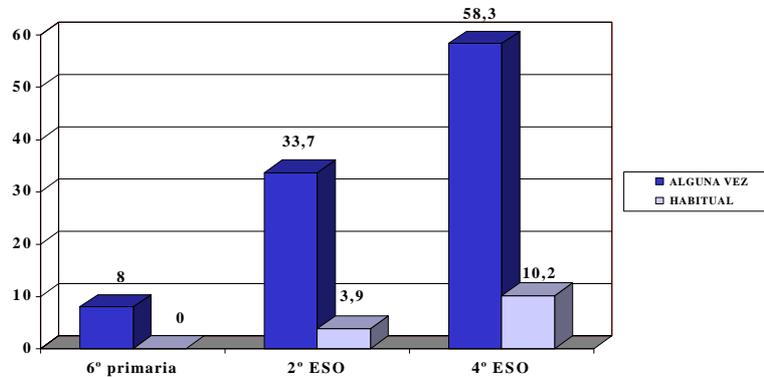
Sorprende que un 21,5% de los que han fumado alguna vez, obtengan el tabaco porque se lo dan sus padres, familiares u otros adultos. Por tanto, los primeros contactos con el tabaco parecen producirse, con una frecuencia alta, en presencia familiar. Pero, mayoritariamente, los jóvenes consiguen el tabaco a través de sus amigos en todos los tramos de edad. En total un 63%, siendo un 30% en 6º de primaria, un 64,3% en 2º de ESO y un 66,9% en 4º de ESO. Lo que resulta en extremo preocupante es que a pesar de la normativa en la cual se prohíbe expresamente la venta de tabaco a menores de 18 años, el 37,5% de los alumnos consigue el tabaco en un estanco y el 43,4% en un bar. En estos lugares ninguno de los alumnos puede adquirirlos por su edad. Estos establecimientos están incumpliendo reiteradamente la normativa.

Como era de esperar, la frecuencia de consumo de tabaco se incrementa con la edad. El porcentaje de sujetos que ha fumado alguna vez es del 8% en los alumnos de 6º, el 33,7% en los de 2º de ESO y el 58,3% en los de 4º de ESO. Estas cifras son, afortunadamente, más bajas en todos los tramos, con respecto al estudio anterior. En cuanto al consumo habitual, ningún estudiante de 6º de primaria fuma "todas las semanas", un 3,9% lo hace en 2º de ESO y un 10,2% en 4º de ESO. Se puede decir que el contacto con el tabaco se inicia al comienzo de la educación secundaria, y muestra un incremento más o menos constante. Sin embargo, el salto hacia el consumo habitual es más repentino y parece situarse alrededor de 3º de ESO (gráfica 23.6).

---

<sup>1</sup> En este estudio se considera fumador habitual a aquel que fuma al menos una vez a la semana.

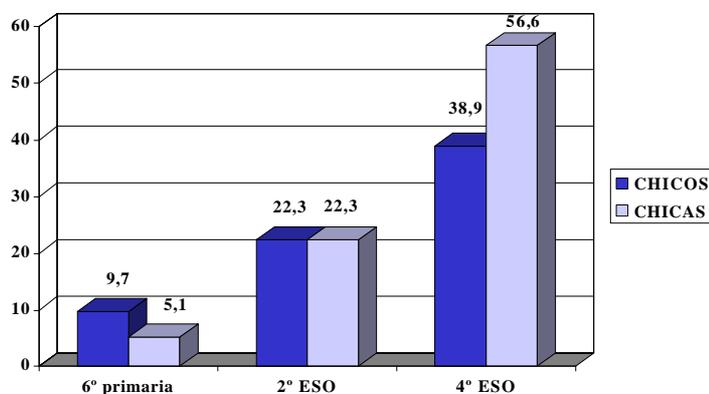
Gráfica 23.6 Contacto con el tabaco por cursos (%). Curso escolar 2001/2002



Fuente: Programa de Monitorización de Conductas Relacionadas con la Salud en Jóvenes de la Región de Murcia (PROCRES-JOVEN) Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

El porcentaje total de escolares fumadores habituales en la Región de Murcia es de 12,4% de los cuales 31,1% son varones y el 68,9% son mujeres. En general, el porcentaje de mujeres que han probado alguna vez el tabaco (29,1%) supera al de varones (23,4%), pero en ambos géneros han disminuido con respecto al estudio anterior, en el que se reflejaba un 34,7% en mujeres y un 30% en varones. En 6º de Primaria, las mujeres han probado el tabaco un 5,1% y los varones un 9,4%. En 2º de ESO las cifras se igualan un 22,3% de mujeres y también de varones han probado el tabaco. Pero en 4º de ESO las mujeres que han fumado alguna vez superan (56,6%) a los varones (38,9%) (gráfica 23.7). Con respecto al estudio anterior se observa lo siguiente: en 6º de Primaria las mujeres habían probado el tabaco en un 10,3% y los varones en un 9,8%. Por tanto la disminución es importante.

Gráfica 23.7 Consumo de tabaco en alguna ocasión por género (%).  
Curso escolar 2001/2002



Fuente: Programa de Monitorización de Conductas Relacionadas con la Salud en Jóvenes de la Región de Murcia (PROCRES-JOVEN) Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

Siguiendo con el estudio anterior observamos que en 4º de ESO las mujeres que habían fumado en alguna ocasión era de 63,3% y los varones que lo habían hecho era de 55,2%. Por tanto ha habido una reducción con respecto al estudio anterior del 10,6% en mujeres y de un 29,5% en varones. Teniendo en cuenta toda la muestra, en 4º de ESO fuma de forma habitual el 29,4% de las mujeres y el 14% de los varones.

Ni la zona de ubicación del Centro ni la clase social parecen tener un efecto claro sobre el inicio en el consumo de tabaco o sobre el consumo habitual, salvo un aumento en el porcentaje de fumadores habituales en zonas rurales. Tampoco hay diferencias según los alumnos pertenezcan a Centros públicos o privados (26,25% frente a 25,30%). En cuanto al consumo habitual el 9,15% pertenece a centros públicos y el 7,14% a centros privados.

La evolución en la pauta de comportamiento con relación al tabaco de los escolares, se puede observar en las tablas 23.1 y 23.2. En ellas se observa la franca disminución de escolares que han entrado en contacto con el tabaco y la disminución gradual de fumadores habituales.

Tabla 1. Escolares que han fumado alguna vez (%)

	CURSO 01/02	CURSO 97/98	CURSO 93/94 <sup>6</sup>
SI	26,2	32,1	33,5
NO	66,2	66,7	73,3
NS/NC	0,3	1,2	0,5

Fuente: Programa de Monitorización de Conductas Relacionadas con la Salud en Jóvenes de la Región de Murcia (PROCRES-JOVEN) Servicio de Promoción y Educación para la Salud..

Tabla 2. Frecuencia de consumo habitual (%) en escolares que han fumado.

	CURSO 01/02	CURSO 97/98	CURSO 93/94
Todos los días más de 5 cigarrillos	15,1	19,1	18,1
Todos los días menos de 5 cigarrillos	11,9	14,2	14,1
De 1 a 7 veces a la semana	7,2	7,3	8,4
De 1 a 4 veces al mes	13,3	10,4	11,1
Una vez al mes o menos	52,5	41,1	43,9
NS/NC	-	7,9	4,4

Fuente: Programa de Monitorización de Conductas Relacionadas con la Salud en Jóvenes de la Región de Murcia (PROCRES-JOVEN) Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

La labor realizada en Educación para la Salud coordinando las administraciones educativa y sanitaria en la Región de Murcia puede considerarse un elemento fundamental de esta disminución. Se puede concluir que esta estrategia ha evolucionado de forma favorable, a pesar de que se detectan carencias formativas y de materiales educativos para el correcto desarrollo de las actividades.

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 1999 (documento no publicado).

<sup>2</sup> Tormo Diaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Perez-Flores D. Factores de riesgo cardiovasculares en la Región de Murcia, 1992. 2000. Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo.

<sup>3</sup> Encuesta sobre Consumo de Drogas en la Región de Murcia 2000 (documento no publicado).

<sup>4</sup> Gutiérrez García JJ, Usera Clavero ML, Ordoñana Martín JR, Pérez Riquelme F. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 2002-2002. Consejería de Sanidad y Consumo (En prensa) 2002.

<sup>5</sup> Ordoñana Martín. JR, Gutiérrez García JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1997-1998 Consejería de Sanidad y Consumo. 1999.

<sup>6</sup> Ordoñana Martín. JR, Gutiérrez García JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1993-1994 Consejería de Sanidad y Política Social. 1997.

## **24.-ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

Juan Fco. Correa Rodríguez. <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública  
Consejería de Sanidad y Consumo.

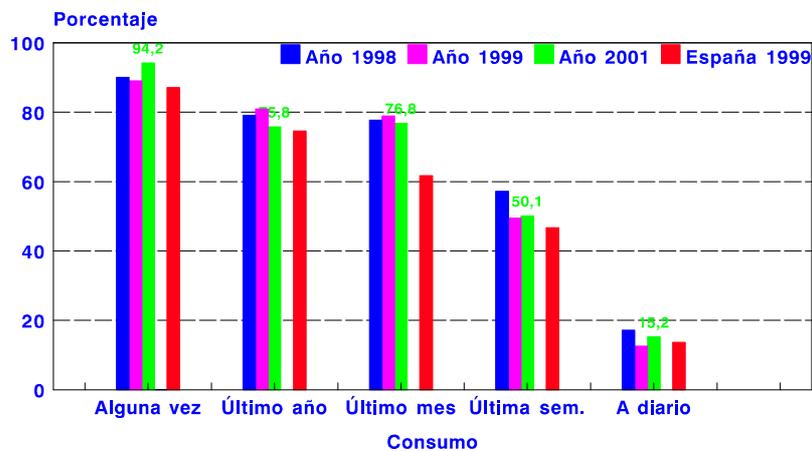
## 24.1.- CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS

### 24.1.1. Prevalencia de consumo

Los datos proceden de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, que desde el año 1998, y cada dos años, se realiza en la Región de Murcia a una muestra representativa de la población de 15 a 65 años. Constituye un importante instrumento que aporta información sobre la prevalencia de los consumos de las diferentes drogas entre los murcianos, los perfiles de la población consumidora así como aspectos básicos relacionados el consumo. En una entrevista personal en el domicilio se recogen los datos sociodemográficos y por cuestionario autoadministrado se recogen datos sobre consumo de alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, cocaína, heroína y otras sustancias adictivas.

En la Región de Murcia, el alcohol es la sustancia más consumida en adultos<sup>1</sup>. En la gráfica 24.1 se presentan las prevalencias de consumo desde el año 1998 al 2001, según la frecuencia de consumo. No hay grandes diferencias en este periodo en los consumos en los residentes de la Región, pero las prevalencias son mayores a la media de España para todos los tipos de consumo en el año 1999<sup>2</sup>, (último año publicado) excepto para el consumo diario.

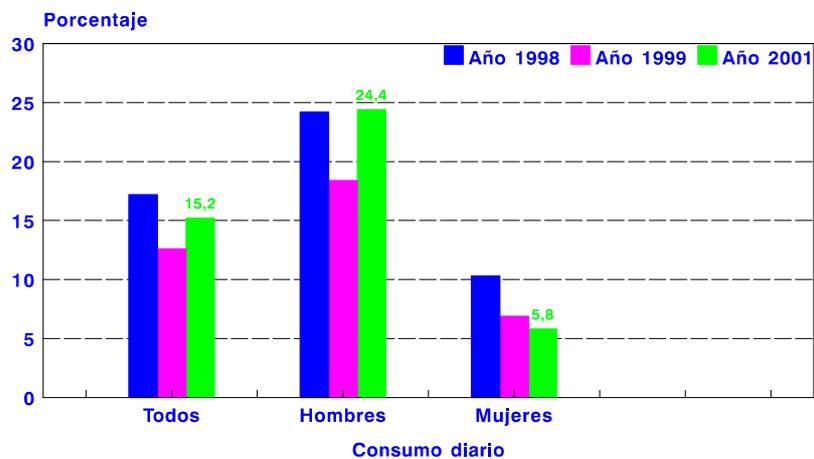
**Gráfica 24.1 Prevalencia de consumo de alcohol en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998,1999 y 2001 y España 1999.**



Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998,99 y 2001  
Servicio de Epidemiología.

Un 15,2% bebe diariamente (24,4% de hombres frente al 5,8% de mujeres), descendiendo en dos puntos en relación al año 1998, siendo este descenso debido al menor consumo de las mujeres (del 10,3% al 5,8%). Gráfica 24.2

**Gráfica 24.2 Prevalencia de consumo de alcohol diario según sexo, en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998 - 2001**

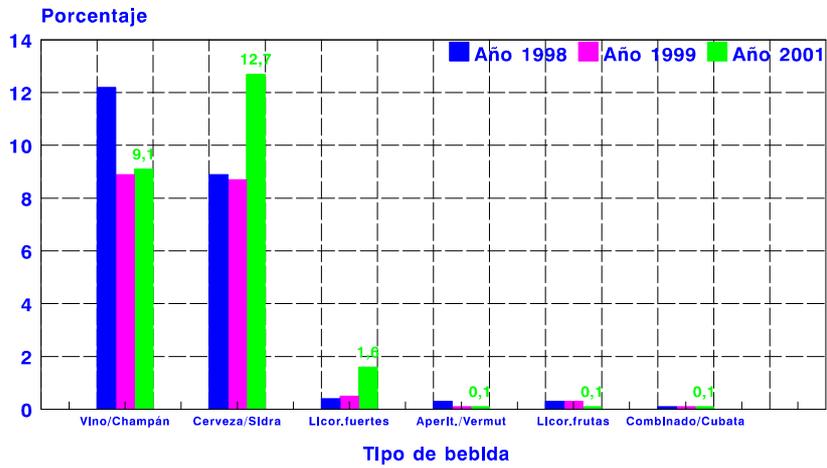


Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998, 1999 y 2001  
Servicio de Epidemiología.

La edad media de inicio en el consumo en los encuestados del año 2001 es de 16,8 años (15,9 en varones frente a 17,8 de mujeres), valores similares a los del año 1998.

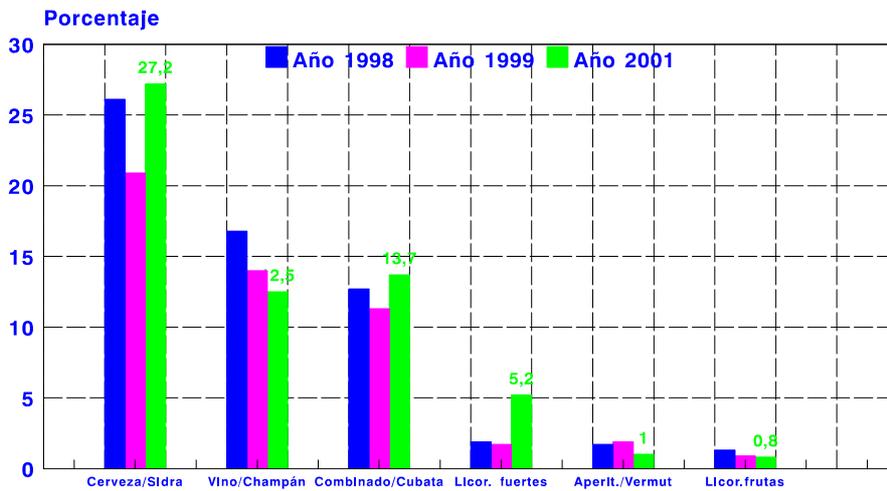
En relación al consumo durante todos los días laborables (Gráfica 24.3), se ha producido un aumento de 4 puntos porcentuales en el consumo de cerveza en al año 2001. También se ha incrementado el consumo de licores fuertes del 0,5% al 1,6%, siendo este consumo exclusivo en los hombres. Sin embargo, el consumo de vino ha descendido desde el año 1998. La evolución por tipo de bebida es semejante en los fines de semana (Gráfica 24.4).

**Gráfica 24.3 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas  
 TODOS LOS DÍAS LABORABLES  
 en la Región de Murcia 1998,1999 y 2001**



Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
 Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998,99 y 2001  
 Servicio de Epidemiología.

**Gráfica 24.4 Consumo de bebidas alcohólicas  
 TODOS LOS FINES DE SEMANA  
 en la Región de Murcia 1998,1999 y 2001.**



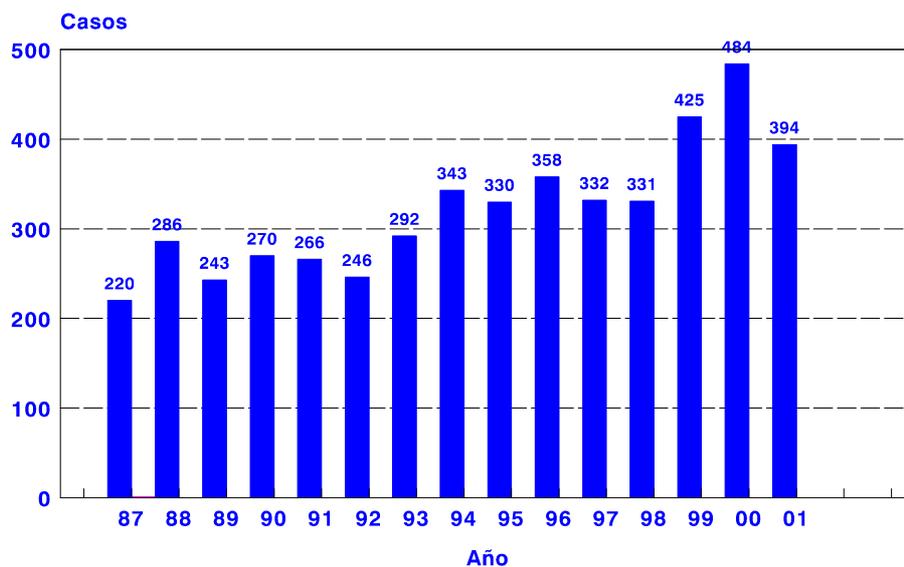
Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
 Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998,1999 y 2001  
 Servicio de Epidemiología.

### 24.1.2. Admisiones a tratamiento

Además de las encuestas, se dispone de información de los pacientes que son admitidos a tratamiento en los centros de atención a drogodependientes acreditados por la administración pública. Desde el año 1987 se ha producido un aumento de los pacientes que acuden a estos centros en la Región<sup>3</sup>. (Gráfica 24.5). La edad media es de 41,5 años, el 85% de los casos son hombres y llevan consumiendo alcohol 19 años de media. Además, en los últimos 30 días, un 77% ha consumido anfetaminas, un 18 % cannabis y un 14 % cocaína.

Respecto al nivel de estudios de estos pacientes, un 24,8% no tiene estudios o no ha completado la educación primaria, un 41,1% tiene estudios primarios y un 32,3% tiene estudios medios o superiores. Con relación a la situación laboral el 54% esta ocupado, el 20% en desempleo y el 16% es pensionista o se encuentra con incapacidad laboral permanente.

**Gráfica 24.5 Evolución de las admisiones a tratamiento por alcohol en el periodo 1987-2001 en la Región de Murcia.**



Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Servicio de Epidemiología.

## **24.2.- CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES**

### **24.2.1. Prevalencia de consumo**

Los datos procedentes de la encuesta escolar sobre consumo de drogas realizada en el año 2000 en la Región de Murcia<sup>4</sup>, señalan que el alcohol es la sustancia que presenta un mayor consumo entre escolares. Un 76,3% lo ha consumido en el último mes y casi el 80% lo ha probado alguna vez. La edad media de la primera ingesta es 13,6 años. La edad de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas es 14,8 años.

Un 29,5% declaran haber sufrido algún problema como consecuencia de consumir alcohol. Los problemas de salud son los más citados (10,3%), seguidos de los que afectan a las relaciones familiares (7,8%), riñas, discusiones y conflictos sin agresión física (7,6%) y problemas económicos (8,2%).

Las bebidas más consumidas por los escolares durante los últimos 12 meses previos a la entrevista son: los combinados y cubatas (66,1%), seguido de cerveza/sidra (60,3%), vino (49,2%), licores de frutas (43,1%) y licores fuertes (35,4%).

Un 21,2% de los entrevistados afirman, que en los últimos 12 meses alguna vez, habían conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol o habían montado como pasajero cuando una persona conducía con las facultades alteradas o disminuidas por los efectos del alcohol y un 3,1% habían tenido este comportamiento en más de 20 días.

Los escolares murcianos consumen las bebidas alcohólicas, básicamente, durante el fin de semana, ya que el 89% permanece abstinentes durante los días laborables. De este grupo, abstinentes en días laborables, un 23,1% tiene un consumo alto/excesivo/gran riesgo durante los fines de semana (9% de gran riesgo).

Un 43,3% declara que se han emborrachado alguna vez y un 20,4% en los últimos 30 días. Un 89,5% de los bebedores de fin de semana se han emborrachado alguna vez.

Un 8,3% de los escolares piensa que su consumo de alcohol es excesivo (bastante/mucho) y un 12 % de los escolares afirman que sus padres (ambos cónyuges) consumen alcohol.

### 24.3.- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Como se señaló al principio, desde hace varios años disponemos de información sobre consumo de sustancias psicoactivas en población adulta de la Región de Murcia procedente de las Encuestas domiciliarias sobre el consumo de drogas, que unido a los Indicadores indirectos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes admitidos a tratamiento en los centros específicos de la Región y a las Encuestas escolares dan una buena aproximación al fenómeno del consumo en nuestra Comunidad Autónoma.

Las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas, procedente de las Encuestas domiciliarias sobre el consumo de drogas<sup>5,6</sup>, excluidos el alcohol y tabaco, se presentan en la Tabla 24.1. El patrón de consumo es similar para el periodo, con aumentos en la prevalencia de consumo de todas las sustancias. Entre las que más se han incrementado están la cocaína, que ha pasado de 4,1% al 9,8% en dos años, el éxtasis que ha duplicado el consumo en los dos últimos años, las anfetaminas y los alucinógenos. Por el contrario, mientras la prevalencia de consumo para todas las sustancias aumenta en la Región de Murcia, en España en el periodo 1997-1999 se observa un descenso, como se presenta en la Tabla 24.1 (no hay datos disponibles del año 2001).

Tabla 24.1 Prevalencias de consumo de sustancias de abuso alguna vez en la vida, en adultos de 15-65 años en el periodo 1998-2001. En Murcia y en España.					
	Murcia			España	
	1998	1999	2001	1997	1999
Cannabis	22,8	24,7	27,5	21,7	19,5
Cocaína	3,6	4,1	9,8	3,2	3,1
Éxtasis	1,1	3,7	7,0	2,5	2,4
Anfetaminas, speed	1,7	3,3	5,2	2,5	2,2
Alucinógenos	1,2	2,2	5,1	2,6	1,9
Heroína	0,2	0,8	0,8	0,5	0,4
Otros opiáceos	0,5	0,8	0,2		
Inhalables	0,2	0,6	0,6	0,7	0,6
Base, basuco, crack	0,1	0,5	0,6	0,4	0,3

Fuente: Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998, 1999 y 2001.

Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en España 1997 y 1999

Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia y Observatorio Español sobre drogas.

### 24.3.1. Cannabis.

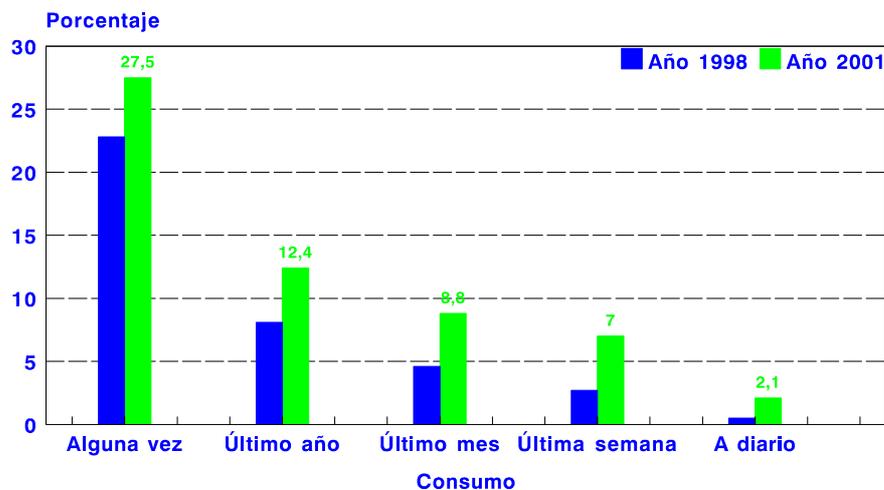
- Prevalencia en adultos.

El cannabis es la droga ilícita más consumida en adultos, un 27,5% la ha probado alguna vez en el año 2001 (36,2% de los hombres y 18,7% de las mujeres). La prevalencia de consumo ha aumentado desde el año 1998 al 2001 (Tabla 24.1). En la gráfica 24.6 se presenta la distribución según el tipo de consumo, donde se aprecia un importante incremento en el consumo en todas las categorías.

La edad media de inicio en el consumo de hachís es de 18 años. Se ha producido un descenso en el inicio en el consumo con relación a los encuestados en el año 1998. El consumo en hombres duplica al de las mujeres. El grupo de 15-19 años es el que mayor consumo diario de hachís tiene con el 5,7%.

En España se ha producido un descenso en la prevalencia de consumo, del 21,7 al 19,5 en el periodo 1997-1999.

**Gráfica 24.6 Prevalencia de consumo de marihuana en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001**



Fuente: Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998 y 2001  
Servicio de Epidemiología.

- Admisiones a tratamiento

También se observa un aumento del consumo en aquellas personas que demandan tratamiento por otras drogas (el 32,3% en el 2001).

- Prevalencia en escolares.

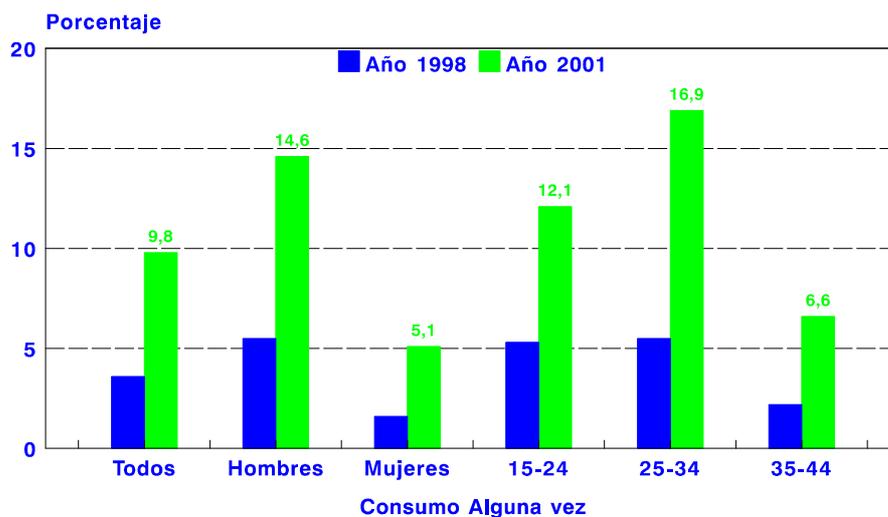
El 31,8% de los escolares de 14 a 18 años ha probado el cannabis. En los últimos 12 meses lo ha consumido el 26,2% y en los últimos 30 días del 18,7%. Por sexo, la frecuencia es mayor en los chicos para todos los tipos de consumo.

### 24.3.2. Cocaína.

- Prevalencia en adultos

El consumo de cocaína en adultos de 15-65 años casi se ha triplicado, pasando del 3,6% del año 1998 al 9,8% en el 2001 (Gráfica 24.7). El aumento se ha producido en todos los grupos de edad y en mayor medida en hombres. En España se observa un ligero descenso (Tabla 24.1)

**Gráfica 24.7 Prevalencia de consumo de cocaína en polvo alguna vez, según sexo y grupo de edad en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001**



Fuente: Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998 y 2001  
Servicio de Epidemiología.

- Admisiones a tratamiento

El 44,3% de los admitidos a tratamiento en el año 2001, lo han hecho por cocaína o cocaína mezclada con heroína como droga principal, mientras que en el año 1995 el 9,6% de los casos lo hacían por cocaína. Cuando se le pregunta por el consumo de drogas secundarias el 26% de todos los casos, consumen la cocaína. En la región se observa un incremento de la prevalencia de consumo y de las admisiones a tratamiento.

- Prevalencia en escolares

En escolares la prevalencia de consumo de cocaína en el año 2000 fue del 6,5%, siendo la mayor prevalencia en el grupo de 18 años (17%). Los principales motivos para el consumo fueron experimentar nuevas sensaciones y divertirse. El consumo le genera problemas, estando en primer lugar, problemas físicos. El ser consumidor de cocaína está asociado significativamente a: tener mala relación con los padres, regresar después de las 3 de la madrugada en las salidas, estar insatisfecho con los estudios y tener disponibilidad económica entre 12 y 29 € a la semana<sup>5</sup>.

### **24.3.3. Heroína.**

- Prevalencia en adultos

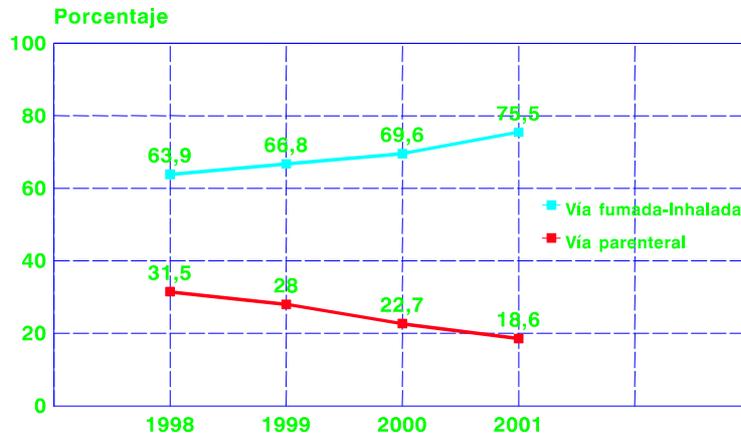
La prevalencia de consumo es del 0,8% (1,2% en hombres y 0,4% en mujeres), no habiéndose incrementado desde el año 1999 (Tabla 24.1)

- Admisiones a tratamiento

Datos extraídos del Sistema de Información revelan un descenso de las demandas en los consumidores de heroína, pasando del 60% de los casos en el año 1998 al 50% en el 2001. Es de destacar en estos pacientes el cambio de uso de la vía por la que se administran la droga principal, observándose que continúa el descenso que usa la vía parenteral en un 59% en los cuatro últimos años (del 31,5 al 18,6%), utilizando la vía fumada-inhalada con mayor frecuencia, como se observa en la gráfica 24.8.

Gráfica 24.8

**Evolución del uso de la vía en los admitidos a tratamiento por consumo de heroína  
Periodo 1998-2001**



Fuente : Observatorio sobre Drogas de la R. de Murcia  
Servicio de Epidemiología

- Prevalencia en escolares

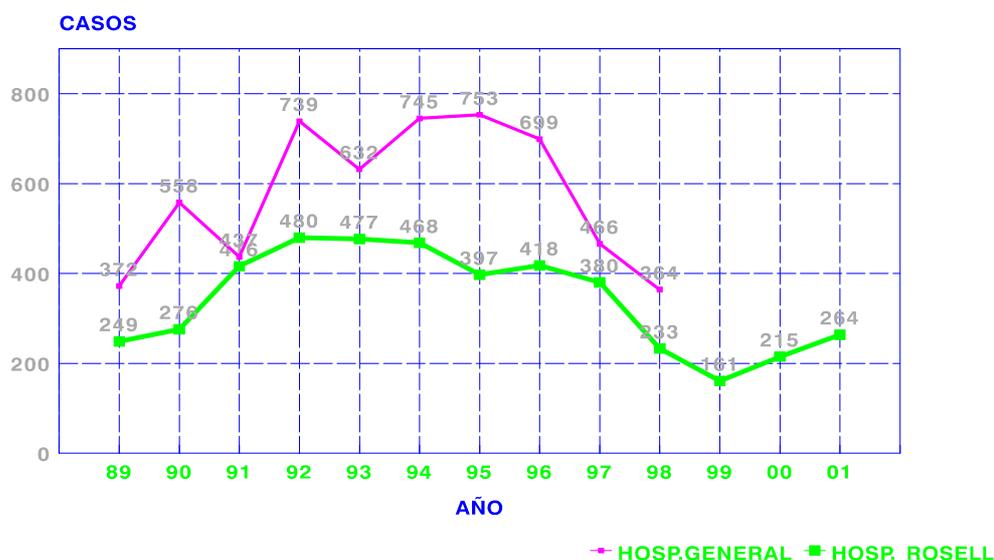
Datos de la encuesta escolar del año 2000, presentan una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 1,3% entre los 14-18 años.

#### **24.3.4.Urgencias por Sustancias Psicoactivas.**

Desde el año 1989, se tienen monitorizados dos hospitales, uno en Murcia y otro en Cartagena, con el objetivo de conocer qué pacientes acuden a urgencias por un motivo relacionado con estas sustancias. En la gráfica 24.9 se presenta la evolución de los casos de urgencias hospitalarias por sustancias psicoactivas. Se observa un descenso en el número total de episodios. La mayoría de las urgencias están motivadas por el síndrome de abstinencia (65,8%), seguido por sobredosis(16%), la reacción orgánica aguda no infecciosa (13,6%) y la por reacción psicopatológica aguda (4,7%)

De los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias, el 15,8% tienen una serología positiva frente al VIH.

**GRAFICA 24.9 EVOLUCION DE LOS EPISODIOS DE URGENCIAS POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERIODO 1989-2001 EN LA REGION DE MURCIA**

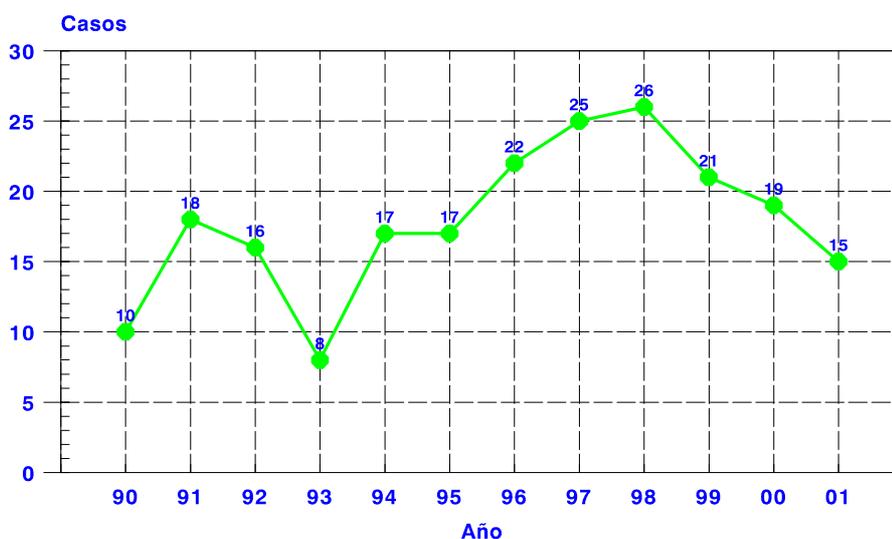


Fuente : SITCAM  
Servicio de Epidemiología

#### 24.3.5. Mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.

La mortalidad en estos pacientes se presenta en la gráfica 24.10, donde se aprecia que en los últimos años parece que hay un ligero descenso del número de casos.

**Gráfica 24.10 Evolución de los casos fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en la Región de Murcia. Periodo 1990-2001**



Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia  
Servicio de Epidemiología.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998.(Documento mimeografiado)
- <sup>2</sup> Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 1999. <http://www.mir.es/pnd/index.htm>
- <sup>3</sup> Correa Rodríguez JF. Sistema de Información sobre Toxicomanías 1998. Serie Documentos 5. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia 1999.
- <sup>4</sup> Encuesta escolar sobre consumo de drogas en la Región de Murcia Año 2000. (Documento mimeografiado)
- <sup>5</sup> Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1999. (Documento mimeografiado)
- <sup>6</sup> Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 2001. (Documento mimeografiado)
- <sup>5</sup> Correa JF, Chirlaque MD, Rodríguez M, Navarro C. Consumo de cocaína en escolares de la Región de Murcia. Gac Sanit 2002; 16(Supl 1):33:132

## **25.-CALIDAD DE LAS AGUAS DE CONSUMO Y DE BAÑO.**

Carolina Gutiérrez Molina <sup>1</sup>

José Sanz Navarro <sup>1</sup>

José Sanz Navarro <sup>1</sup>

Elisa Gómez Campoy. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

## 25.1.-AGUAS RECREATIVAS

### 25.1.1.-Zonas de Baño

Las aguas de baño controladas en la Región de Murcia se corresponden con las de uso mayoritario. En la tabla 25.1, vienen recogidas las playas controladas y la calificación microbiológica durante el periodo 1997-2001. Dicho control se basa en la investigación de los indicadores microbiológicos de contaminación fecal y la inspección visual de las aguas de baño (color, transparencia, aceites minerales, fenoles, sustancias tensoactivas y residuos flotantes de origen humano); la frecuencia de los controles durante la temporada de baños en nuestra Región (del 15 de mayo al 30 de septiembre) es semanal o quincenal para cada zona de baño, en función de sus factores de riesgo y de los resultados de la temporada anterior.

Tabla 25.1.-Calificación microbiológica de las zonas de baño. Región de Murcia 1997-2001.

<b>ZONAS DE BAÑO MARÍTIMAS</b>					
	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>BUENA</b>	62,50	51,39	80,56	82,43	97,30
<b>ACEPTABLE</b>	36,11	48,61	19,44	16,22	1,35
<b>NO RECOMENDABLE</b>	1,39	0,00	0,00	1,35	1,35
<b>Nº PLAYAS CONTROLADAS</b>	72	72	72	74	74
<b>ZONAS DE BAÑO FLUVIALES</b>					
	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>BUENA</b>	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33
<b>ACEPTABLE</b>	0,00	0,00	66,67	66,67	0,00
<b>NO RECOMENDABLE</b>	100,00	100,00	33,33	0,00	66,67
<b>Nº PLAYAS CONTROLADAS</b>	3	3	3	3	3

Resultados en % sobre el total de zonas de baño controladas

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

La infraestructura sanitaria de las playas marinas (Tabla 25.2) se establece en siete criterios: existencia de señalización (banderas de peligro o carteles), salvamento y socorrismo (torres de vigilancia, puestos de Cruz Roja y lanchas de salvamento), número y disposición de duchas, servicios higiénicos, vestuarios y papeleras. En general vemos que se observa una evolución favorable de la infraestructura sanitaria de nuestras playas (Tabla 25.3). En relación a la limpieza de las playas

marinas, se evalúa la eficacia de la misma observando el nivel de residuos (algas, alquitrán y basuras) en la playa (Tabla 25.3).

**Tabla 25.2.-Playas marinas. Parámetros de inspección visual del agua de baño. Región de Murcia 1997-2001.**

PARÁMETROS INSP. VISUAL	1997	1998	1999	2000	2001
Color	0,13	0,13	0,07	0,27	0,39
Transparencia	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00
Aceites minerales	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Fenoles	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sustancias tensoactivas	1,21	0,32	0,07	1,07	1,17
Residuos flotantes	1,15	0,13	0,00	0,46	0,13

Resultados en % de anomalías sobre el nº total de veces que se ha controlado el parámetro.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

**Tabla 25.3.-Limpieza de la playa y dotación sanitaria. Zonas de baño Marinas. Región de Murcia 1997-2001**

LIMPIEZA DE LA PLAYA	1997	1998	1999	2000	2001
Playa limpia	65,28	84,72	84,72	78,38	94,59
Playa con algunos residuos	29,17	8,33	12,50	16,22	5,41
Playa sucia	5,56	6,94	2,78	2,70	0,00
Playa muy sucia	0,00	0,00	0,00	2,70	0,00
DOTACIÓN SANITARIA	1997	1998	1999	2000	2001
Señalización	29,17	48,61	31,94	58,11	68,92
Salvamento/Socorrismo	38,89	66,67	56,94	71,62	71,62
Duchas	68,06	79,17	80,56	77,03	81,08
Servicios higiénicos	27,78	56,94	54,17	37,84	41,89
Fuentes agua potable	69,44	22,22	22,22	18,92	9,46
Vestuarios	1,39	0,00	1,39	4,05	5,41
Papeleras	94,44	98,61	94,44	94,59	97,30

Resultados en % sobre el total de zonas de baño controladas

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

El principal problema de las zonas de baño se sitúa en las playas fluviales, donde a lo largo de los años, las dos zonas que se hallan aguas abajo del Río Segura, Calasparra y Cieza, dan calificación de no recomendables para el baño, debido fundamentalmente a los vertidos de aguas residuales urbanas e industriales sin depurar y al escaso caudal del Río Segura. La solución, evidentemente, pasa por la detección y eliminación de los vertidos y la depuración de todas las aguas residuales que se viertan al Río, así como por el aumento de caudal, en caso de que fuera posible.

Sería conveniente que se hiciera cumplir la legislación en materia de vertidos a cauce público (Confederación Hidrográfica del Segura) y la de vertidos urbanos e industriales al alcantarillado (Ayuntamientos). En el caso de que se superaran los límites de vertido contemplados en el Decreto 16/1999, de 22 de abril, sobre vertidos de aguas residuales industriales al alcantarillado, la Consejería de Sanidad, a solicitud de la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura y Agua deberá informar previamente al mencionado vertido. Hasta el momento no se ha recibido en la Sección de Sanidad Ambiental ninguna solicitud para informar este tipo de vertidos.

### 25.1.2.-Piscinas de uso público.-

Las piscinas de uso público, reguladas por el Decreto regional 58/1992, requieren informe sanitario vinculante para su apertura cada temporada que emiten los servicios correspondientes de la Dirección General de Salud Pública en base a las condiciones sanitarias de las instalaciones y a la calidad del agua de baño. Los resultados vienen recogidos en la tabla 25.4. En relación a las deficiencias de infraestructura de las piscinas, se han seleccionado en la tabla 25.5. aquellas que consideramos que pueden tener mayor impacto sobre la salud de los usuarios.

**Tabla 25.4. Informes sanitarios piscinas. Región de Murcia. 1997-2001**

<b>Piscinas descubiertas</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Informes favorables	56,3	53,85	60,16	53,68	58,78
Informes desfavorables	43,7	46,15	39,84	46,32	41,22
Nº Instalaciones	119	117	123	136	131
<b>Piscinas cubiertas</b>	<b>1996-97</b>	<b>1997-98</b>	<b>1998-99</b>	<b>1999-00</b>	<b>2000-01</b>
Informes favorables	43,75	26,67	52,63	44,00	61,76
Informes desfavorables	56,25	73,33	47,37	56,00	38,24
Nº Instalaciones	16	15	19	25	32

Resultados en % sobre el total de piscinas controladas por temporada.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

**Tabla 25.5.-Deficiencias de infraestructura en piscinas de uso público. Región de Murcia. 1997-2001**

<b>Piscinas descubiertas</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Socorrista	3,36	0,85	4,07	5,15	3,05
Enfermería	1,68	3,42	3,25	0,74	1,53
Nº Vasos sin caudalímetro agua renovada	21,01	11,97	10,57	13,97	9,16

Nº Vasos sin caudalímetro agua depurada	22,69	11,97	8,94	19,12	7,63
Nº Vasos sin dosificadores automáticos desinfectante	11,76	5,13	8,13	6,62	5,34
<b>Piscinas cubiertas</b>	<b>1996-97</b>	<b>1997-98</b>	<b>1998-99</b>	<b>1999-00</b>	<b>2000-01</b>
Socorrista	0,00	0,00	0,00	3,85	2,94
Enfermería	0,00	6,67	5,26	0,00	0,00
Nº Vasos sin caudalímetro agua renovada	12,50	13,33	5,26	0,00	2,94
Nº Vasos sin caudalímetro agua depurada	6,25	13,33	10,53	7,69	2,94
Nº Vasos sin dosificadores automáticos desinfectante	12,50	0,00	5,26	3,85	0,00

Resultados en % sobre el total de piscinas controladas por temporada.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

Existen urbanizaciones que disponen de piscina y que están excluidas del ámbito de aplicación del Decreto regional, a veces con un número importante de usuarios y superior al de algunas piscinas de uso público (incluidas en el Decreto). En este sentido, sería conveniente revisar la legislación para que, al menos, los proyectos de piscinas de nueva construcción situadas en estas urbanizaciones con gran número de usuarios sean informados por los Servicios de la D. G. de Salud Pública y se les hiciera un seguimiento mínimo, al igual que sucede en otras CCAA.

Por otra parte, se desconoce la incidencia de enfermedades contraídas durante el baño tanto en playas como en piscinas públicas, así como por el uso de las instalaciones de estas últimas.

## **25.2.- AGUAS DE CONSUMO.**

### **25.2.1. Síntesis de la situación.**

La población de Murcia puede abastecerse permanente o esporádicamente con los siguientes tipos de agua: a) de abastecimiento público b) procedente de plantas embotelladoras (Fuente vidrio en Caravaca, Font-Lys y Neval y cantalar en Moratalla y fuente de la higuera en Mula así como aguas de fuera de la Región) y c) procedente de fuentes públicas no conectadas a redes de distribución municipales.

Este documento tratará de los tipos de agua siguientes: abastecimiento público y fuentes no conectadas a redes de distribución ya que el agua que se consume embotellada no es actualmente competencia de la Sección de Sanidad Ambiental.

La calidad del agua de abastecimiento público en la Región y la procedente de fuentes públicas no conectadas a redes, se controla mediante el Sistema de Vigilancia de Aguas Potables (SVAP). Está basado en el control analítico de la calidad del agua y en la vigilancia del buen diseño y mantenimiento de las infraestructuras donde se potabiliza, almacena o transporta agua potable. El S.V.A.P. se estructura a raíz de la promulgación del R.D. 1138/90<sup>(1)</sup> que en la actualidad se cumple plenamente<sup>(2,3)</sup> en los 45 municipios de la Región de Murcia en cuanto a control analítico del agua.

El principal abastecedor de agua potable a los diferentes municipios de la Región es la Mancomunidad de Canales del Taibilla (M.C.T.) con la excepción de Aledo, Jumilla, Yecla, y determinadas pedanías de Lorca, Moratalla, Caravaca y Abarán . La dotación media diaria se ha estimado en 113 litros/habitante<sup>(4)</sup>.

Las captaciones de que dispone la MCT son: Río Taibilla, Segura-Trasvase (canales margen izquierda y derecha) y diversos pozos (principalmente para abastecimiento de Lorca, Aguilas y Puerto Lumbreras. El agua se potabiliza en seis estaciones de tratamiento, en las que se produce agua con diferente calidad química<sup>(2,3,5)</sup> en función de la concentración de sales y materia orgánica del agua prepotable.

Por otro lado existen Ayuntamientos que disponen de su propia planta potabilizadora de aguas como Abarán (captación: Río Segura) Alcantarilla (captación: canal del trasvase margen derecha) y Murcia (captación: canal del trasvase margen izquierda) completando su producción en caso necesario con agua de MCT. También existen municipios que se abastecen exclusivamente con agua procedente de sondeos, y cuyo único tratamiento es la desinfección con cloro, coincidiendo éstos con los no abastecidos por MCT.

### 25.2.2. Problemas identificados

1. Captaciones de agua poco o nada protegidas por lo que el agua es vulnerable a vertidos incontrolados tanto químicos como orgánicos.

2. Tratamientos en las potabilizadoras insuficientes para el tipo de agua<sup>(6)</sup> prepotable captada.

3. Infraestructuras deterioradas y con inversiones en mantenimientos insuficientes (depósitos de almacenamiento y redes de distribución ver gráficos 25.1; 25.2 y 25.3).

4. Pequeños núcleos de población que se abastecen de agua deficientemente desinfectada en ocasiones a lo que se une la costumbre de beber agua de manantiales del lugar cuya agua no es potable. Posiblemente sea consecuencia de ello la giardiasis endémica en Sabinar, Benizar en Moratalla y núcleos de Caravaca entre niños y adultos.

5. Cloración manual en 3% de los depósitos lo que conlleva sobredosisificación de cloro y carencia del mismo alternativamente.

6. Concentraciones de cloro residual libre superiores a las recomendadas por la actual legislación<sup>(1)</sup> que unido a redes de distribución antiguas (deterioradas) son factores de riesgo fundamentales para la formación de trihalometanos<sup>(7,8,9)</sup> implicados en determinados tipos de cancer<sup>(7, 9,10)</sup>.

7. Existencia de fuentes públicas no conectada a redes de distribución, con agua no tratada, que en la mayoría de ocasiones presenta contaminación fecal (ver tabla 25.9.) y están distribuidas ampliamente por los diferentes municipios. Se tiene constancia a través del Hospital de la Vega Baja (Orihuela) de intermitentes salmonelosis entre personas que beben agua procedente de fuentes no conectadas a red existentes en la Región de Murcia.

Tabla 25.9. Fuentes públicas no conectadas a red de distribución de agua potable.								
	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Coliformes Totales</b>	27	44.26	51	66.23	46	60.52	45	60.81
<b>Coliformes Fecales</b>	10	16.39	32	41.55	23	30.23	35	41.89
<b>N</b>	61		77		76		74	

**N** : Nº de análisis realizados a fuentes públicas no conectadas a red.

**n**: nº de veces que ha aparecido contaminación.

**%** de veces que han aparecido coliformes totales o fecales con respecto al número de análisis realizados.

**Fuente:** Sección de Sanidad Ambiental.

8. Los resultados analíticos obtenidos por las empresas gestoras (ayuntamientos) y los obtenidos por personal de la Consejería de Sanidad, no siempre son coincidentes.

9. Existencia de pozos y tomas de agua ilegales procedentes del trasvase en industrias y domicilios particulares respectivamente descubrimiento reciente como consecuencia de la ejecución del R.D. 909/2001<sup>(11)</sup> de prevención de la legionelosis.

**25.2.3. Se presentan resultados sobre calidad de agua de abastecimiento e infraestructuras (solamente depósitos) durante el periodo 1998-2001.**

25.2.3.1. Calidad del agua

En la tabla 25.6 donde se reflejan datos de la propia Consejería de Sanidad se observan excesos en la concentración de metales como cadmio (40 µg/l) en la salida de la potabilizadora de Lorca y de plata (19 µg; 23,3 µg; 65,5µg) en salida de las potabilizadoras de Campotejar (años 1998 y 2000) y S<sup>a</sup> de la Espada (año 2000). En el mismo periodo se encontró contaminación por *Streptococos* fecales en la salida de las potabilizadoras de Contraparada y Los Guillemos, así como por *Clostridium* sulfito reductores en Contraparada.

**Tabla 25.6.- Parámetros que superan la concentración máxima admisible en aguas con origen superficial (potabilizadoras).**

PARAMETRO	1998			1999			2000			2001		
	Nº d	Supera CMA		Nº d	Supera CMA		Nº d	Supera CMA		Nº d	Supera CMA	
		n	%		n	%		n	%		n	%
<i>Nitratos</i>	17	0	0	12	0	0	23	0	0	14	0	0
<i>Sulfatos</i>	17	0	0	12	0	0	23	0	0	14	0	0
<i>Magnesio</i>	17	0	0	12	0	0	23	0	0	15	0	0
<i>Hierro</i>	14	0	0	12	0	0	20	0	0	10	0	0
<i>Plomo</i>	14	0	0	12	0	0	19	0	0	13	0	0
<i>Cadmio</i>	15	1	6'66	12	0	0	19	0	0	13	0	0
<i>Cobre</i>	14	0	0	12	0	0	19	0	0	13	0	0
<i>Zinc</i>	14	0	0	12	0	0	19	0	0	14	0	0
<i>Cromo</i>	14	0	0	12	0	0	20	0	0	10	0	0
<i>Níquel</i>	14	0	0	12	0	0	14	0	0	7	0	0
<i>Manganeso</i>	14	0	0	11	0	0	17	0	0	13	0	0
<i>Plata</i>	14	1	7'14	12	0	0	17	2	11'76	10	0	0
<i>Mercurio</i>	14	0	0	12	0	0	20	0	0	13	0	0

<b>Plaguicidas*</b>	14 (21)	0	<b>0</b>	11 (30)	0	<b>0</b>	23 (30)	0	<b>0</b>	14 (41)	0	<b>0</b>
<b>Coliformes totales</b>	16	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>	24	0	<b>0</b>	16	0	<b>0</b>
<b>Coliformes fecales</b>	16	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>	24	0	<b>0</b>	16	0	<b>0</b>
<b>Estrept. fecales</b>	16	<b>2</b>	<b>12'5</b>	15	<b>1</b>	<b>6'66</b>	24	<b>1</b>	<b>4'16</b>	16	0	<b>0</b>
<b>Clostrid Sulf.- Red</b>	16	<b>1</b>	<b>6'25</b>	15	0	<b>0</b>	24	0	<b>0</b>	16	0	<b>0</b>

Los datos corresponden a tomas de muestras y análisis realizados por personal de la Consejería de Sanidad.

Fuente: Sección de Sanidad Ambiental (vigilancia de las aguas)

Nº d: nº determinaciones realizadas.

n: nº de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

%: Porcentaje de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

\*: El nº que aparece entre paréntesis es el número de plaguicidas que se han determinado, y el nº de determinaciones realizadas es el que aparece en la parte superior para cada uno de los plaguicidas investigados.

**CMA**: concentración máxima admisible. Para el cadmio es 5 µg/ y para la plata 10 µg/ y para los parámetros microbiológicos ausencia de crecimiento.

En la tabla 25.7 se recogen datos propios (Consejería de Sanidad) sobre calidad del agua subterránea en la salida de los sondeos una vez potabilizada. Se detecta plomo (año 1997), níquel, mercurio (año 1998) y contaminación microbiológica en los años de estudio con una evolución favorable pero sin desaparecer.

Estos resultados podrían deberse a vertidos circunstanciales e incontrolados, a una falta de protección en las captaciones de agua prepotable y/o un tratamiento de potabilización insuficiente

**Tabla 25.7.- Parámetros que superan la concentración máxima admisible en aguas con origen subterráneo. (Sondeos)**

PARAMETROS	1997			1998			1999			2000			2001		
	Supera CMA			Supera CMA			Supera CMA			Supera CMA			Supera CMA		
	Nº d	n	%	Nº d	n	%	Nº d	n	%	Nº d	n	%	Nº d	n	%
<b>Turbidez</b>	0	-	-	18	0	<b>0</b>	19	0	<b>0</b>	52	0	<b>0</b>	30	0	<b>0</b>
<b>Cloruros</b>	113	13	<b>11'5</b>	27	8	<b>29'6</b>	23	4	<b>17'4</b>	47	12	<b>25'5</b>	63	8	<b>12'7</b>
<b>Sulfatos</b>	113	14	<b>12'4</b>	27	5	<b>18'5</b>	23	3	<b>13</b>	46	5	<b>10'8</b>	61	6	<b>9'8</b>
<b>Magnesio</b>	112	13	<b>11'6</b>	27	6	<b>22'2</b>	23	4	<b>17'4</b>	46	12	<b>26</b>	63	13	<b>20'6</b>
<b>Residuo Seco</b>	2	0	<b>0</b>	18	2	<b>11'1</b>	17	0	<b>0</b>	30	0	<b>0</b>	48	0	<b>0</b>
<b>Nitratos</b>	113	0	<b>0</b>	27	0	<b>0</b>	23	0	<b>0</b>	62	0	<b>0</b>	62	0	<b>0</b>
<b>Nitritos</b>	6	0	<b>0</b>	32	0	<b>0</b>	23	0	<b>0</b>	63	0	<b>0</b>	62	0	<b>0</b>
<b>Amonio</b>	4	0	<b>0</b>	32	2	<b>6'25</b>	23	0	<b>0</b>	62	2	<b>3'2</b>	62	0	<b>0</b>
<b>Oxidabilidad</b>	114	5	<b>4'4</b>	27	2	<b>7'4</b>	23	0	<b>0</b>	69	3	<b>4'3</b>	62	1	<b>1'6</b>
<b>&lt;0'2</b>		109	<b>97'3</b>		19	<b>76</b>		19	<b>82'6</b>		30	<b>5'1</b>		36	<b>60</b>
<b>Cloro</b>	112			25			23			59			60		
<b>&gt;0'8</b>		0	<b>0</b>		0	<b>0</b>		0	<b>0</b>		7	<b>1'8</b>		8	<b>13'3</b>
<b>Hierro</b>	89	0	<b>0</b>	19	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	12	0	<b>0</b>	9	0	<b>0</b>
<b>Plomo</b>	89	0	<b>0</b>	19	1	<b>5'2</b>	20	0	<b>0</b>	11	0	<b>0</b>	12	0	<b>0</b>
<b>Cadmio</b>	89	0	<b>0</b>	27	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	11	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>
<b>Cobre</b>	89	0	<b>0</b>	28	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	11	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>
<b>Zinc</b>	89	0	<b>0</b>	28	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	11	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>

<b>Cromo</b>	89	0	<b>0</b>	28	0	<b>0</b>	0	-	-	11	0	<b>0</b>	9	0	<b>0</b>
<b>Níquel</b>	89	1	<b>1'12</b>	27	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	8	0	<b>0</b>	7	0	<b>0</b>
<b>Manganeso</b>	89	0	<b>0</b>	28	0	<b>0</b>	18	0	<b>0</b>	10	0	<b>0</b>	12	0	<b>0</b>
<b>Plata</b>	67	0	<b>0</b>	28	0	<b>0</b>	20	0	<b>0</b>	9	0	<b>0</b>	12	0	<b>0</b>
<b>Aluminio</b>	108	0	<b>0</b>	19	0	<b>0</b>	18	0	<b>0</b>	9	0	<b>0</b>	8	0	<b>0</b>
<b>Mercurio</b>	89	0	<b>0</b>	27	1	<b>3'7</b>	20	0	<b>0</b>	10	0	<b>0</b>	15	0	<b>0</b>
<b>Plaguicidas</b>	93 (21)	0	<b>0</b>	21 (22)	0	<b>0</b>	18 (28)	0	<b>0</b>	9 (24)	0	<b>0</b>	9 (39)	0	<b>0</b>
<b>Colif. Total</b>	111	15	<b>13'5</b>	54	4	<b>7'4</b>	47	3	<b>6'4</b>	66	3	<b>4'5</b>	58	2	<b>3'4</b>
<b>Colif. Fecal</b>	113	11	<b>9'7</b>	54	1	<b>1'8</b>	47	1	<b>2'1</b>	66	1	<b>1'5</b>	58	0	<b>0</b>
<b>Estr. Fecal</b>	113	23	<b>20'3</b>	54	5	<b>9'2</b>	44	3	<b>6'8</b>	48	1	<b>2</b>	58	2	<b>3'4</b>
<b>Clost.Sulf-red</b>	113	13	<b>11'5</b>	52	1	<b>1'9</b>	39	1	<b>2'5</b>	47	0	<b>0</b>	58	1	<b>1'7</b>

Nº d: nº determinaciones realizadas.

N: nº de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

#: Porcentaje de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

CMA: concentración máxima admisible.

\*: El nº que aparece entre paréntesis es el número de plaguicidas que se han determinado, y el nº de determinaciones realizadas es el que aparece en la parte superior para cada uno de los plaguicidas investigados.

Fuente: Sección de Sanidad Ambiental

En la tabla 25.8, se recogen datos correspondientes al SINAC para redes de distribución ya que no se disponen de datos propios. De los metales pesados tóxicos se detecta cadmio en el año 1998 en dos ocasiones con la particularidad de encontrarse en la red de distribución del municipio de Murcia (en redes de distribución del área de salud de Lorca no se detectaron). Es de destacar la tendencia a superar la concentración de cloro libre establecida (0'8 mg/l) que del 5'1% en el año 1998 pasa al 20% al año siguiente manteniéndose en ésta línea en el 2000-2001, estas concentraciones de cloro libre no son aconsejables ya que el cloro por sí mismo o mediante la formación de trihalometanos (THMs) está descrito como teratógeno y carcinogénico (9,10,11,12).

**Tabla 25.8.- Calidad. Parámetros que superan la concentración máxima admisible en redes de distribución.(SINAC)**

PARAMETROS	1998			1999			2000			2001		
	Supera la CMA			Supera la CMA			Supera la CMA			Supera la CMA		
	Nº d	n	%	Nº d	n	%	Nº d	n	%	Nº d	n	%
<b>Color</b>	165	0	<b>0</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>
<b>Turbidez</b>	570	0	<b>0</b>	692	0	<b>0</b>	646	0	<b>0</b>	660	1	<b>0'15</b>
<b>Olor</b>	5835	0	<b>0</b>	6255	1	<b>0'015</b>	5454	0	<b>0</b>	5709	0	<b>0</b>
<b>Sabor</b>	5835	0	<b>0</b>	6256	1	<b>0'015</b>	5454	0	<b>0</b>	5708	0	<b>0</b>
<b>Temperatura</b>	570	6	<b>1'05</b>	692	8	<b>1'15</b>	646	11	<b>1'7</b>	690	12	<b>1'74</b>
<b>PH</b>	706	0	<b>0</b>	680	0	<b>0</b>	646	0	<b>0</b>	690	0	<b>0</b>
<b>Sulfato</b>	165	0	<b>0</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>
<b>Magnesio</b>	165	0	<b>0</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	226	0	<b>0</b>
<b>Sodio</b>	165	2	<b>1'21</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>
<b>Potasio</b>	165	0	<b>0</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>
<b>Aluminio</b>	165	0	<b>0</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>
<b>Residuo Seco</b>	165	2	<b>1'21</b>	206	0	<b>0</b>	195	0	<b>0</b>	224	0	<b>0</b>

Nitrato	570	0	0	692	0	0	646	0	0	690	0	0
Nitritos	5835	0	0	6256	1	0'01	5330	1	0'02	5709	0	0
Amonio	5835	2	0'03	6256	4	0'06	5330	1	0'02	5709	0	0
Nitrógeno K.	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Oxidabilidad	570	1	0'17	692	1	0'14	646	0	0	690	0	0
HC disueltos	165	1	0'6	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Fenoles	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Detergentes	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Hierro	165	0	0	206	1	0'48	195	0	0	224	0	0
Manganeso	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Fósforo	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Flúor	165	4	2'4	206	21	10'19	195	9	4'61	224	4	1'78
<0'2		1663	1'75		1419	1'3		1136	1'05		907	0'87
Cloro	95136			108919			108216			103758		
>0'8		13156	13'82		23466	21'5		28416	26'2		33466	32'25
Plata	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Arsénico	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Cadmio	165	2	1'21	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Cianuros	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Cromo	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Mercurio	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Níquel	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Plomo	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Antimonio	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Selenio	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Plaguicidas T.	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
HC. Pol. Arom.	165	0	0	206	0	0	195	0	0	224	0	0
Colif. Totales	5845	3	0'05	6261	33	0'52	5456	14	0'25	5711	12	0'21
Colif. Fecales	5845	1	0'02	6261	14	0'22	5456	2	0'04	5711	5	0'08
Estrept. Fecal	165	0	0	206	0	0	195	2	1'02	224	1	0'44
Clost.Sulf-Red	165	2	1'21	206	2	0'97	195	0	0	224	0	0

Fuente: Sección de Sanidad Ambiental. SINAC. Datos proporcionados por los ayuntamientos.

Nº d: nº determinaciones realizadas.

N: nº de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

?: Porcentaje de veces que ha superado la concentración máxima admisible.

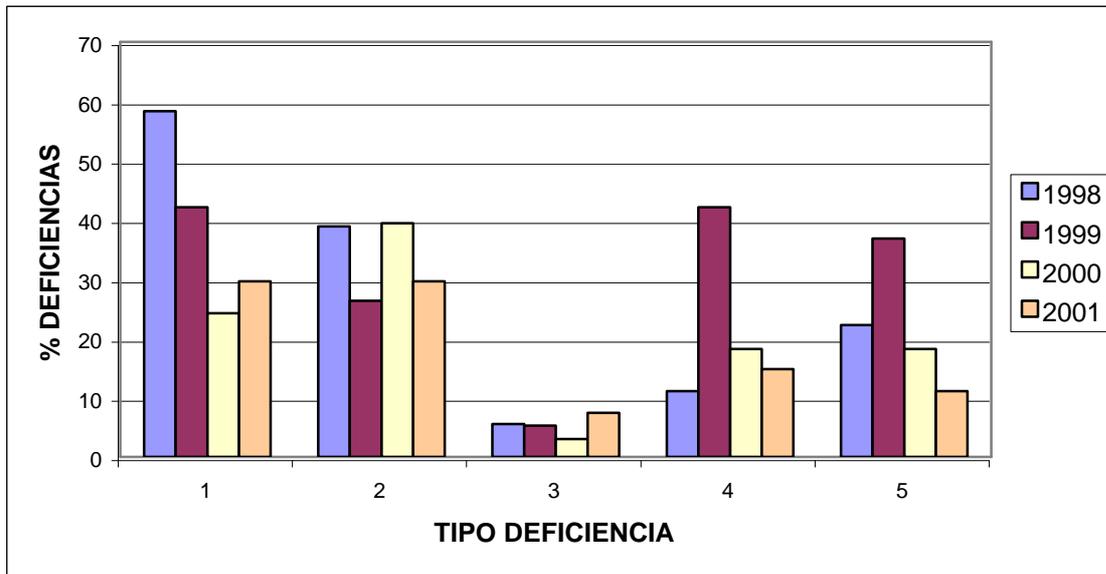
CMA: concentración máxima admisible.

Datos correspondientes a análisis suministrados por los Ayuntamientos de la Región de Murcia.

### 25.2.3.2. Calidad de infraestructuras.

En los gráficos 25.1; 25.2 y 25.3 así como en los gráficos que sobre deficiencias de infraestructuras se publicaron en las memorias de la Sección de Sanidad Ambiental años 2000 y 2001, se aprecia que tanto en los depósitos municipales como en los pertenecientes a la MCT se mantienen a lo largo de los años deficiencias que pueden afectar directamente a la calidad del agua, tales como carencia de perímetro de protección tanto en captaciones como depósitos, mallas protectoras en respiraderos y rebosaderos rotas o insuficientes, desinfección manual etc

**Gráfico 25.1. Principales deficiencias en depósitos municipales con agua de origen subterráneo (sondeos). Años 1998-2001.**

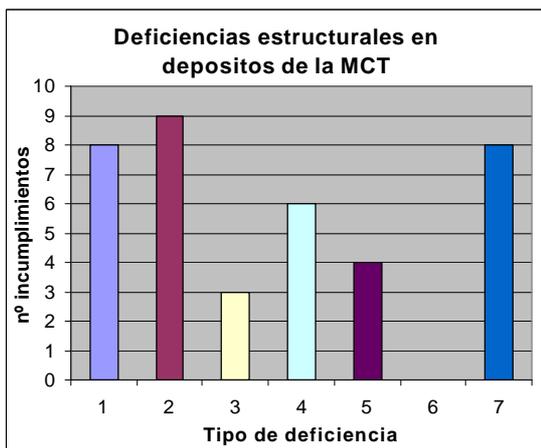


**Fuente:** Sección de Sanidad Ambiental(Vigilancia de aguas potables)

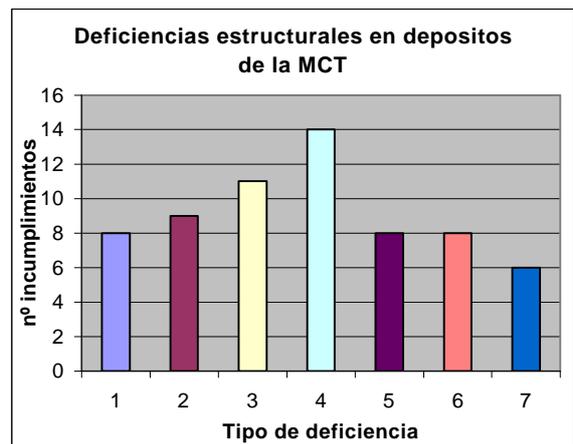
1. Carece de perímetro de protección sanitaria
2. Captación sin proteger
3. Desinfección manual
4. Mallas respiraderos rotas o insuficientes
5. Mallas rebosaderos rotas o inexistentes

**Gráficas 25.2. y 25.3.- Deficiencias de infraestructura en depósitos con agua de origen superficial de Mancomunidad de los Canales del Taibilla.**

**AÑO 2000**



**AÑO 2001**



**Fuente:** Memoria de la Sección de Sanidad Ambiental años 2000 y 2001

Tipos de deficiencias estructurales:

- 1- Carece de perímetro de protección sanitaria.
- 2- Cloración manual.
- 3- Mallas protectoras rotas en respiraderos.
- 4- Mallas protectoras rotas o insuficientes en rebosaderos.
- 5- Depósitos con grietas o parte de la estructura agrietada o rota.
- 6- Carecen de torre de neutralización de posibles fugas de cloro y de detector de fugas.
- 7- Carece de grifo de toma de muestras a la salida del depósito.

#### **25.2.4. Conclusiones**

1. La calidad del agua de abastecimiento y la calidad en infraestructuras ha mejorado pero siguen existiendo deficiencias a los diez años de implantado el Sistema de Vigilancia de aguas potables, como consecuencia de vertidos incontrolados y falta de protección en captaciones de agua y depósitos de almacenamiento.

2. Se desconoce la calidad del agua de consumo a nivel de microcontaminantes tales como THMs y otros así como los posibles efectos sobre la salud en las poblaciones dentro de unos años.

3. Existen otras administraciones públicas diferentes de la Sanitaria con competencias sobre agua que deben implicarse para poder minimizar riesgos en el agua de consumo, controlando vertidos industriales, protegiendo captaciones etc. Así sobre calidad de agua prepotable y vertidos a cauce público el Organismo responsable es la Confederación Hidrográfica del Segura; sobre calidad de agua potable el Mº de Medio Ambiente y los Ayuntamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. R.D. 1138/90 de 14 de septiembre, por el que se aprueba la Reglamentación Sanitaria para el abastecimiento y control de calidad de las aguas potables de consumo público.
2. Memoria de la Sección de Sanidad Ambiental. 2000.
3. Memoria de la Sección de Sanidad Ambiental. 2001.
4. La gestión del Servicio 2001. Mancomunidad de canales del Taibilla.
5. Estudio De los principales tipos de aguas de consumo que abastecen a la Región de Murcia. 1993. Tesis doctoral. M<sup>a</sup> Elisa Gómez campoy.
6. R.D. 927/1988 del M<sup>o</sup> Obras Públicas y Urbanismo sobre la calidad exigida a las aguas superficiales que sean destinadas a la producción de agua potable.
7. C.M. Villanueva; M. Kogevinas; J.O. Grimalt;, cloración del agua potable en España y cáncer de vejiga. Gaceta Sanitaria.2001.
- 8 JOLLEY, Robert (et al.).Water chlorination; chemistry, environmental impact and health effect (vol. 6).Chelsea (US), Lewis Publishers, 1990
9. MUEGGE, O.J.Physiological effect of heavily chlorinated drinking water. En: Journal of the American Water Works Association, 48(12), 1956.p.1507-1509
10. López, M.; Bartoloni, V.; D'Orio, M.; Hernández, A. M. Determinación de compuestos orgánicos volátiles en agua por cromatografía gaseosa - espectografía de masa (CG-MS) con purga y trampa. Instituto Nacional de Tecnología Industrial - Octubre 2000
11. R.D. 909/2001, de 27 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para el control y la prevención de la legionelosis

## **26.-RADIACIONES ELECTROMAGNÉTICAS.**

José Sanz Navarro <sup>1</sup>.

M<sup>a</sup> José Tormo Díaz<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

## 26.1.-RADIACIONES NO IONIZANTES.-

### 26.1.1.-Prevalencia de exposición elevada a radiaciones electromagnética de muy baja intensidad en la población escolar de Murcia

La Recomendación del Consejo de 12 de Julio de 1999<sup>1</sup> sobre la limitación de la exposición a campos electromagnéticos (0 Hz a 300 GHz). [Diario Oficial de la Comunidad Europea L199,59 (1999/519/EC)], establece unas *restricciones básicas* de la exposición a campos eléctricos, magnéticos y electromagnéticos de tiempo variable, basadas directamente en los efectos sobre la salud conocidos y en consideraciones biológicas. Igualmente establece unos *niveles de referencia* que se ofrecen a efectos prácticos de evaluación de la exposición para determinar la probabilidad de que se sobrepasen las restricciones básicas. El cumplimiento del nivel de referencia garantizará el respeto a la restricción básica pertinente. Para la frecuencia de 50 Hz, los niveles de referencia establecidos por dicha Recomendación se sitúan en 100  $\mu$ T.

Aunque recientemente un comité de expertos español declaró la ausencia de evidencia de riesgos para la salud humana de las radiaciones electromagnéticas, comités de expertos americanos, ingleses y actualmente los de la OMS a través de la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer consideran a los campos electromagnéticos de muy baja intensidad como “posibles” carcinógenos para el hombre. Análisis que combinan las pruebas obtenidas en diferentes estudios individuales señalan un exceso de riesgo por encima de 0,3  $\mu$ Teslas<sup>2,3</sup>. En este ambiente de controversia el estudio de la exposición media en población susceptible como son los niños proporciona una buena idea del nivel de riesgo máximo al que una población está expuesta. Con este fin se diseñó un estudio para medir las radiaciones de muy baja intensidad (menores de 50Hz) en una muestra representativa de colegios de la Región de Murcia. El número de escuelas incluido ha sido de 96. El estudio comenzó en Mayo 2001 y finalizó en Junio 2002. Las mediciones se han realizado en diferentes dependencias de los colegios según un protocolo establecido y ya llevado a cabo en Barcelona y Oviedo<sup>4</sup>. El objetivo ha sido estimar la prevalencia de diferentes niveles de exposición a radiaciones, pero especialmente las que sobrepasan a 0,2  $\mu$ Teslas<sup>5</sup>, en los lugares donde pasan un gran número de horas los niños, población más susceptible, en el caso de que realmente tengan efectos nocivos. Detrás de esta iniciativa ha existido la premisa de que con información se puede

disipar el temor y restablecer la confianza en las instituciones, además de detectar anomalías que pueden ser más o menos fácilmente subsanables por parte de los colegios y/o proveedores de energía eléctrica y conseguir datos sobre los que, en el caso de que se vayan detectando riesgos -a través de estudios científicamente válidos- se pueda caracterizar el riesgo global al que pueden estar sometidas las personas, especialmente los niños.

Como se puede ver en los resultados presentados en la tabla 26.1 el valor medio de la exposición en los 96 colegios es muy inferior (0,017  $\mu$ Teslas) al que se utiliza como indicador de riesgo (0,2  $\mu$ Teslas). Ningún colegio presentó en media valores superiores a 0,2  $\mu$ Teslas. De las 1.758 mediciones realizadas tan sólo 10 han resultado en una exposición superior a la considerada de riesgo. La tabla 26.2 muestra la medición y el tipo de medida propuesta para su solución. Tres mediciones aisladas en colegios del área de Murcia, cinco en el área de Lorca y dos en el área de la Vega del Segura excedieron el límite. En 7 ocasiones la exposición podía reducirse alejando los pupitres o cambiando de ubicación la habitación. Sólo en tres ocasiones se propone el vallado de la central transformadora de electricidad (CTE) o el aislamiento de líneas, siendo esto responsabilidad de la compañía proveedora de electricidad.

**Tabla 26.1.-Resultados estudio campos electromagnéticos debidos a corriente eléctrica en la Región de Murcia.**

<b>ESTADÍSTICAS 96 COLEGIOS</b>	<b>Densidad flujo magnético (mTeslas)</b>
Valor mínimo media/colegio	0,010 <sup>(a)</sup>
Valor máximo media/colegio	0,080
<b>RESULTADOS GLOBALES 96 COLEGIOS</b>	<b>Densidad flujo magnético (mTeslas)</b>
Media	0,017
Intervalo de confianza para el 95%	(0,01416 - 0,01923)
Desviación Estándar	0,039
Valor mínimo	0,010
Valor máximo	0,676
Número de valores	1758
Moda	0,010 <sup>(a)</sup>
Error estándar	0,001

<sup>(a)</sup>Límite inferior de detección del equipo de medida Combinova FD3  
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

**Tabla 26.2.-Medidas en colegios que superan los 0,2 mTeslas de densidad de flujo magnético.**

Nº	Area	mTeslas	Medida	Propuesta	Responsabilidad
21	VI	0,399	Junto a C.T.E. colegio	Vallado C.T.E.	IBERDROLA
33	I	0,240	Piso inferior, aula fondo izda. entrada, puerta	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio
34	I	0,632	Piso inferior, aula izda. junto entrada, ventana	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio
46	I	0,664	Entrada al recinto del colegio	Alejamiento o aislamiento líneas eléct.	IBERDROLA
64	III	0,236	Piso sup. Fondo dcha. Junto ventana	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio
67	III	0,223	Piso sup. Fondo izda. Junto ventana	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio
77	III	0,420	Junto a cuadro eléctrico colegio, en despacho	Cambio ubicación despacho	Dirección Colegio
79	III	0,559	Junto a C.T.E. colegio	Vallado C.T.E.	IBERDROLA
95	III	0,676	Piso sup. Fondo dcha. Junto ventana	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio
26	VI	0,288	Piso inf. Aula izda. junto entrada, en puerta	Alejamiento pupitres	Dirección Colegio

Nº: número de colegio.

C.T.E.: Centro de Transformación Eléctrica.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

Los datos son similares a los obtenidos en la ciudad de Oviedo donde ninguna escuela sobrepasó los valores límite y mejores que los obtenidos en la provincia de Barcelona donde un 6% los excedió<sup>4</sup>. La explicación puede estar en el diferente grado de industrialización de las áreas. En la Región de Murcia podemos afirmar, aunque los datos sean todavía preliminares, que no existe ninguna situación de riesgo poblacional en la población escolar. Sin embargo, se debe mantener la vigilancia de situaciones especialmente expuestas como viviendas situadas muy cerca de focos de emisión de campos electromagnéticos de muy baja intensidad. Es decir, enfocar la estrategia hacia identificar lugares de “alto riesgo” existentes y planificar con medidas legislativas, de salud pública e industriales la eliminación de futuros emplazamientos de riesgo.

### **26.1.2.-Radiaciones electromagnéticas debidas a estaciones base de telefonía móvil.**

Con respecto a las estaciones base de telefonía móvil, que emiten en una gama de frecuencias de 800 MHz a 2000 MHz, dependiendo del sistema (GSM, DCS/PCS o UMTS), la Escuela Técnica Superior de Telecomunicaciones de la Universidad Politécnica de Cartagena, con el auspicio de la Consejería de Tecnologías, Industria y Comercio, ha desarrollado una campaña de

medidas piloto en los 45 municipios de la Región de Murcia durante el año 2001, abarcando las cercanías de unas 55 estaciones base en 37 emplazamientos distintos. Los resultados del estudio han determinado que un 8% de las estaciones base (un 12% de los emplazamientos) deben restringir adecuadamente el acceso a unas zonas de exclusión determinadas, ya que existen zonas en su entorno más cercano donde podrían superarse los niveles máximos permitidos, mientras que en el restante 92% de las estaciones cumple con lo dispuesto en el Real Decreto 1066/2001<sup>6</sup>, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas (B.O.E. nº 234, 29 septiembre 2001). En cualquier caso, debe mantenerse la vigilancia periódica de estas instalaciones, tanto nuevas como de las ya existentes, para hacer cumplir lo dispuesto en este Real Decreto y las Ordenes que lo desarrollan y para garantizar la minimización de riesgos para la salud de la población.

## 26.2.-RADIACIONES IONIZANTES.-

El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), con la información aportada por las Comunidades Autónomas, editó en el año 2.000 el Censo Nacional de Instalaciones de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear. El número de equipos de radiodiagnóstico (RD), radioterapia (RT) e instalaciones de medicina nuclear (MN), existentes en la Región de Murcia, según el mencionado Censo, vienen recogidos en la tablas 26.3 y 26.4.

**Tabla 26.3.-Censo de instalaciones de radiodiagnóstico de la Región de Murcia.**

<b>INSTALACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO (CENSO INSTALACIONES MSC)</b>			
<b>TIPO CENTRO SANITARIO</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº EQUIPOS</b>	<b>Nº EQUIP. MOVILES</b>
CENTRO SALUD	11	15	0
POLICLÍNICA	2	5	0
HOSPITAL	10	151	18
CENTRO ESPECIALIDADES	3	12	0
CENTRO MEDICO MILITAR	1	4	0
CONSULTA DENTAL	119	143	0
GABINETE RADIOLOGICO	2	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>332</b>	<b>18</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2000.

**Tabla 26.4.-Censo de instalaciones de radioterapia y de medicina nuclear de la Región de Murcia.**

<b>INSTALACIONES DE RADIOTERAPIA (CENSO INSTALACIONES MSC)</b>				
<b>TIPO CENTRO SANITARIO</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº EQUIPOS</b>	<b>Nº ISO</b>	<b>Nº ISO/CAP</b>
HOSPITAL	2	6	4	4
<b>INSTALACIONES DE MEDICINA NUCLEAR (CENSO INSTALACIONES MSC)</b>				
<b>TIPO CENTRO SANITARIO</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº ISO</b>	<b>Nº ISO/CAP</b>	<b>Nº RIA</b>
HOSPITAL	1	18	1	5

Nº ISO: Número de radionucleidos

Nº ISO/CAP: Número de radionucleidos encapsulados

Nº RIA: Número de radionucleidos utilizados en radioinmunoanálisis.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2000.

El SIPREM (Sistema de Información sobre Protección Radiológica en Exposiciones Médicas), servirá, entre otras cosas, para actualizar nuestro Censo Regional de Instalaciones, especialmente en aquellas que presentan mayor riesgo para los trabajadores y el público en general (hospitales, centros de salud, policlínicas, centros de especialidades, gabinetes radiológicos y centros médico militares).

El Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes establece como límite de dosis para los trabajadores expuestos un valor de 100 miliSievert (mSv) en un período consecutivo de 5 años (equivalente a un promedio de 20 mSv/año), sujeto a un máximo anual de 50 mSv/año, y un valor de 1 mSv/año para los miembros del público.

El Informe del Consejo de Seguridad Nuclear del año 2001<sup>7</sup>, indica que los trabajadores de instalaciones médicas (un 78'95% del total de trabajadores controlados en los diferentes tipos de instalaciones radiactivas), estaban sometidos a una dosis individual media de 0'75 mSv/año, valor por debajo de los niveles máximos aceptables, pero en consonancia con el principio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*, tan bajo como razonablemente sea alcanzable) sobre protección radiológica.

En relación con este aspecto, la implantación de los Programas de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear en los grandes Centros Sanitarios ayudará a que se optimicen los procedimientos operativos de estas instalaciones, con el consiguiente beneficio

terapéutico y diagnóstico para los pacientes, así como para conseguir procedimientos optimizados en relación a las dosis de radiación recibidas por estos.

Hay que hacer notar que las competencias para verificar el adecuado cumplimiento de los Programas de Garantía de Calidad de estas instalaciones radiactivas están transferidas a las Autoridades Sanitarias de las CCAA desde el año 1997 en que se publicó la primera legislación relativa a este tema (Reales Decretos 1841/1997<sup>8</sup>, 1566/1998<sup>9</sup> y 1976/1999<sup>10</sup>).

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Diario Oficial de la Comunidad Europea L199,59 (1999/519/EC)
2. Ahlbom A, Day N, Feychting M, Roman E, Skinner J, Dockerty J et al. A pooled analysis of magnetic fields and childhood leukaemia. *Br J Cancer* 2000; 83:692-698.
3. Greenland S, Sheppard AR, Kaune WT, Poole C, Kelsh MA. A pooled analysis of magnetic fields, wire codes, and childhood leukemia. Childhood Leukemia-EMF Study Group. *Epidemiology* 2000; 11:624-634.
4. Tardon A, Velarde H, Rodriguez P, Moreno S, Raton M, Munoz J et al. Exposure to extremely low frequency magnetic fields among primary school children in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:432-433.
5. Feychting M, Ahlbom A. Magnetic fields and cancer in children residing near Swedish high-voltage power lines. *Am J Epidemiol* 1993; 138:467-481.
6. Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas (B.O.E. nº 234, 29 septiembre 2001)
7. Informe del Consejo de Seguridad Nuclear al Congreso de los Diputados y al Senado. Año 2001.
8. Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear (BOE nº 303, 19-Dic-1997) .
9. Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia (BOE nº 206, 28-Ago-1998).
10. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico (BOE nº 311, 29-Dic-1999).

## 27.- CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

José Jesús Guillén Pérez<sup>1</sup>

Lluís Cirera Suárez<sup>2</sup>

---

1 Servicio de Salud Pública de Cartagena. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo  
2 Servicio de Epidemiología. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

La contaminación atmosférica de origen industrial ha tenido su máximo exponente en Cartagena en los últimos treinta años donde supuso el principal problema de la ciudad. En el resto de la región, salvo excepciones, el problema viene dado por la contaminación del tráfico rodado que emite contaminantes a la atmósfera, y genera ruido en zonas cercanas a las habitadas.

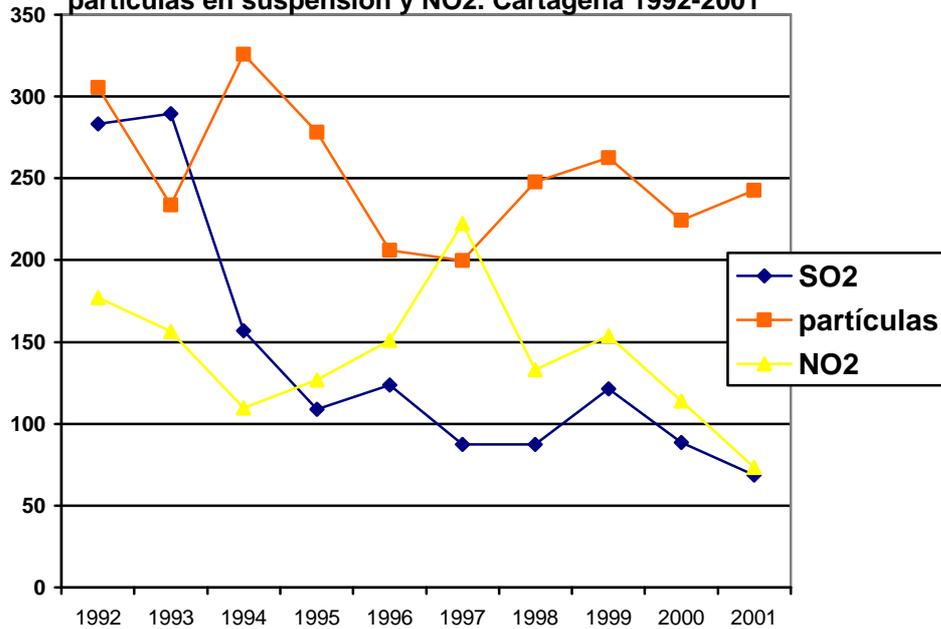
Ha sido por tanto, la contaminación abiótica en la atmósfera de Cartagena uno de los principales problemas ambientales existentes en la región de Murcia, debido fundamentalmente a la actividad industrial de la ciudad y que le hizo padecer episodios contaminantes desde la década de los setenta. Sin embargo la situación mejoró en los últimos años tras la crisis industrial y las medidas tomadas (tabla 27.1), como la intervención sobre las empresas en los casos de previsión de incrementos de la contaminación (con una media anual, en el periodo de 1992 a 2001, de 69 bajadas de producción y 15 paradas). Es evidente el descenso habido en los contaminantes, fundamentalmente del SO<sub>2</sub> hasta el año 2001 (gráfica 27.1) y que será mayor cuando se conozcan las evaluaciones tras el cierre de la empresa Potasas y derivados al final del año 2001. No obstante en el año 2001 se produjeron 103 intervenciones de bajada de producción y 47 paradas.

**Tabla 27.1. Valores de los contaminantes SO<sub>2</sub>, partículas y NO<sub>2</sub> en Cartagena en el período 1992-2001.**

Contaminante	Media	Mediana	Mínima	Máxima	D. típica	P10	P25	P75	P90
SO <sub>2</sub> (máx. horaria)	139,46	97,20	12,75	1428,00	141,89	38,54	60,49	159,89	276,80
Partículas (máx. horaria)	252,51	205,70	16,70	993,90	164,87	96,44	134,00	325,00	480,12
NO <sub>2</sub> (máx. horaria)	141,51	117,13	9,55	1830,00	107,28	53,00	77,50	172,76	240,30
SO <sub>2</sub> (promedio 24h)	53,45	46,44	6,46	324,12	33,82	21,38	30,28	65,90	154,01
Partículas (promedio 24 h.)	84,43	74,91	10,33	544,76	42,38	44,23	57,02	101,49	198,61
NO <sub>2</sub> (promedio 24 h.)	75,80	66,86	8,50	816,80	43,49	32,25	45,26	92,24	187,53

Red de Vigilancia ambiental. Ayuntamiento de Cartagena

**Gráfica 27.1. Promedios anuales de los niveles de inmisión de la concentración máxima horaria diaria (microg/m<sup>3</sup>) de SO<sub>2</sub>, partículas en suspensión y NO<sub>2</sub>. Cartagena 1992-2001**



Esta mejora se vio reflejada también en la disminución del plomo en aire que tras el cierre de la empresa Peñarroya en 1991 significó el que se estuviese en unos parámetros admitidos (tabla 27.2). No obstante dado que durante décadas se estuvo emitiendo en la atmósfera gran cantidad de plomo, se siguen realizando, por el Departamento de Ingeniería Química y Ambiental de la Universidad Politécnica de Cartagena, estudios de determinación de plomo en diferentes sustratos geológicos<sup>1</sup>.

**Tabla 27. 2. Valor medio, máximo y mínimo (mg/m<sup>3</sup>) anuales de plomo en las estaciones medidoras. Cartagena, 1996-2001**

	Bastarreche			Pista Polideportiva			Lo Campano		
	Media	Mínima	Máxima	Media	Mínima	Máxima	Media	Mínima	Máxima
<b>1996</b>	0,296	0,069	0,676	0,115	0,025	0,749	0,326	0,003	6,540
<b>1997</b>	0,269	0,092	0,564	0,085	0,009	0,258	0,184	0,025	2,717
<b>1998</b>	0,327	0,105	0,971	0,104	0,025	0,592	0,143	0,025	0,822
<b>1999</b>	0,297	0,141	0,657	0,100	0,009	0,333	0,124	0,019	0,848
<b>2000</b>	0,236	0,085	0,541	0,117	0,005	1,048	0,136	0,009	0,965
<b>2001</b>	0,190	0,060	0,350	0,067	0,003	1,190	0,129	0,025	1,574

Grupos de Investigación Química del Medio Ambiente y Aerobiología y Toxicología Ambiental. Universidad Politécnica de Cartagena.

## 27.1. MEDIDA DE LA EXPOSICIÓN

La calidad del aire de la Comunidad de Murcia es evaluada sistemáticamente por medio de la Red Regional de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica<sup>2</sup> siguiendo las normas de las Directivas europeas para cada contaminante. En el último quinquenio en algunos casos puntuales se llegaron a superar los valores límites como los óxidos de nitrógeno en la estación de Bastarreche (distintas ocasiones en el periodo 1996-2000) y las partículas en la misma estación (1999-2000). Asimismo se superó el umbral de protección a la salud (el 2% del total) de ozono en la estación de Aljorra (1999-2000). El resto de la región ha presentado una problemática distinta, ya que la contaminación en muchos casos ha sido debida al tráfico rodado, que en alguna ocasión superó los valores límite como en el caso de la plaza de Castilla en la ciudad de Murcia (1997-1998). Asimismo en Lorca se superaron en 86 ocasiones (el 23% del total) del umbral de protección de la salud de ozono - contaminante secundario que precisa de la acción solar-. En 1999 y en vista de las evidencias epidemiológicas se aprobaron directivas comunitarias que establecen distintos plazos para disminuir los valores límite de inmisión existentes hasta ese momento (tabla 27.3)<sup>3</sup>.

Tabla 27. 3. VALORES LÍMITE PARA DISTINTOS CONTAMINANTES DIRECTIVA 1999/30/CE

VALOR LÍMITE  (periodo de promedio)	DÍOXIDO DE AZUFRE			DÍOXIDO DE NITRÓGENO Y ÓXIDOS DE NITRÓGENO			PARTÍCULAS (PM <sub>10</sub> )			PLOMO		
	VALOR LÍMITE (no podrá superarse por año civil)	MARGEN DE TOLERANCIA (a la entrada en vigor directiva)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DEL VALOR LÍMITE	VALOR LÍMITE (no podrá superarse por año civil)	MARGEN DE TOLERANCIA (a la entrada en vigor directiva)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DEL VALOR LÍMITE	VALOR LÍMITE (no podrá superarse por año civil)	MARGEN DE TOLERANCIA (a la entrada en vigor directiva)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DEL VALOR LÍMITE	VALOR LÍMITE	MARGEN DE TOLERANCIA (a la entrada en vigor directiva)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DEL VALOR LÍMITE
<b>HORARIO</b> para la protección de la salud humana (1 hora)	350 µg/m <sup>3</sup>  (24 ocasiones)	150 µg/m <sup>3</sup>	1 enero 2005	200 µg/m <sup>3</sup>  (18 ocasiones)	50%	1 de enero 2010						
<b>DIARIO</b> para la protección de la salud humana (24 horas)	125 µg/m <sup>3</sup>  (3 ocasiones)	Ninguno	1 de enero 2005				50 µg/m <sup>3</sup> (35 ocasiones)	50% desde 1/01/01, con una reducción anual constante hasta alcanzar el 0% el 1/01/05	1 de enero 2005			
				50 µg/m <sup>3</sup> (7 ocasiones)	50% desde 1/01/05, con una reducción anual constante hasta alcanzar el 0% el 1/01/10	1 de enero 2010						

<b>ANUAL</b> para la protección de la salud humana (1 año civil)				40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	50%	1 de enero 2010	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	20% desde 1/01/01, con una reducción anual constante hasta alcanzar el 0% el 1/01/05	1 de enero 2005	0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	100%	1 de enero 2005
							20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	50% desde 1/01/05, con una reducción anual constante hasta alcanzar el 0% el 1/01/10	1 de enero 2010	1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ inmedia ciones de fuentes		1 de enero 2010
<b>ANUAL</b> para la protección de los ecosistema s (Año civil e invierno)	20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	ninguno	19 de julio 2001									
<b>ANUAL</b> para la protección de la vegetación (1 año civil)				30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Ninguno	19 de julio 2001						

## 27.2. Medida del efecto

Los sucesivos estudios realizados en Cartagena por el proyecto multicéntrico EMECAM (Estudio Multicéntrico Español sobre Contaminación Atmosférica y Mortalidad) han aportado datos para resultados globales de las ciudades en España, aunque localmente no se pudo concluir, al elaborarse con modelos estadísticos que resultaron metodológicamente inestables<sup>4</sup>. Estos modelos asociaron el promedio diario de partículas totales en suspensión (PTS) con mayor mortalidad cardiovascular en el semestre cálido (mayo-octubre) (RR=1,0072 para incremento de  $1\mu\text{g}/\text{m}^3$ , IC95% 1,008-1,140); y a la máxima horaria diaria de PTS con mayor mortalidad cardiovascular (RR=1,021, 1,001-1,140), por un lado, y mayor mortalidad respiratoria (RR=1,006, 1,002-1,011) por otra, ambas en el semestre frío; y paradójicamente, también una menor mortalidad general en ancianos en temporada cálida.

Dentro del mismo proyecto EMECAM<sup>5</sup> y con datos de 13 ciudades españolas, y utilizando modelos más robustos, se observa un aumento del 0,8% de la mortalidad por humos negros, una menor y más heterogénea mortalidad por partículas según el indicador de mortalidad, un 0,5% de incremento de la mortalidad por  $\text{SO}_2$ ; y que la mortalidad por causas más específicas (cardiovasculares y respiratorias) era mayor, especialmente en las entidades respiratorias. En ese mismo estudio y en la ciudad de Cartagena se evidenciaron asociaciones positivas significativas entre promedio diario PTS y mortalidad respiratoria. El resto fueron asociaciones negativas o no significativas. En ciudades del arco Mediterráneo con menor población y menor mortalidad diaria que en Cartagena han encontrado asociaciones positivas y significativas entre contaminación y mortalidad<sup>6</sup>. La falta de relación encontrada en Cartagena puede deberse a la gran extensión del término municipal y la focalización en el polígono industrial del Hondón de la contaminación industrial. Dado que son necesarios nuevos estudios que evalúen con mayor exactitud, la relación con la contaminación atmosférica industrial, se continúan efectuando análisis de la morbilidad -como los asistidos en urgencias hospitalarias por asma y EPOC o los ingresos hospitalarios urgentes cardiorrespiratorios - que puede ocasionar la contaminación.

Tras el cierre de la fábrica "Potasas y derivados", Cartagena ha experimentado un descenso importante en las cifras de inmisión de los contaminantes, aunque se están instalando otras empresas energéticas en el Valle de Escombreras, que será preciso monitorizar. Será preciso evaluar si el descenso antes comentado de la polución es seguido de una disminución de las patologías asociadas, así como controlar el posible efecto de exposición crónica y prolongada. Dentro de los Proyectos EMECAM y EMECAS se ha seguido evaluando el efecto que ha tenido la contaminación química atmosférica sobre la mortalidad y morbilidad de los cartageneros

Es preciso asimismo continuar con las determinaciones de contaminantes haciendo especial hincapié en la contaminación de las nuevas industrias en Cartagena, así como la posible repercusión de la contaminación producida por el tráfico rodado en la región de Murcia.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

<sup>1</sup> Aerosol atmosférico de cartagena: red de captación de alto volumen. Materia particulada sedimentable. Aerobiología. Año 2001. Grupos de investigación química del medio ambiente y aerobiología y toxicología ambiental. Universidad Politécnica de Cartagena.

<sup>2</sup> Informe anual de la calidad del aire de la Comunidad Autónoma de Murcia. 1995-1996 a 1999-2000. Secretaría Sectorial del Agua y Medio Ambiente. Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente.

<sup>3</sup> DIRECTIVA 1999/30/CE DEL CONSEJO de 22 de abril de 1999, relativa a los valores límite de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y óxidos de nitrógeno, partículas y plomo en el aire ambiente.

<sup>4</sup> Guillén JJ, Cirera LI, et al. Efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la mortalidad. Resultados del Proyecto EMECAM en Cartagena. Rev Esp Salud Pública 1999; 73:215-224.

<sup>5</sup> F Ballester, M Sáez, S Pérez-Hoyos, C Iñiguez, A Gandarillas, A Tobías, J Bellido, M Taracido, F Arribas, A Daponte, E Alonso, A. Cañada, F Guillén-Grima, L Cirera, M J Pérez-Boillos, C Saurina, F Gómez, and J M Tenías. The EMECAM project: a multicentre study on air pollution and mortality in Spain: combined results for particulates and for sulfur dioxide. Occup Environ Med 2002;59 300 - 308.

<sup>6</sup> Bellido J, et al. Efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la mortalidad. Resultados del Proyecto EMECAM en Castellón, 1991-1995. Rev Esp Salud Pública 1999; 73:225-232.

## **28. CONTROL DE RESIDUOS Y DE LA CONTAMINACIÓN DEL SUELO**

José Sanz Navarro<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

## 28.1.-RESIDUOS SANITARIOS.

Los residuos sanitarios son considerados como tóxicos y peligrosos por el Real Decreto 952/1997, por el que se adapta a nuestra legislación nacional el Catálogo Europeo de Residuos.

Además la Ley 10/1998, de Residuos, obliga a los productores de residuos tóxicos y peligrosos a separar y no mezclar los residuos, a envasarlos y etiquetarlos adecuadamente, a llevar un registro de los residuos producidos y del destino que se les da, y a suministrar al gestor de residuos la información necesaria para su adecuado tratamiento.

En las tablas 28.1, 28.2 y 28.3 vienen recogidas las inspecciones realizadas a Centros Sanitarios durante los años 1999, 2000 y 2001, en relación con los residuos sanitarios.

**Tabla 28.1.-Inspecciones realizadas por Sanidad Ambiental en Centros Sanitarios. Año 1999**

AREAS	Nº CENTROS	CAP	CD	CE	CS	HO
I	54	2	0	11	38	3
II	17	0	0	0	15	2
III	15	0	0	1	13	1
IV	5	0	0	0	4	1
V	5	0	1	1	2	1
VI	14	0	0	1	12	1
TOTALES	110	2	1	14	84	9

CAP: Centro de Atención Primaria; CD: Centro de Diálisis; CE: Centro de Especialidades; CS: Centro de Salud; HO: Hospital

Fuente: Sección de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

**Tabla 28.2.- Inspecciones realizadas por Sanidad Ambiental en Centros Sanitarios. Año 2000**

AREAS	Nº CENTROS	CLD	LAC	CS	CM
I	47	21	13	6	7
II	12	0	5	1	6
III	5	0	1	0	4
IV	3	1	1	0	1
V	0	0	0	0	0
VI	14	0	0	5	9
TOTALES	81	22	20	12	27

CLD: Clínicas Dentales; LAC: Laboratorio de Análisis Clínicos; CS: Centro de Salud; CM: Centro Médico  
Fuente: Sección de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

**Tabla 28.3.- Inspecciones realizadas por Sanidad Ambiental en Centros Sanitarios. Año 2001**

AREAS	Nº CENTROS	CLD	LAC	CS	CM
I	0	0	0	0	0
II	0	0	0	0	0
III	0	0	0	0	0
IV	0	0	0	0	0
V	0	0	0	0	0
VI	12	0	4	6	2
TOTALES	12	0	4	6	2

Fuente: Sección de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública

Las deficiencias encontradas en las inspecciones realizadas son las siguientes:

- La segregación de los diferentes residuos no es adecuada en algunos casos.
- La retirada de los residuos desde los lugares de producción hasta el almacén (en muchos hospitales no existe almacén central) no se realiza con las suficientes medidas de seguridad; los carritos de transporte carecen de sistema antiderrame.
- Muchos Centros Sanitarios, especialmente clínicas dentales y laboratorios de análisis clínicos, carecen de la autorización de productor de residuos tóxicos y peligrosos, y por tanto, no envían el Informe Anual de su producción de éstos residuos a la Consejería de Medio Ambiente.

La recogida de residuos sanitarios por entidades autorizadas para su transporte y tratamiento adecuado se lleva a cabo por dos empresas ubicadas en nuestra Región. Estas recogen los residuos producidos por los Hospitales y Centros de Salud de la Comunidad Autónoma y los residuos biológicos especiales (residuos de laboratorios de análisis clínicos y de anatomía patológica, bolsas de sangre, equipos de diálisis, agujas y bisturís, etc.) retirados durante el año 2001 han sido de 724.515,10 Kg, mientras que los residuos citostáticos retirados durante ese año fueron 28.675,70 Kg (restos de medicamentos citostáticos, viales, agujas, etc.). Los residuos biológicos especiales retirados en hospitales suponen un 75,27% del total , mientras que los residuos citostáticos suponen 84,36%.

Existe un gran número de centros sanitarios (clínicas dentales, laboratorios de análisis clínicos) que no realizan una adecuada gestión de los residuos que generan, aunque su producción individual y total no es muy grande. Habría que promover sistemas de gestión apropiados de modo que la recogida y tratamiento de los residuos sea económicamente viable para estos centros sanitarios.

En líneas generales, los grandes centros sanitarios sí disponen de gestor de residuos, pero algunos no disponen de Plan de Gestión Intracentro y de otros se desconoce si lo tienen. Igualmente, se debería potenciar la educación sanitaria de los trabajadores que manipulan este tipo de residuos para que conozcan los riesgos a que están sometidos ellos mismos y para que, realizando una separación y transporte correctos en los centros sanitarios, se proteja la salud pública. Ver tablas 28.4 y 28.5

**Tabla 28.4.-Censo de Centros Sanitarios Registro Establecimientos Sanitarios (R.E.S)**

<b>Tipo de Centro Sanitario.</b>	<b>Nº</b>
HOSPITALES	21
POLICLÍNICAS	92
CENTROS DE SALUD	74
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>

Fuente: Registro de Establecimientos Sanitarios. D. G. de Ordenación y Acreditación Sanitaria

**Tabla 28.5.- Centros Sanitarios que gestionan sus residuos sanitarios con SISSA O CLAERH (2001)**

<b>TIPO DE CENTRO SANITARIO</b>	<b>Nº</b>
HOSPITALES	15
POLICLÍNICAS	13
CENTROS DE SALUD	74
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>

Fuente: Sistemas Integrales Sanitarios, S.A. (SISSA), CLAERH, S.A.

Se debería proceder a la elaboración de legislación específica en materia de gestión de residuos sanitarios, en colaboración con la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente, como ya han hecho la mayoría de las CCAA, que contemplaran la creación de Planes Integrales de Gestión de Residuos Sanitarios para cada uno de los centros sanitarios.

## **29. PROGRAMAS DE CONTROL OFICIAL DE ALIMENTOS**

José Ramón Tauste Carrión<sup>1</sup>

Blas Alfonso Marsilla de Pascual<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública, D.G. de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo

La medida más importante que tiene la Administración Sanitaria para vigilar y monitorizar la seguridad de los alimentos que ingerimos, es el establecimiento de control oficial de alimentos, sobre el que hay poca discusión en cuanto a sus contenidos, dado que los organismos internacionales FAO/OMS, OIE, OMC, UE, etc., están de acuerdo en que dichos programas deben integrar como mínimo actividades de inspección, toma de muestras, control de higiene y formación de manipuladores, supervisión de los sistemas de autocontrol, y otras actividades específicas (Convenios con sectores profesionales).

Tradicionalmente El CONTROL OFICIAL DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS (en lo sucesivo CONTROL ALIMENTARIO), consiste en esencia en la realización de unas actividades concretas: INSPECCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS, CONTROL DE LA HIGIENE DEL PERSONAL, EXAMEN DE MATERIAL ESCRITO Y DOCUMENTAL, VERIFICACION DE LOS SISTEMAS DE AUTOCONTROL SANITARIO.

Estas actividades se realizan en los establecimientos alimentarios y afectan a las condiciones estructurales, higiénico sanitarias, de buenas practicas de manipulación y en su caso a los productos, de aquellos que los: producen, fabrican, importan, exportan, tratan, almacenan, transportan, distribuyen, comercializan.

El Control Alimentario, ejecutado por la Administración de Salud Pública, tiene cómo finalidad la comprobación de la conformidad de los establecimientos y sus productos, con las disposiciones dirigidas a prevenir los peligros para la Salud Pública, los intereses de los Consumidores garantizar que la información que estos reciben sea fehaciente y a conseguir transacciones comerciales leales.

Los Controles son realizados por los Inspectores de Salud Pública, distribuidos en las seis Áreas de Salud de la Región de Murcia en equipos dirigidos por un Coordinador de Inspecciones de Salud Pública, recibiendo estos a su vez las directrices desde el Servicio de Salud Pública.

El Control Alimentario se realiza, cómo norma general sin previo aviso, de forma: habitual, periódica y programada y siempre que existan indicios de irregularidad

Con el fin de priorizar y hacer mas eficaz el Control Alimentario, considerando los problemas de salud de mayor incidencia y los sectores de mayor riesgo. Las actividades se programan por objetivos, definiendo en estos las actividades a realizar. A la hora de establecer objetivos se tienen en cuenta: las directrices procedentes de la O.M.S. , de la Comisión Europea, del Ministerio de Sanidad y Consumo y especialmente, la realidad socio-sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El conocimiento, tanto del número de establecimientos cómo de las actividades que desarrollan, es imprescindible para elaborar los Programas de Objetivos del Control Alimentario. En esencia los establecimientos los podemos clasificar en dos categorías: establecimientos que sólo mantienen actividad con terceros y establecimientos de venta directa a consumidor final. Los datos de los primeros están recogidos en la Base de Datos del Registro General Sanitario de Alimentos y respecto de los segundos se incluyen en las correspondientes a los Registros de Autorizaciones Sanitarias de: Obradores de Carnicerías – Salchicherías, Establecimientos de Comidas Preparadas y Establecimientos de Venta no Permanente, la información correspondiente al resto de establecimientos, estos son minoristas en general, se encuentra en los archivos de las Áreas de Inspección:

El número total estimado, a 31 de diciembre de 2001, de cada uno de los diferentes tipos de establecimientos se indica en la tabla (29.1). El motivo de dar una estimación es debido al continuo cambio que se produce en los mismos cómo consecuencia de aperturas, cierres, suspensiones temporales, cambios de titularidad, etc , hechos estos particularmente frecuentes en los establecimientos distintos de los incluidos en el Registro General Sanitario de Alimentos.

<b>(29.1) NÚMERO ESTIMADO DE ESTABLECIMIENTOS A 31 / 12 / 2.001</b>	
REGISTRO GENERAL SANITARIO DE ALIMENTOS (INDUSTRIAS)	3.792
OBRADORES DE CARNICEROS SALCHICHEROS Y CHARCUTEROS	1.073
COMIDAS PREPARADAS	4.358
ESTABLECIMIENTOS DE VENTA NO PERMANENTE	239
ESTABLECIMIENTOS MINORISTAS	3.675

Fuente: Memoria de la Consejería de Sanidad y Consumo 2.001 e información de las Áreas de Inspección.

En los establecimientos mencionados, durante el periodo 1.997 - 2.001, se han realizado las Inspecciones y Toma de Muestras que se indican en las tablas (29.2) y (29.3). Las actuaciones se realizaron con el fin de comprobar: la higiene y buenas practicas de manipulación del personal. examen de material escrito y documental. verificación de los sistemas de autocontrol sanitario y la adecuación de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos.

<b>(29.2) VISITAS DE INSPECCIÓN<sup>(a)</sup></b>						
<b>AÑO / ESTABLECIMIENTO</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>TOTAL</b>
CÁRNICO	6.028	4.243	2.962	3.924	2.443	19.600
PESCADOS	1.635	493	386	1.296	1.009	4.819
LÁCTEOS	80	90	95	127	153	545
PANADERÍA	1.121	1.129	1.461	1.001	890	5.602
VEGETALES.	400	304	181	676	160	1.721
MINORISTAS	4.244	2.101	2.987	1.558	1.461	12.351
COMIDAS PREPARADAS	2.514	4.112	3.234	4.231	4.030	18.121
MERCADILLOS	2.059	772	3.234	3.210	890	10.165
OTROS	2.309	1.890	2.618	2.553	1.153	10.523
<b>TOTAL</b>	<b>20.390</b>	<b>15.134</b>	<b>17.158</b>	<b>18.576</b>	<b>12.189</b>	<b>83.447</b>

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo e información de las Áreas de Inspección.

<b>(29.3) TOMA DE MUESTRAS<sup>(a)</sup></b>						
<b>AÑO / ESTABLECIMIENTO</b>	<b>1.997</b>	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000<sup>(b)</sup></b>	<b>2.001</b>	<b>TOTAL</b>
CÁRNICO	1.572	1.127	748	N.I.	484	3.931
PESCADOS	314	433	613	N.I.	174	1.534
LÁCTEOS	210	260	300	N.I.	125	895
PANADERÍA	148	58	24	N.I.	24	254
VEGETALES.	44	107	66	N.I.	27	244
MINORISTAS	85	72	239	N.I.	80	476
COMIDAS PREPARADAS	257	151	176	N.I.	244	828
<b>TOTAL</b>	<b>2.630</b>	<b>2.208</b>	<b>2.166</b>	<b>N.I.</b>	<b>1.158</b>	<b>8.162</b>

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo e información de las Áreas de Inspección.

- (a) No se incluyen las inspecciones y tomas de muestras derivadas de las actuaciones del P.N.I.R. y ZONOSIS
- (b) N.I.: Durante este año y dado que el Laboratorio de Salud Pública estaba inmerso en el proceso de Acreditación, no se tomaron las muestras previstas en el Programa 2000 y sólo se procedió a remitir muestras en aquellos casos que se estimó estrictamente necesario. Dado que no se sistematizó la toma de estas muestras NO se INCLUYO su número en la Memoria 2.000.

Las desviaciones detectadas en las actividades mencionadas en el primer párrafo motivaron, además de reinspecciones, actuaciones administrativas que se recogen en la tabla (29.4)

<b>(29.4) ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS CONSECUENTES A DESVIACIONES DETECTADAS EN EL CONTROL OFICIAL</b>						
<b>AÑO / ESTABLECIMIENTO</b>	<b>1.997</b>	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000<sup>(b)</sup></b>	<b>2.001</b>	<b>TOTAL</b>
SUSPENSIONES DE ACTIVIDAD	7	12	19	23	29	90
RESOLUCIONES DE DECOMISO	52	37	30	15	25	159
EXPEDIENTES SANCIONADORES	183	175	152	154	149	813

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo e información de las Áreas de Inspección.

Los resultados globales, desde 1.997 hasta el 2.001, de las actividades relacionadas con las actividades de Formación de Manipuladores de Alimentos, son los que se indican en la tabla (29.5), además es preciso destacar que, con el fin de desarrollar el Real Decreto 202/ 2000, de 11 de febrero, por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos, para su aplicación en el ámbito de nuestra Región, se ha elaborado el Decreto 66/2001, de 14 de septiembre, por el que se regula la formación continuada obligatoria de los manipuladores de alimentos, que fue publicado en el B.O.R.M. el día 22 de septiembre de 2001.

<b>(29.5) DATOS SOBRE FORMACIÓN DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS</b>						
<b>AÑO / ESTABLECIMIENTO</b>	<b>1.997</b>	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000<sup>(b)</sup></b>	<b>2.001</b>	<b>TOTAL</b>
NÚMERO DE ENTIDADES COLABORADORAS AUTORIZADAS	11	9	18	20	48	106
NÚMERO DE EXAMENES DE MANIPULADORES REALIZADOS	204	162	232	211	262	1.071
MANIPULADORES PRESENTADOS A EXAMEN	5.880	4.213	9.485	10.902	9.180	39.660
MANIPULADORES QUE OBTUBIERON EL CARNET	5.409	3.750	8594	9.819	8.344	35.916

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo e información de las Áreas de Inspección.

El Control Alimentario ha evolucionado de ser las Autoridades Sanitarias, las que mediante sus procedimientos de inspección y toma de muestras, garantizaban la seguridad de los alimentos que eran puestos a disposición de los consumidores, a que cada vez más, son los profesionales del sector los responsables de garantizar la seguridad de los alimentos que fabrican, elaboran, transforman, almacenan, transportan, distribuyen, exportan e importan. Para ello tienen la obligación según establece la normativa vigente, de mantener sistemas de autocontroles sanitarios, basados en el sistema A.P.P.C.C. (Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos) que adecuadamente mantenidos permitan al consumidos tener la tranquilidad de que disponen de alimentos seguros.

Para facilitar la consecución de este importante Objetivo, además de la labor de Educación Sanitaria que realizan los Inspectores de Salud Pública, se han realizado y se pretende seguir en esta línea, Convenios con Sectores Alimentarios y Publicaciones Divulgativas que ayudan a los responsables de los establecimientos a iniciar y mantener practicas que garanticen la seguridad de sus productos. No obstante, compete pues, a las Autoridades Sanitarias, verificar y supervisar estos sistemas.

## **30. CALIDAD SANITARIA DE LOS ALIMENTOS.**

José Ramón Tauste Carrión<sup>1</sup>

Salvador Muñoz Sánchez<sup>1</sup>

Evolución de la calidad sanitaria de los alimentos producidos en la Región de Murcia, por monitorización de riesgos para la salud a nivel de: condiciones higiénico sanitarias, autocontrol sanitario y tomas de muestras para evaluación de eficacias de métodos de limpieza y desinfección.

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública, D.G. de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo

Uno de los atributos de la calidad de los alimentos es el que mide la SEGURIDAD ALIMENTARIA del alimento. Un alimento con CALIDAD ALIMENTARIA es aquel que es SEGURO y en consecuencia los riesgos, derivados de su uso cómo materia prima o consumo directo para la salud de las personas, se han minimizado. Cómo riesgo se entiende la posibilidad, cuantificada o con posibilidad de evaluarse, de que un peligro identificado cómo tal, ocasione un menoscabo en la salud de una persona o de una población. Por consiguiente en lo sucesivo nos referiremos a los alimentos con calidad sanitaria en los términos de ALIMENTO SEGURO.

Todas las fases de la cadena alimentaria, desde producción hasta la comercialización, han de ser realizadas en condiciones tales que los posibles peligros, susceptibles de producirse en la misma, no se produzcan y en consecuencia los riesgos se hayan minimizado.

Los establecimientos y operadores económicos que desarrollan alguna/as actividades alimentarias vienen obligados, en principio por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en particular por aquellas Normas de aplicación específica de cada sector, a cumplir con unas condiciones higiénico – sanitarias, que les permitan ofrecer alimentos seguros. En las tablas (30.1) y (30.2), se aportan datos de la situación de incumplimiento en el año 1.997 y situación de los establecimientos alimentarios, tomando cómo referente aquellos sobre los que se ha actuado con la apertura de un expediente sancionador, debiendo dejar claro que sólo el 1,22 % (12.189 inspecciones en 2001 y 149 expedientes) de las inspecciones dio lugar a un expediente sancionador grave.

<b>(30.1) DEFICIENCIAS MAS IMPORTANTE EN <u>TODO TIPO</u> DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS EN <u>1.997</u></b>	
ESTRUCTURALES	4,6 %
HÁBITOS DE MANIPULACIÓN CORRECTOS	19,8 %
HIGIÉNICAS	8,6 %
SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA VECTORES	5,7 %
CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	18,5 %
FORMACIÓN DE MANIPULADORES	16,0 %

Fuente: Memoria de la Consejería de Sanidad y Consumo 1.997

<b>(30.2) DEFICIENCIAS MAS IMPORTANTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS SOMETIDOS A EXPEDIENTE SANCIONADOR EN 2.001 <sup>(a)</sup></b>	
ESTRUCTURALES	19 %
HÁBITOS DE MANIPULACIÓN CORRECTOS	37 %
HIGIÉNICAS	60 %
SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA VECTORES	28 %
CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	60 %
FORMACIÓN DE MANIPULADORES	61 %

Fuente: Memoria de la Consejería de Sanidad y Consumo 2.001

(a) Sólo el 1,22 % (12.189 inspecciones en 2001 y 149 expedientes) de las inspecciones dio lugar a un expediente sancionador .

Con el R.D. 2207/1995, de 28 de diciembre por el que se establecen las normas de higiene relativas a los productos de los alimentos, se da un paso mas en el establecimiento de requisitos para la consecución de alimentos seguros. Concretamente en su Artículo 3. obliga a las empresas alimentarias a identificar cualquier aspecto de su actividad que pueda determinar que sus alimentos sean inseguros, debiendo poner en practica, cumplir y actualizar, sistemas eficaces de control sanitario. Estos sistemas, así asumidos por las empresas, son lo que se conoce cómo AUTOCONTROLES SANITARIOS siendo, no obstante, competencia de las Administraciones de Salud Pública la supervisión y verificación de su adecuada: implantación, mantenimiento y cumplimiento.

La Comisión de Coordinación y Cooperación en Salud Alimentaria acordó en 1.996, siendo ratificado este por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, que durante 1.997 se iniciarían la implantación de Autocontroles Sanitarios, de forma prioritaria, en los establecimientos de los sectores armonizados: carne, leche, productos de la pesca y acuicultura. En la C.A. de la Región de Murcia y de acuerdo con los Recursos Humanos (número de Inspectores Veterinarios de Salud Pública) disponible se consiguió durante 1.997, la implantación en la mayoría de los establecimientos dedicados a la elaboración de productos cárnicos y durante 1.998 en los de productos lácteos y los de la pesca y acuicultura. De forma paulatina se fueron implantando en todos y en aquellos que se han ido autorizando desde 1.997, la presentación de un Programa de Autocontrol Sanitario ha sido un requisito indispensable para la concesión de la correspondiente Autorización Sanitaria.

En las tablas (30.3) y (30.4) se reflejan los porcentajes de implantación y evolución del mantenimiento de los Sistemas de Autocontrol. Los resultados de la monitorización de las condiciones higiénicas, se ha realizado mediante la toma de muestras, para determinaciones microbiológicas, de superficies en contacto con alimentos para evaluación de la eficacia de métodos de limpieza y desinfección, siendo los datos globales los que se muestran en las tablas (30.5) y (30.6). En Establecimientos Lácteos se ha priorizado el muestreo sobre productos elaborados ya que, la Normativa que le es de aplicación así lo exige, no obstante se estima conveniente, que en lo sucesivo se realicen muestreos de superficies análogos a los que se realizan en los otros tipos de industrias.

<b>(30.3) IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE AUTOCONTROL</b>		
<b>AÑO</b>	<b>SECTOR ALIMENTARIO</b>	<b>IMPLANTACIÓN</b>
1.997	ESTABLECIMIENTOS CÁRNICOS	79 %
1.998	ESTABLECIMIENTOS LÁCTEOS	100 %
1.998	ESTABLECIMIENTOS DE LA PESCA	75 %

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo.

<b>(30.4) MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE AUTOCONTROL</b>				
<b>SECTOR ALIMENTARIO</b>	<b>MANTENIMIENTO</b>			
	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000</b>	<b>2.001</b>
ESTABLECIMIENTOS CÁRNICOS	67 %	81 %	47 %	36 %
ESTABLECIMIENTOS LÁCTEOS	-	66 %	80 %	N. E.
ESTABLECIMIENTOS DE LA PESCA	-	86 %	50 %	51 %

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo.

N.E.: No se Evaluó.

<b>(30.5) RESULTADOS DE TOMAS DE MUESTRAS PARA EVALUACIÓN DE EFICACIAS DE MÉTODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN</b>				
<b>SECTOR ALIMENTARIO</b>	<b>SUPERAN RECuento DE AEROBIOS TOTALES</b>			
	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000</b>	<b>2.001</b>
ESTABLECIMIENTOS CÁRNICOS	22,5 %	11,6 %	N. I.	33,0 %
ESTABLECIMIENTOS DE LA PESCA	46,0 %	42,2 %	N. I.	10,0 %

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo

N.I.: Durante este año y dado que el Laboratorio de Salud Pública estaba inmerso en el proceso de Acreditación, no se tomaron las muestras previstas en el Programa 2000 y sólo se procedió a remitir muestras en aquellos casos que se estimó estrictamente necesario. Dado que no se sistematizó la toma de estas muestras NO se INCLUYO su número en la Memoria 2.000.

<b>(30.6) RESULTADOS DE TOMAS DE MUESTRAS PARA EVALUACIÓN DE EFICACIAS DE MÉTODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN</b>				
<b>SECTOR ALIMENTARIO</b>	<b>SUPERAN RECuento DE <u>ENTEROBACTERIACEAS</u></b>			
	<b>1.998</b>	<b>1.999</b>	<b>2.000</b>	<b>2.001</b>
ESTABLECIMIENTOS CÁRNICOS	14,5 %	6,1%	N. I.	18,5 %
ESTABLECIMIENTOS DE LA PESCA	32,5 %	22,4 %	N. I.	0,0 %

Fuente: Memorias de la Consejería de Sanidad y Consumo.

N.I.: Durante este año y dado que el Laboratorio de Salud Pública estaba inmerso en el proceso de Acreditación, no se tomaron las muestras previstas en el Programa 2000 y sólo se procedió a remitir muestras en aquellos casos que se estimó estrictamente necesario. Dado que no se sistematizó la toma de estas muestras NO se INCLUYO su número en la Memoria 2.000.

Por iniciativa del Servicio de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo mantienen, desde 1.995 y 1.996, sendos Convenios con Asociaciones del sector de comidas preparadas y del de establecimientos de la carne y productos cárnicos de venta directa a consumidor final, para facilitar la implantación de Autocontroles Sanitarios.

Las actividades de CONTROL ALIMENTARIO han puesto de manifiesto fluctuaciones y desviaciones en el adecuado mantenimiento de estos sistemas desde 1.997 hasta el 2.001, lo que se pone de manifiesto en lo comprobado en las actividades de inspección y en los resultados de la toma de muestras programadas para verificar, sobre todo, la eficacia de los sistemas de limpieza y desinfección. Es preciso resaltar que los resultados mas favorables se corresponden con los periodos en los que la presión inspectora ha sido mayor.

A la vista de los resultados poco satisfactorios, relacionados con el mantenimientos de Sistemas de Autocontrol Sanitario, en la actualidad se esta elaborando una estrategia para mejorar el seguimiento de estos sistemas en todos los establecimientos alimentarios y en especial en aquellos, que por su pequeño volumen de actividad, resulta mas difícil llevar a cabo estas tareas, la cual se fundamenta en definir cuales son los requisitos previos e imprescindibles para la adecuada implantación de sistemas A.P.P.C.C.

No obstante y ante la posibilidad de que los resultados de las evaluaciones, se hayan visto afectados, en mayor o menor medida, por las apreciaciones de la Inspección y no descartando el hecho de que pudiera existir desviaciones en los criterios de supervisión y verificación de

autocontroles, se han iniciado actividades de formación en la materia que en esencia consisten en: organización de Cursos por parte del Servicio de salud Pública y asistencia a Cursos, Jornadas, Seminarios, etc. organizados por Organismos de otras CC. AA. de personal de la Inspección de este Servicio. En cualquier caso, siguiendo directrices de la Comisión Europea y el MISACO, el nivel de exigencia de cumplimiento por parte de la Inspección se ha incrementando.

Sin menoscabo de dicho anteriormente, es preciso plantearse la conveniencia de disponer de un mayor número de Inspectores de Salud Pública, dedicado a la Seguridad Alimentaria, toda vez que en los últimos cinco años se ha pasado de una metodología de inspección meramente visual a la necesidad de intervenir mediante Auditorias Sanitarias, que además de determinar la necesidad una mejora en la formación de la Inspección, ponen de manifiesto una necesidad mayor de recursos Humanos ya que las actuaciones de la Inspección necesitan un mayor tiempo para su realización, por lo que teniendo en cuenta el número de establecimientos existentes y el creciente volumen en la producción de alimentos, se evidencia la necesidad de disponer de personal adscrito a la inspección alimentaria.

# 31.- BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Ana García Fulgueiras<sup>1</sup>

Alberto Zancajo Villa<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Murcia

<sup>2</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de salud Pública. Murcia

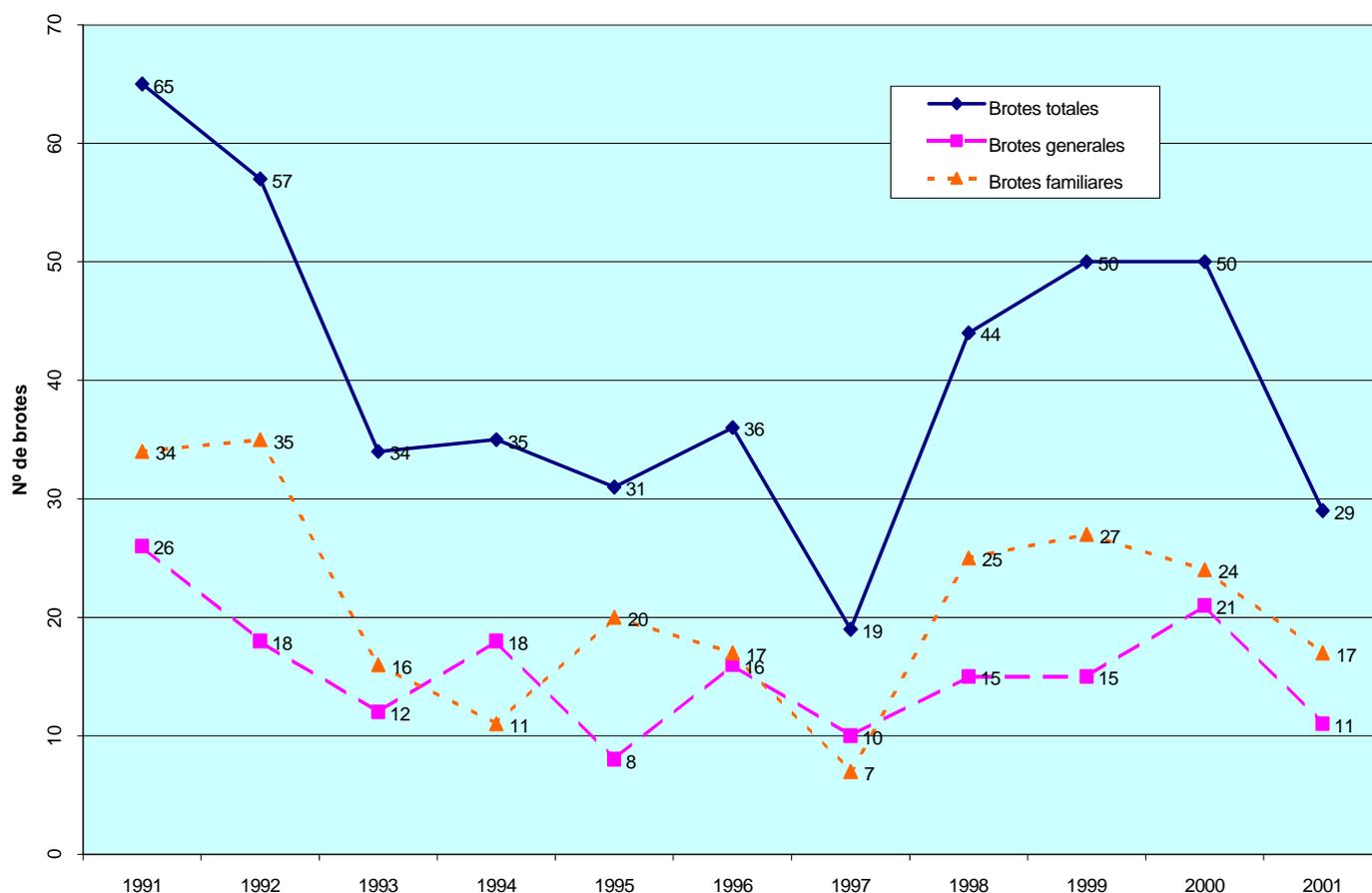
### **31.1.- INTRODUCCIÓN**

En 1.991 se puso en marcha un Programa de Vigilancia y Control de las Enfermedades de Transmisión Alimentaria en la Región de Murcia, cuyo principal objetivo era reducir la tasa de incidencia de este tipo de enfermedades en la Región de Murcia, mediante la mejora en la investigación de los brotes y en las medidas de prevención y control adoptadas.

A continuación se describe el análisis de la información recogida en la investigación de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en el periodo 1991-2001.

El número de brotes registrados en la Región de Murcia descendió notablemente entre 1991 y 1997. En 1998, por el contrario, se invirtió esta tendencia, observándose un aumento considerable en el número de brotes en los años 1998 a 2000. En el año 2001 el número de brotes se ha reducido nuevamente de forma considerable, volviendo a la situación registrada entre 1993-95. Según ámbito, en los brotes de ámbito familiar se observa una evolución muy similar a la descrita para el total de brotes. En los brotes de ámbito general, es decir, aquellos originados en establecimientos públicos, se observa una situación mas o menos estable desde 1992, en torno a los 15 brotes por año, destacando 1995 y 1997 como años de menor incidencia (8 y 10 brotes) y el año 2000 por un aumento de incidencia (21 brotes) . En el año 2001 nuevamente se ha registrado una disminución en el número de brotes de ámbito general. Si nos circunscribimos exclusivamente al sector de la elaboración y servicio de comidas preparadas (restaurantes, bares, comedores colectivos, etc.), en este ámbito se han producido entre 7 y 11 brotes anualmente en el último quinquenio, exceptuando el año 2000 en el que se registraron 17 brotes por lo que aumentó la incidencia de brotes de ámbito general (Gráficas 31.1 y 31. 2)

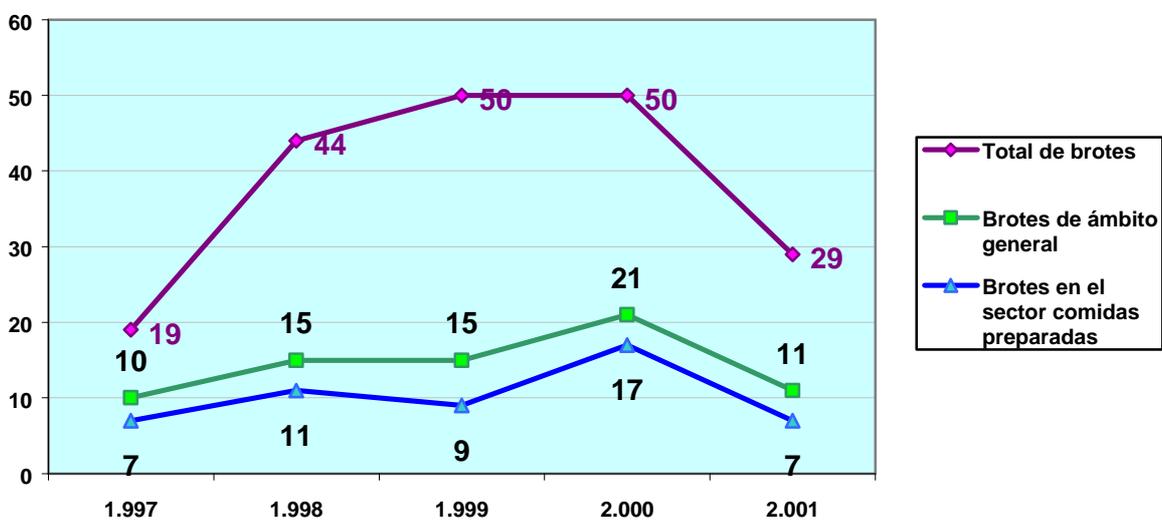
**Gráfica 31.1. Evolución del número de brotes de enfermedades de transmisión alimentaria en la Región de Murcia, 1991-2001**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica

**Gráfica 31.2.- Evolución de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Especial referencia al sector de Comidas Preparadas. Región de Murcia 1.997- 2.001**

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica



### 31.2.- EVOLUCIÓN DURANTE EL PERIODO 1.997- 2.001: ÁMBITO, NÚMERO DE CASOS Y ETIOLOGÍA.

En la Región de Murcia durante el año 2001 se registraron en el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo 29 brotes de transmisión alimentaria. De estos brotes, 11 (38%) fueron de ámbito general, 17 (59%) ocurrieron en el ámbito familiar y en 1 brote (3%) no se pudo precisar el terreno epidémico (Tabla 31.1)<sup>1</sup>.

**Tabla 31.1. Enfermedades de transmisión alimentaria. Región de Murcia 1997-2001**

	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Nº de casos notificados</b>	370	529	443	595	305
<b>Nº de casos incluidos en brotes (%)</b>	192(51,9)	468 (88,5)	332 (74,9)	506 (85,0)	282 (92,4)
<b>Nº de brotes según ámbito: total</b>	19	44	50	50	29
<b>    ámbito general (%)</b>	10(52,6)	15 (34,1)	15 (30,0)	21 (42,0)	11(37,9)
<b>    ámbito familiar (%)</b>	7(36,8)	25 (56,8)	27 (54,0)	24 (48,0)	17 (58,6)
<b>    ámbito desconocido (%)</b>	2(10,5)	4 (9,1)	8 (16,0)	5 (10,0)	1 (3,4)
<b>Media de afectados por brote</b>	10,1	10,6	6,6	10,1	9,7
<b>Nº de ingresos hospitalarios (%)</b>	15(7,8)	57 (12,2)	29 (8,7)	76 (15,0)*	36 (12,7)
<b>Nº de brotes debidos a Salmonella (% del total)</b>	8(42,1)	20 (45,4)	20 (40,0)	26 (52,0)	18 (62,1)
<b>Nº de afectados por brotes de Salmonella (% del total)</b>	57(29,7)	319 (68,1)	97 (29,2)	173 (34,2)	189 (67,0)
<b>Nº de brotes debidos a otra etiología (%)</b>	0(0,0)	4 (9,1)	5 (10,0)	3 (6,0)	1 (3,4)
<b>Nº de brotes de etiología desconocida **</b>	11(57,9)	20 (45,4)	25 (50,0)	21 (42,0)	10 (34,5)

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP. Murcia.

Notas: (\*) En el número de ingresos hospitalarios se incluyen 34 casos pertenecientes a 2 brotes ocurridos en centros sanitarios y que ya estaban previamente ingresados en los mismos.

(\*\*) Entre los brotes de etiología desconocida se incluyen aquellos en los que el agente etimológico de sospecha no ha podido confirmarse.

Al comparar con los tres años anteriores, se observa que ha disminuido el número de brotes, así como el número de afectados en los mismos, siendo esto así tanto para los brotes de ámbito general, como para los familiares. De esta forma se ha visto truncada la tendencia ascendente que se venía observando en el número de brotes anuales a partir de 1998, después de que en 1997 se notificaran únicamente 19 brotes (el menor número de brotes de transmisión alimentaria de la última década) (Gráfica 31.1).

En total en 2001 se notificaron al Sistema de Información Sanitaria de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (SISEDO) 305 casos de la rúbrica Toxi-infección alimentaria (TIA), de los cuales 282 (92%) se relacionaron con brotes, siendo el segundo año del último quinquenio con menor número de casos de TIA relacionados con brotes tras 1997 (Tabla 31.1).

Con respecto al ámbito de presentación de los brotes, al comparar con 2000, en el año 2001 se observa un descenso en el número de brotes de ámbito general, siendo su número muy similar al de 1997. Teniendo en cuenta el lugar de consumo o adquisición del alimento implicado como vehículo, hay que destacar que en 2.001 se ha vuelto al mismo nivel de 1.997 en los acaecidos en el seno del sector de elaboración y servicio de comidas preparadas (Gráfica 31.2).

En 2.001 se consiguió identificar la etiología en 19 brotes (65,5%), 9 brotes de ámbito general y 10 brotes familiares, registrándose en el periodo 97-01 una disminución en el número de brotes que quedan con etiología desconocida. Al igual que en estos últimos cinco años, el germen implicado con mayor frecuencia sigue siendo la Salmonella. En concreto en 2.001, se detectó en 18 brotes (52%), aislándose en 2 brotes Salmonella sp y en 16 brotes Salmonella enteritidis.

Respecto a los alimentos implicados, aquellos elaborados con huevos y especialmente los que se consumen sin posterior cocinado como mayonesa, sola o en ensaladilla son los más frecuentemente implicados como vehículo del agente etiológico.

En el ámbito estatal disponemos de información para el periodo 1993-98<sup>2</sup>. En dicho periodo se observa que el número de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos declarados ha

permanecido estable, oscilando en torno a los 920 brotes declarados/año. El agente etiológico predominante es *Salmonella Enteritidis* o spp (28% de los brotes del periodo), seguido a gran distancia por estafilococo (4,1%), sustancias tóxicas (2,6%), *Clostridium perfringens* (1,6%) y otros , desconociéndose la etiología en el 36,4% de los brotes. Los alimentos implicados mas frecuentemente, son huevos o mayonesa (37% de los brotes del periodo). Según el lugar donde el alimento fue comido o adquirido, el 49% de los brotes serían en el hogar y un 29% en bares/restaurantes. Los factores contribuyentes mas frecuentemente implicados serían las alteraciones de temperatura (45.6% de los brotes en que se conocen estos factores) como alimentos preparados con excesiva antelación a su consumo o preparación de cantidades excesivas, inadecuada refrigeración o inadecuado cocinado o calentamiento. En segundo lugar se encontraría el consumo de alimentos crudos (13.2%), seguido de manipulación inadecuada (manipulación incorrecta, higiene insuficiente, uso de sobras o contaminación cruzada) y por último factores ambientales como locales inadecuados o los asociados directamente con los manipuladores.

### **31.3.- INSPECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS IMPLICADOS Y MEDIDAS ADOPTADAS.**

Durante las inspecciones practicadas en los establecimientos implicados en la aparición de los brotes de ámbito general, se ha constatado que los factores contribuyentes mayoritariamente detectados en los últimos cinco años han sido los descritos a continuación, variando ampliamente el porcentaje de concurrencia de los mismos según el año (Tabla 31.2):

- Alteraciones en relación con la temperatura de los alimentos ( conservación a temperatura ambiente, inadecuado cocinado o calentamiento, refrigeración insuficiente, descongelación defectuosa, preparación de alimentos con gran antelación o en grandes cantidades )
- Consumo de alimentos crudos
- Inadecuadas condiciones del local
- Prácticas de manipulación incorrectas y contaminación cruzada
- Limpieza y desinfección insuficiente de los utensilios
- Manipulador portador de la infección, manipuladores circunstanciales

**Tabla 31.2. Factores contribuyentes a los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Región de Murcia 1.997- 2001.**

Factores contribuyentes	% en brotes ámbito general				
	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001
Consumo de alimentos crudos	50	20	13,3	14,3	27,3
Conservación a temperatura ambiente	10	6,6	13,3	28,6	45,5
Refrigeración insuficiente de los alimentos	40	13,3	6,6	9,5	45,5
Inadecuadas condiciones del local	20	53,3	40	38,1	45,5
Prácticas de manipulación incorrectas	20	53,3	20	38,1	27,3
Contaminación cruzada	10	26,6	-	42,9	-
Limpieza y desinfección insuficiente de los utensilios	10	33,3	6,6	28,6	-
Preparación de grandes cantidades de alimentos	0	40	6,6	28,6	27,3
Inadecuado cocinado o calentamiento	-	-	-	4,8	9,1
Preparación de alimentos con gran antelación	0	20	6,6	23,8	0
Descongelación defectuosa	10	-	-	14,3	27,3
Manipulador portador de la infección	10	40	13,3	9,5	27,3
Manipuladores circunstanciales	0	33,3	33,3	33,3	9,1

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP. Murcia.

(\*) En muchos brotes coexisten varios factores contribuyentes

En cuanto a las medidas de control adoptadas durante y después de la investigación e inspecciones practicadas en estos establecimientos, básicamente son las siguientes, detallando en la Tabla 31.3 el porcentaje de ellas que se han llevado a cabo cada año con relación a los brotes de ámbito general:

- Encuesta epidemiológica a enfermos
- Análisis de muestras de enfermos
- Análisis de alimentos
- Inspección del local
- Control de manipuladores
- Encuesta epidemiológica a manipuladores
- Investigación del origen de los alimentos

- Incoación de expediente
- Inmovilización cautelar
- Decomiso de alimentos
- Cese de actividad

**Tabla 31.3. Medidas adoptadas en los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Región de Murcia 1.997- 2001.**

Medidas adoptadas	% en brotes ámbito general				
	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001
Encuesta epidemiológica a enfermos	100	100	100	100	100
Análisis de muestras de enfermos	60	100	66,6	76,2	81,8
Análisis de alimentos	50	93,3	66,6	66,7	81,8
Inspección del local	100	100	93,3	100	100
Control de manipuladores	90	93,3	73,3	90,5	100
Encuesta epidemiológica a manipuladores	80	93,3	46,6	42,9	63,6
Investigación del origen de los alimentos	100	80	86,6	47,6	54,5
Incoación de expediente	40	46,6	46,6	33,3	54,5
Inmovilización cautelar de alimentos	0	53,3	13,3	19	18,2
Decomiso de alimentos	0	26,6	0	4,8	0
Cese de actividad del establecimiento	0	0	0	4,8	18,2

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP. Murcia.

(\*) En muchos brotes se adoptan varias medidas de control.

(\*) Las medidas adoptadas se reflejan en los brotes en los que se ha podido realizar al menos una medida de control (100% de los brotes investigados).

### **31.4.- CONCLUSIONES**

En el último quinquenio se ha registrado un aumento sostenido en el número total de brotes anuales entre 1998 y 2000. En el año 2001 se ha registrado una disminución considerable en el número de brotes, pero es pronto para confirmar si se ha controlado el ascenso observado a partir de 1998. Los brotes de ámbito familiar, aunque de forma más discreta, siguen igual patrón que el conjunto de brotes

En cuanto a los brotes de ámbito general, el nº anual de brotes continua desde hace años en torno a 10-15 brotes / año, exceptuando el sensible aumento registrado en el año 2.000

Por último, y con relación a los brotes de ámbito general acaecidos en el seno del sector de elaboración y servicio de comidas preparadas (restaurantes, bares, comedores colectivos, etc.), en 2.001 ha disminuido el número de brotes registrados al mismo número de brotes que los que tuvieron lugar en 1.997, tras el aumento registrado en este tipo de brotes entre 1998 y 2000. Hay que resaltar la importancia de que los brotes acontecidos en relación con el sector de elaboración y servicio de comidas preparadas disminuyan al mínimo, ya que en este sector se incluyen los brotes relacionados con celebraciones organizadas en establecimientos públicos, en los que el promedio de afectados es muy elevado.

---

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Servicio de Epidemiología. Brotes de infecciones e intoxicaciones vehiculizadas por alimentos. Región de Murcia, 2001. Bol Epidem Murcia 2002; 23: 29-32

<sup>2</sup> WHO. Country Reports: Spain 1993-98. WHO Surveillance Programme for Control of Foodborne Infections and Intoxications in Europe. Report No 7 . Available at [http://www.bgvv.de/internet/7threport/7threp\\_fr.htm](http://www.bgvv.de/internet/7threport/7threp_fr.htm)

## **32.- CONTROL DE ZONOSIS**

Carmen Isabel Rivas Esteban<sup>1</sup>

José Gaona Marco<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública  
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

**REAL DECRETO 2491/1994**, de 23 de diciembre, por el que se **establece medidas de protección contra determinadas zoonosis y determinados agentes productores de zoonosis, procedentes de los animales y productos de origen animal, a fin de evitar las infecciones e intoxicaciones procedentes de los alimentos**. Esta norma contempla además de las medidas de control y lucha contra determinadas zoonosis, la conveniencia y necesidad de la recogida de datos epidemiológicos de aquellas zoonosis que afectan al hombre, a los animales domésticos y salvajes, así como la incidencia de los agentes zoonóticos presentes en piensos y alimentos de origen animal, con el fin de establecer el orden de prioridad de las medidas de actuación y la relevancia de cada una de ellas.

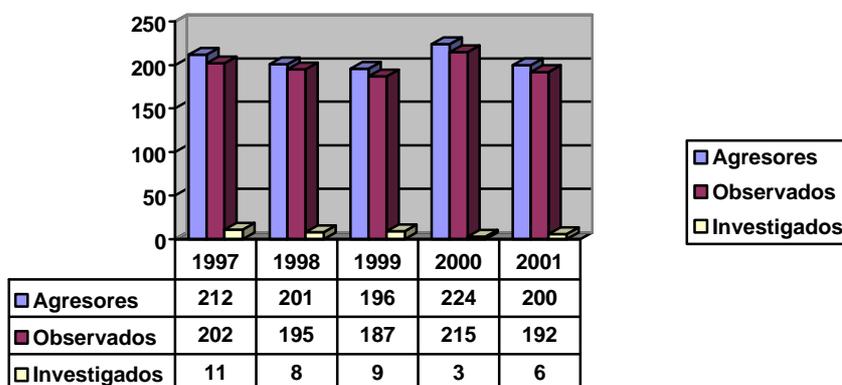
### **32.1.- ZONOSIS ASOCIADAS A ANIMALES DE COMPAÑÍA.**

#### **32.1.1.- Rabia: Prevención y Control** (actuaciones básicas).

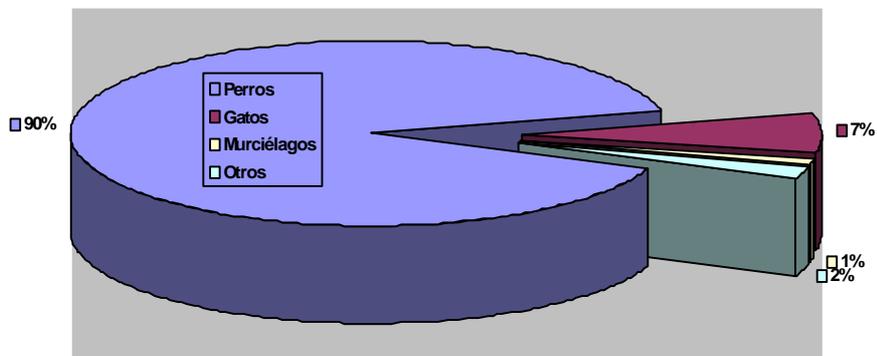
– Vigilancia y control de casos de mordedura a través de la observación veterinaria del animal agresor y toma de muestras para diagnóstico frente a virus rábico, en caso de muerte o imposibilidad de observación. (Gráficos 1 y 2).

– Análisis de la información remitida por el Colegio Oficial de Veterinarios (entidad organizadora) relativa al desarrollo de la Campaña y por los Centros de control de zoonosis de los Ayuntamientos y Sociedades Protectoras de Animales, relativa al control de animales abandonados.

GRÁFICA 1.- VIGILANCIA ANTIRRÁBICA. 1997-2.001



GRÁFICA 2.- ESPECIES AGRESORAS. 1997-2001

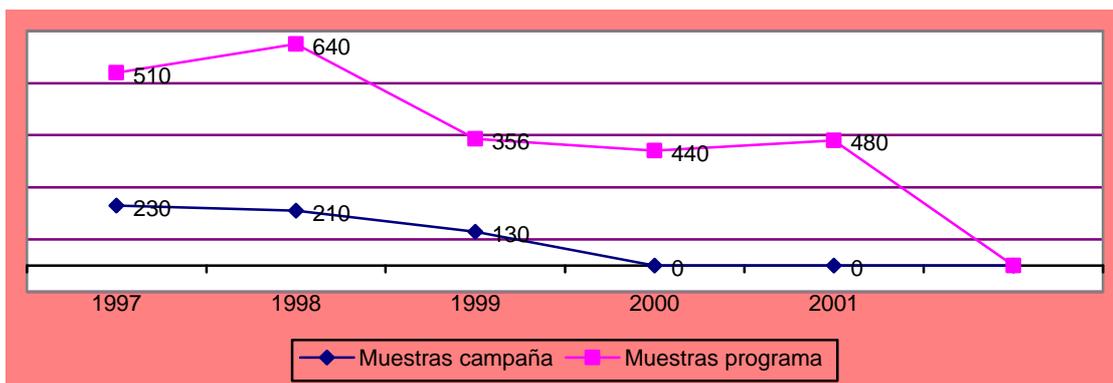


### 32.1.2.- Leishmaniosis: Prevención y Control.

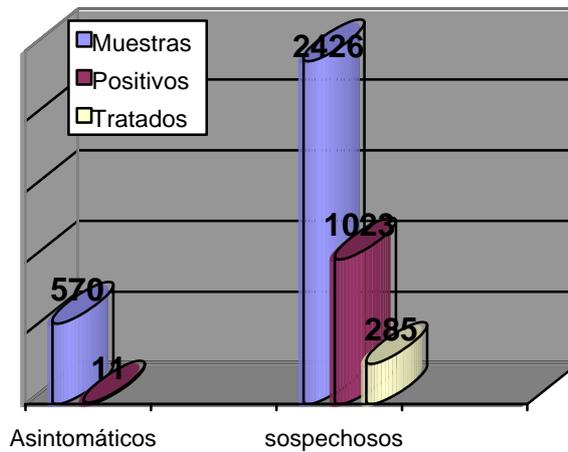
– Estudio de seroprevalencia canina: Diseño del plan de muestreo, diagnóstico y control de tratamientos. (Gráficos 3 y 4).

– Investigación epidemiológica de casos declarados (SISEDO)

GRAFICA 3.- Vigilancia activa: Toma de muestras para diagnóstico serológico de leishmaniosis canina

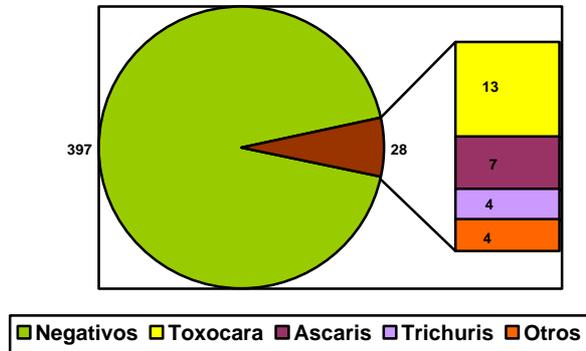


Gráfica 4.- Leishmaniosis. Diagnóstico serológico. 1997-2001



**32.1.3.- Equinococosis: Prevención y Control.** Estudio de prevalencia. Diseño del plan de muestreo y diagnóstico. (Gráfico 5).

Gráfica 5.- Equinococosis. Diagnóstico coprológico. 1997-2001



Del análisis de situación relativo a los puntos anteriores, se desprende que dado el elevado grado de incumplimiento de lo establecido en la norma regional (Circular de las Direcciones Generales de Salud y Producción Agraria y Pesca, por las que se regulan las Campañas de Rabia, Leishmaniosis y Equinococosis del año 1996) que establece estas actuaciones, considerando el incremento de animales de compañía en la sociedad y que pueden ser vectores de zoonosis de importancia desde el punto de vista de Salud Pública y teniendo en cuenta la legislación de la UE, y con el fin de evitar o reducir la transmisión de enfermedades de estos animales al hombre a otros animales o al medio, se considera prioritario la aprobación de una nueva normativa que establezca y

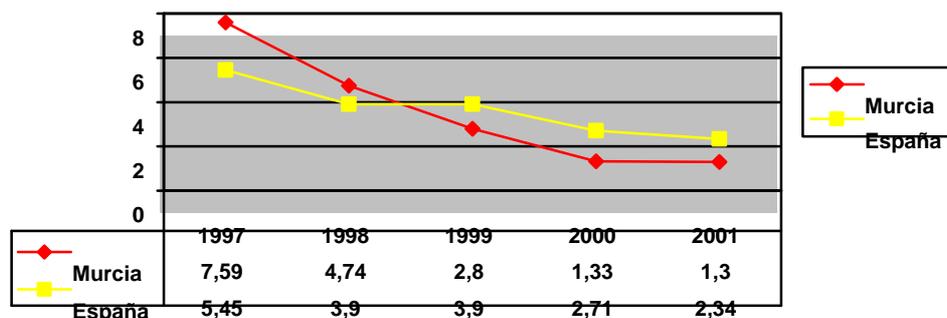
regule los Programas de Prevención y Control de zoonosis asociadas a este tipo de animales, suprimiendo las actuaciones por Campaña por Programas anuales, involucrando e incorporando a todos los sectores implicados en el desarrollo de estos Programas, tanto públicos como privados, en el Sistema de Información/Vigilancia de Zoonosis, con el fin de consolidar y reforzar el mismo. Por otra parte, es necesario que los ayuntamientos asuman las competencias establecidas en esta materia (elaboración de censo, disponer de instalaciones para el control de animales agresores/abandonados...) así como fomentar la responsabilidad de los propietarios que se reflejará en el estado sanitario de sus mascotas, reduciendo número de agresiones, número de abandonos..).

### 32.2.- INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE BRUCELOSIS

Zoonosis de declaración obligatoria (humana/animal) de relevancia en Salud Pública (bajas laborales, coste y duración tratamientos, recidivas...) y en Sanidad Animal (perdidas económicas, reducción producciones, coste de los programas de saneamiento...). Durante el periodo de análisis, el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, ha comunicado al Servicio de Salud Pública un total de 194 casos.

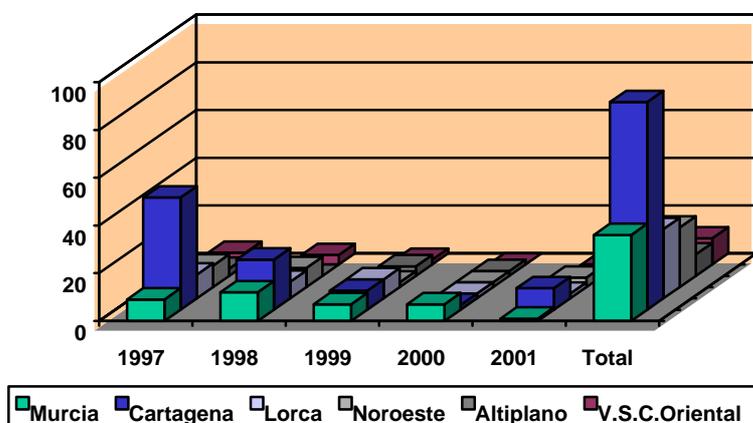
**Gráfico 6.-** Expresa el número de casos notificados por Areas de Salud, observándose una tendencia decreciente, en toda la serie, especialmente marcada en las Areas de Lorca, Noroeste y Cartagena, presentando está última un pico de incidencia en 1997 y 1998 asociados a la declaración de 4 brotes (2 de ellos presentados en el Matadero Industrial de Torre Pacheco).

Gráfica 6.- Incidencia de brucelosis Murcia/ España. 1.997-2.001



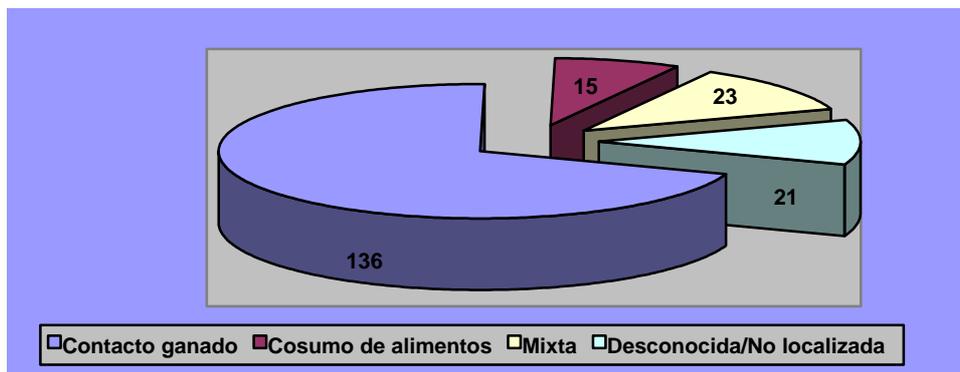
**Gráfico 7.-** expresa la evolución de la tasa de brucelosis de Murcia durante el periodo de referencia, comparándola con la tasa nacional, observándose que si bien en 1997 y 1998, la tasa de la CC.AA. de Murcia supera la nacional, a partir de 1999 se inicia un marcado descenso, siendo por tanto inferior en los tres últimos años.

Gráfica 7.- Brucelosis: Distribución de casos por Áreas de Salud.



**Gráfico 8.-** Refleja las vías de transmisión detectadas en la investigación epidemiológica, representando el contacto directo con ganado ovino-caprino, o sus productos, el 69,58% de los casos, siendo por tanto, la mayoritariamente detectada, seguida de la vía mixta, con un 11,85% (contacto directo con ganado o sus productos, coincidiendo además con la ingesta de alimentos), y la transmisión asociada exclusivamente al consumo de alimentos (queso/leche) que supone el 7,73%, el 10,82% restante corresponde a casos de transmisión desconocida, en los que no se ha podido identificar la posible causa bien por falta de colaboración del afectado o por no localizar el caso.

Gráfica 8.- Brucelosis. vías de transmisión. 1.997- 2.001



	Contacto con ganado	Consumo de alimentos	Mixta	Desconocida/No localizada	TOTAL
<b>CASOS</b>	136	15	23	21	<b>194</b>

**Brotos investigados.** A lo largo de la serie (1997-2001) se han declarado 7 brotes con un total de 44 afectados. Del total de brotes 4 corresponden al tipo familiar (8 casos), en explotaciones de ganado ovino-caprino de las Areas de Lorca y Cartagena y los tres restantes con un total de 36 afectados (1997, 1998, 2001, en dos mataderos del Area de Cartagena). De la investigación realizada se identificaron una serie de factores de riesgo, siendo el prioritario el marcado incremento del volumen de sacrificio de ganado ovino/caprino mayor procedente de “desvieje” así como de campañas de saneamiento, el elevado ritmo de la cadena de sacrificio, y que puede dificultar por una parte, la adopción de las adecuadas medidas de protección de los operarios (hecho este último unido a la falta de concienciación de los mismos en la utilización de estas medidas), y por otra las operaciones de limpieza y desinfección, todo ello unido a malas prácticas en las operaciones de faenado.

Conclusión del análisis de situación, de lo anterior se desprende las siguientes estrategias de mejora:

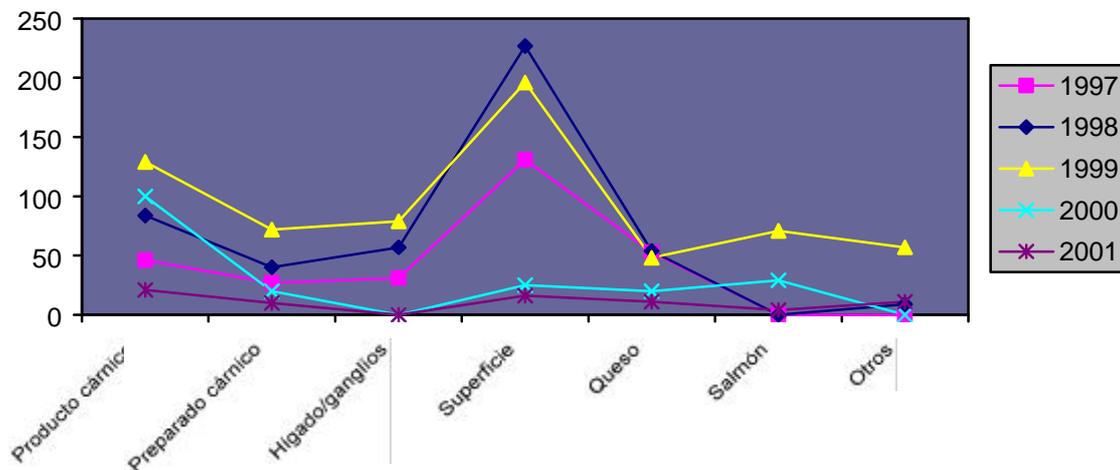
- Mejorar el circuito de información con la D.G. de Ganadería y Pesca: consolidación y refuerzo del sistema de vigilancia/información zoonosis.
- Investigar los factores de riesgo en explotaciones ganaderas asociadas a la presencia de zoonosis.
- Fomentar las buenas prácticas, tanto en explotaciones y mataderos.

- Establecer en los mataderos que realicen este tipo de sacrificios, jornadas o turnos exclusivos para este fin.

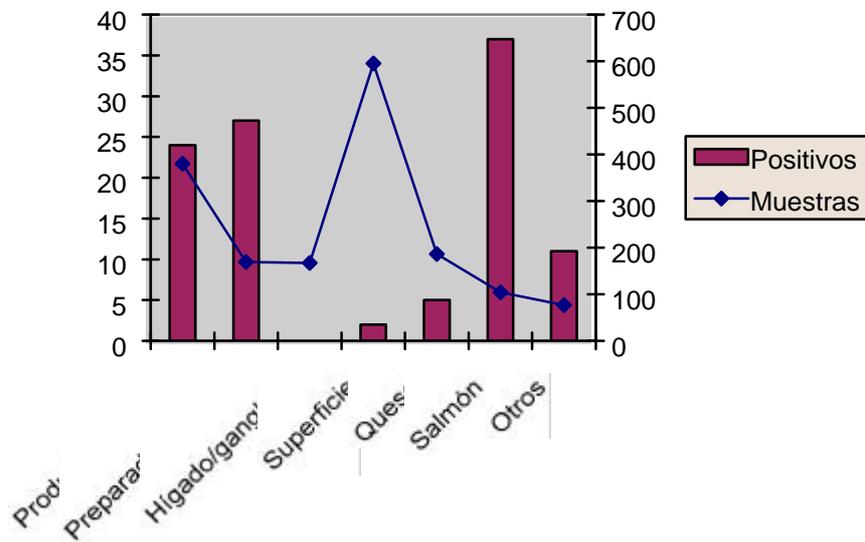
### 32.3 INVESTIGACIÓN DE AGENTES ZONOTICOS EN ALIMENTOS

Anualmente y con el objetivo de conocer la incidencia de los mismos, se diseña la toma de muestras para los distintos agentes zoonóticos establecidos en el RD 2491/1994 (Anexo I), distribuida por tipo de industria y tipo de alimentos, con el fin de identificar riesgos, establecer prioridades y adoptar las medidas de control. En el periodo de referencia (1997-2001), la investigación de *Listeria monocytogenes* (Gráficas 9-10) ha detectado incidencia de consideración en salmón ahumado, productos y preparados cárnicos y queso fresco.

Gráfica 9. Toma de muestras para investigación de agentes zoonóticos en alimentos: *Listeria monocytogenes*. 1997-2001



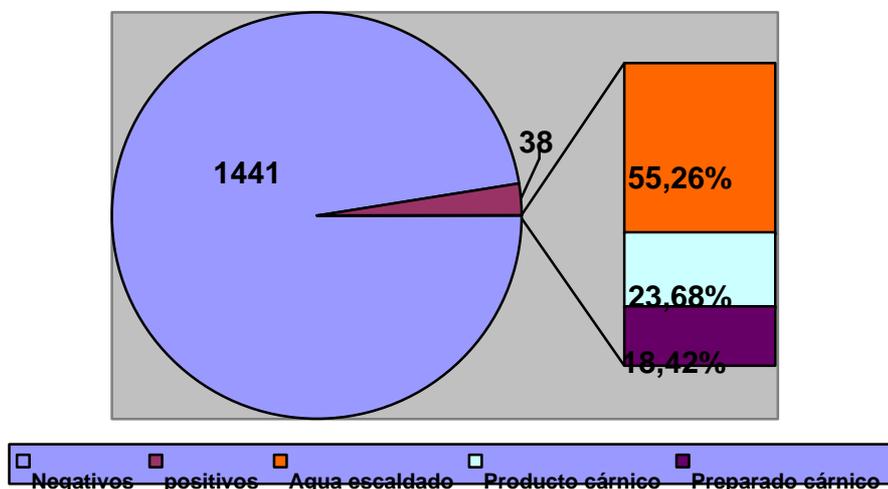
**Gráfica 10. Muestras positivas: Listeria monocytogenes. 1997-2001**



	Producto c.	Preparado c.	Hígado/ ganglios	Superficie	Queso	Salmón	Otros
<b>MUESTRAS</b>	<b>380</b>	<b>169</b>	<b>167</b>	<b>595</b>	<b>186</b>	<b>104</b>	<b>77</b>
<b>% Positivos</b>	<b>6,32%</b>	<b>15,98%</b>	<b>0%</b>	<b>0,34</b>	<b>2,69%</b>	<b>35,58%</b>	<b>14,29%</b>

Respecto a la investigación de Salmonella spp se ha detectado un 2.6% de positividad (Gráfica 11). En cuanto a los otros agentes (Campylobacter y E.Coli 0157 H7) se incorporan a la investigación en 1999 (Tabla 12) detectándose una positividad del 8.86% y del 8.42 % respectivamente.

**Gráfica 11- . Muestras positivas : Salmonella spp. 1997-2001**



**Tabla 12.- Toma de muestras y porcentaje de positivos: Campylobacter – E. coli 0157H7**

<b>CAMPYLOBACTER</b>	<b>Nº Muestras</b>	<b>Negativos</b>	<b>Positivos</b>	<b>Positividad</b>
<b>DESPIECE AVES</b>	97	85	12	12.37 %
<b>Cuello-Piel Aves</b>	61	59	2	3.27 %
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>144</b>	<b>14</b>	<b>8.86 %</b>
<b>E.COLI 0157:H7</b>	<b>Nº Muestras</b>	<b>Negativos</b>	<b>Positivos</b>	<b>Positividad</b>
<b>Preparado Cárnico</b>	95	87	8	8.42 %

Las medidas de control de los agentes zoonóticos en las fases de transformación y distribución de alimentos de origen animal figuran en las Directivas sobre higiene. Estas disposiciones van desde las más específicas, como por ejemplo la inspección ante-mortem y post-mortem en los mataderos, hasta las más generales, como los requisitos de construcción y funcionamiento higiénicos de las instalaciones de elaboración de alimentos o las disposiciones sobre las condiciones mínimas de transformación y sobre la temperatura de almacenamiento y transporte.

La disminución de la incidencia de las zoonosis y de los agentes zoonóticos para prevenir infecciones alimentarias requiere seguir un planteamiento pluridisciplinar que incluya medidas de control en todas las fases de la cadena alimentaria. Dado que en la fase de consumo está en gran medida fuera del alcance de la legislación. En este campo, las mejoras pasan por intensificar la información a los consumidores en general sobre la forma más higiénica de manipular los alimentos y por concienciar a los grupos de riesgo.

Como conclusión es preciso revisar las actuales disposiciones de acuerdo con la experiencia adquirida desde que entraron en vigor, siendo necesario establecer un marco global de control de las zoonosis y que debe basarse en un análisis del riesgo que incluya tres elementos: una determinación del riesgo, una gestión del riesgo y una comunicación sobre el riesgo.

#### **32.4. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA E. E. B.**

A raíz de la crisis generada por la Encefalopatía Espongiforme Bovina “mal de las vacas locas” y en cumplimiento de la Resolución de 4 de julio de 1996 de la Dirección General de Salud Pública del M.I.S.A.C.O, por la que se adoptan medidas urgentes de supresión cautelar de las entradas de determinados productos de animales bovinos procedentes de Francia, Irlanda, Portugal, y Suiza, se implantan en el último trimestre de ese año una serie de medidas encaminadas a la prevención y control relativas a que por los Veterinarios Oficiales de Salud Pública que prestan servicio en mataderos con línea de sacrificio de ganado bovino se proceda a la supervisión de la retirada, tinción y depósito en contenedores precintados y de uso exclusivo, de los Materiales Especificados de Riesgo (M.E.R) para su destrucción y eliminación controlada por empresa autorizada a fin de impedir su entrada en la cadena alimentaria humana y animal (Tabla 13). Posteriormente se ha ido promulgando numerosa normativa, modificando en función de los conocimientos científicos y de la experiencia adquirida la clasificación de los MER, los criterios de actuación según grupos de edad y país de procedencia y ampliando el ámbito de aplicación a las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles.

**Tabla 13.- Retirada de M.E.R. Comunicaciones a la Dirección G. de Ganadería y Pesca**

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>Nº animales</b>	<b>10.523</b>	<b>14.067</b>	<b>14.863</b>	<b>11.980</b>	<b>NP</b>
<b>Nº comunicaciones</b>	<b>71</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	<b>NP</b>
<b>Nº actas inspección</b>	<b>303</b>	<b>357</b>	<b>325</b>	<b>315</b>	<b>NP</b>

##### **32.4.1. Programa de Vigilancia Activa de E.E.B.: Matadero. (Tabla 14)**

Real Decreto 3454/2000, de 22 de diciembre, por el que se establece y regula el Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles de los Animales. Orden de 26 de julio de 2202, por la que se modifican determinados anexos del Real Decreto 3454/2000.

Tabla 14.-

**Programa de Vigilancia Activa de E.E.B : Matadero, Región de Murcia, 2001**

PERIODO	Orden de 26 de julio de 2001**			Desde inicio del Programa		RD 3454/2000 de 22 de diciembre*		
	<24 Meses	>24 Meses Nacionales	>24 Meses Importados	Urgencias	Muestras	<30 Meses	>30 Meses	>20 Meses de Países Riesgo
Antes de Orden de 26/07/01	NP	NP	NP	19	934	25.079	762	808
A partir de Orden de 26/07/01	29621	866	319	25	1191	NP	NP	NP
<b>DATOS ACUMULADOS TOTALES</b>	<b>29.621</b>	<b>866</b>	<b>319</b>	<b>44</b>	<b>2.125</b>	<b>25.079</b>	<b>762</b>	<b>808</b>
<small>NP: No procede.                      (*) Real Decreto 3454/2000, de 22 de diciembre, por el que se establece y regula el Programa Integral coordinado de vigilancia y control de las encefalopatías espongiformes transmisibles de los animales.                      (**) Orden de 26 de julio de 2001 por la que se modifican determinados anexos del Real Decreto 3454/2000.</small>								

**32.5 VIGILANCIA Y CONTROL DE ZONOSIS EN MATADEROS**

Considerando que los mataderos constituyen una importante fuente de información, tanto desde el punto de vista de Salud Pública como de Sanidad Animal, dentro del Programa de Vigilancia y Control de Zoonosis del Servicio de Salud Pública de esta Dirección General y para la consecución de este objetivo, el Parte Mensual de Volumen de Sacrificio y Decomiso constituye una herramienta esencial ya que además de los datos de producción refleja los decomisos practicados en base a la inspección veterinaria (ante-postmortem). Su correcta cumplimentación y posterior análisis permiten estimar la incidencia de las patologías presentes en las distintas especies animales.

El análisis del periodo 1997-2001 detecta como zoonosis más destacadas en la especie bovina la tuberculosis y fasciolosis, observándose un ligero pero progresivo incremento de la primera (0.12-0.27% respecto al volumen de sacrificio y 1.62-2.60% respecto al volumen de decomisos) y un marcado incremento de la fasciolosis (3.68-9.28 % respecto al volumen de sacrificio y de 50-88 % en relación al volumen de sacrificio) considerando que hay un marcado descenso del sacrificio en los dos últimos años. En cuanto al ganado ovino-caprino destaca el marcado incremento de la cisticercosis (varía entre 3.4-6.78 % respecto al volumen de sacrificio y entre un 32.6-66.6 % en relación al volumen de decomiso) y el descenso de tuberculosis, trematodosis hepáticas y sarna. En cuanto al porcino se observa cisticercosis y mal rojo como zoonosis declaradas. Los datos anteriores

solo deben interpretarse como indicadores de enfermedad no siendo datos útiles de incidencia real ya que las rubricas "alteraciones hepáticas y procesos pulmonares" y que representan el 90% están enmascarando las zoonosis indicadas anteriormente.

## **33.- PLAGUICIDAS, PRODUCTOS QUÍMICOS Y OTROS**

### **CONTAMINANTES**

Consuelo Galindo Cascales.<sup>1</sup>

Juan Ignacio Sánchez Gelabert.<sup>1</sup>

M<sup>a</sup> Eulalia Rimblas Corredor.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

La creciente utilización de productos químicos, la complejidad de la legislación sanitaria existente, la necesidad de realizar acciones de prevención de la salud en el medio ambiente de repercusión alimentaria, hace que sea necesaria el desarrollo de los programas de Seguridad Química en la Región de Murcia.

En el Plan de Salud 1998-2000 se incluyó programas de Seguridad Química, estableciéndose actividades de Productos Químicos y de Plaguicidas, donde se tienen en cuenta los aspectos comunes y diferenciales como consecuencia a la legislación particular de plaguicidas y biocidas.

Las principales medidas preventivas y actividades realizadas por la D.G. de Salud Pública de Murcia, se pueden dividir en tres vertientes que confluyen en un mismo objetivo, que es el de minimizar los riesgos para la salud derivados de los productos químicos peligrosos y plaguicidas y su presencia como contaminantes en alimentos.

Las tres medidas preventivas y las actividades realizadas, son las siguientes:

### **33.1. RESIDUOS DE PLAGUICIDAS Y OTROS CONTAMINANTES EN PRODUCTOS HORTOFRUTÍCOLAS:**

**1.1 Control de residuos de plaguicidas:** investigación para el seguimiento y control de determinados fitosanitarios en distintos productos hortofrutícolas y ciertos alimentos infantiles, según Recomendaciones de la Comisión de las CC EE. Recomendación de la Comisión, de 17 de diciembre de 1999, relativa a un programa comunitario coordinado de control.

**1.2 Control de niveles de nitratos en hortalizas:** investigación en lechugas y espinacas.

**1.3 Control de aflatoxinas en especias:** investigación en pimienta, pimentón, nuez moscada, comino y cayena.

**1.4 Control de metales pesados - cadmio y plomo** – en productos de la pesca, hortalizas y las aguas de riego procedentes del río Segura.

**1.5 Control de otros contaminantes:** Actuaciones puntuales y/o de campañas como consecuencia de Redes de Alerta Alimentarias o crisis como Dioxinas, anís estrellado contaminado, etc..

## RESULTADOS DE LOS CONTROLES

### 1.1 Plaguicidas en productos hortofrutícolas.

Desde el año 1997 a 2001, y según Recomendaciones de la Comisión de las CC EE, ha ido variando los productos a investigar así como los residuos. Se tomaron las siguientes muestras: 26 de peras, 19 de plátanos, 25 de judías verdes, 27 de pimientos, 66 de tomates, 25 de patatas, 13 de alcachofas, 6 de fresas, 38 de lechugas, 7 de melocotones, 4 de albaricoques, 2 de coles, 21 de potitos infantiles a base de vegetales y 12 de papillas de cereales. Resultados de la investigación plaguicidas Ver Tabla nº 1.

Destacar que en alimentos infantiles no se detectaron residuos. Lechugas, tomates y patatas fueron las hortalizas en que se detectó más contaminantes, como endosulfan y clorpirifós.

Tabla 33.1.Resultados de análisis de plaguicidas en productos hortofrutícolas.

Totales	% positivas	% > LRM
291	25'7	1'6

Memorias de D.G. de Salud Pública: años 1997 a 2001.

### 1.2 Nitratos en lechugas y espinacas.

El Reglamento (CE) N° 466/2001, de 8 de marzo, fija el contenido máximo de ciertos contaminantes, y en referencia al contenido en nitratos para lechugas y espinacas establece distintos

contenidos máximos según la época del año en que se cosechan. Para espinacas establece como contenido máximo de 2.500 a 3.000 mg NO<sub>3</sub>/Kg, según el periodo del año, y para lechugas de 2.500, 3.500 y de 4.500 mg NO<sub>3</sub>/Kg. Ver tabla nº2. Resultados de la investigación de nitratos: Ver Tabla nº3

Tabla 33.2: N° de muestras para investigación de nitratos.

Año 1997 a 1998	lechugas	espinacas	totales
	95	50	145

Memorias de D.G. de Salud Pública: años 1997 a 2001.

Tabla 33.3: Resultados de análisis de nitratos  
Para lechugas:

<1000	1000-2500	2500-3500	3500-4500	>4500
34 (38%)	49 (50%)	9 (9%)	1 (1%)	2 (2%)

Para espinacas:

<2500	2500-3000	>3000
34 (68%)	5 (10%)	11 (22%)

Memorias de D.G. de Salud Pública: años 1997 a 2001

### 1.3. aflatoxinas en especias: pimentón en polvo, pimienta, nuez moscada, comino y cayena.

Los resultados se expresan en microgramos/Kg, y LM para aflatoxinas totales es 10 ppb según lo establecido en el R.D. 475/88. Resultados de la investigación de aflatoxinas Ver Tabla nº4.

Tabla 33.4: Resultados investigación de aflatoxinas en especias

Año 1997 a 1999	N° muestras analizadas	muestras negativas	muestras < LM	muestras > LM
	157	90 (57'3%)	64 (41%)	3 (1'7%)

#### 1.4. metales pesados: cadmio y plomo

1.4.1. EN PRODUCTOS DE LA PESCA Y ACUICULTURA: Resultados Ver tabla nº5.

1.4.2. EN HORTALIZAS REGADAS POR AGUAS DEL RÍO SEGURA: Resultados Ver tabla nº6.

- 7 muestras de aguas tomadas de distintos encauzamientos de agua de riego en la Vega Baja del río Segura. Todas por debajo de los límites.
- 4 muestras de tierra de cultivo para la medición del pH: valores entre 7'68 y 8'35.

Tabla 33.5: Resultados de investigación de metales pesados en productos de la pesca y la acuicultura:

Año	1995	a	Nº muestras analizadas	muestras negativas	muestras positivas Cd.	muestras positivas Pb.
			354	353 (99'7%)	0	1

Tabla 33.6: Resultados de investigación de metales pesados en hortalizas regadas por aguas del río segura.

Nº muestras	muestras negativas	muestras positivas Cd.	muestras positivas Pb.
76	72 ( 95%)	2	2

#### 33.2. PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS:

##### 33.2.1. Control, Vigilancia e Inspección.

2.1.1.Participación activa en la Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos. (Red de Alerta). Tabla 7.

Tabla 33.7. Redes de Alerta

AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
9	16	32

Nº de Redes de Alerta/año. Fuente: D.G. de Salud Pública.

2.1.2. Participación en la Red CLEEN (Chemical Legislation European Enforcement Network), mediante la participación activa en 4 Proyectos Europeos.

2.1.3. Participación en la Comisión de Plaguicidas de la Región de Murcia.

2.1.4. Se ha realizado un estudio en 53 industrias químicas de la Región, donde se puso de manifiesto que los sectores de mayor importancia era el de limpiadores y detergentes, seguido del de pinturas.

2.1.5. Se han investigado más de 750 etiquetas de plaguicidas y productos químicos, encontrando deficiencias en más del 40%.

2.1.6. Se han realizado inspecciones en distintos sectores de empresas químicas y de plaguicidas. que aparecen en la tabla 8.

Tabla.33.8. Inspecciones realizadas 1999-2001

Empresas incluidas en la clave 37	Industrias de síntesis	Industrias de pinturas	Establecimientos y Servicios plaguicidas fitosanitarios	Formuladores y almacenistas de plag. de uso ambtal y de la ind. alim.	Empresas de Servicios de plag. de uso ambtal y de la ind. alim.
32	10	26	156	8	16

Fuente: D.G. de Salud Pública

### 33.2.2. Actividades en cuanto a la formación e información.

2.2.1.Publicación del libro "Plaguicidas. Prevención de Riesgos".

2.2.2.Homologación e impartición del curso “Capacitación de Aplicadores de uso ambiental y de la industria alimentaria”, nivel básico. Tabla 9.

Tabla.33.9. Cursos Homologados e impartidos por la D.G. de Salud Pública

AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
1	1	1

Fuente: D.G. de Salud Pública

2.2.3.Homologación e impartición del curso “Capacitación de Aplicadores de uso ambiental y de la industria alimentaria”, nivel cualificado (año 2001).

2.2.4.Homologación e impartición del curso “Peligrosidad en el Manejo y Uso de los Productos Químicos” (año 2001).

2.2.5.Colaboración en los cursos impartidos en Centros Integrados y Experiencias Agrarias de la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente. Tabla 10.

Tabla.33.10.Colaboración con la Consejería de Agua, Agricultura y Medio Ambiente en la impartición de cursos de plaguicidas fitosanitarios.

	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
Básico	10	12	12
Cualificado	3	6	6

Nº de cursos/año. Fuente: D.G. de Salud Pública

2.2.6.Tramitación de carnés de aplicadores de plaguicidas. Tabla 11.

Tabla 33.11. Carnés de aplicadores de plaguicidas tramitados.

	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
Fitosanitarios	2.565.-	4.515.-	3.598.-
Uso Amb e Ind Alimentaria.	191.-	110.-	224.-

Nº de carnés tramitados/año. Fuente: D.G. de Salud Pública.

2.2.7.Tramitación al MISACO de los cursos de plaguicidas propuestos para homologación.

2.2.8. Control de los cursos de uso ambiental y de la industria alimentaria impartidos por entidades homologadas (Tabla 12).

Tabla 33.12. Control de cursos de plaguicidas de uso ambiental y la industria alimentaria

AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
6	7	10

Nº de Cursos controlados/año. Fuente: D.G. de Salud Pública.

2.2.9. Asesoramiento en asuntos relacionados con productos químicos y plaguicidas a empresas, asociaciones, particulares, Ayuntamientos, Inspectores de Salud Pública, y a otros Organismos de la C.A.

2.2.10. Participación en cursos de Legionella, Piscinas de uso Público y Residuos Sanitarios en los aspectos de los productos químicos y biocidas, elaborando un tema al respecto.

2.2.11. Publicación por parte del MISACO de la "Guía de Buenas Prácticas de Plaguicidas", en cuya elaboración ha participado la Comunidad Autónoma de Murcia.

2.2.12. Informes sobre la Directiva de Biocidas, Directiva Europea sobre etiquetado de preparados químicos y de sustancias y sobre la Directiva 96/59/CE de eliminación de los policlorobifenilos y policloroterfenilos (PCB/PCT)

2.2.13. Participación en las Ponencias de Sanidad Ambiental.

2.2.14. Presentación en jornadas/congresos de carácter Nacional e Internacional de 13 trabajos.

### **33.2.3. Establecer un sistema de información sanitaria relativo a Productos Químicos Peligrosos y Plaguicidas (Toxicovigilancia).**

Este objetivo que activado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, después del Taller en la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada en enero del 98, en el que participó esta D.G. de

Salud Pública. Se está realizando un esfuerzo en conocer la situación de los productos químicos a tres niveles, mediante:

1. Vigilancia de la presencia de sustancias químicas peligrosas y plaguicidas.
2. Vigilancia de la exposición a sustancias químicas peligrosas y plaguicidas.
3. Vigilancia de los daños a la salud asociados a sustancias químicas peligrosas y plaguicidas.

### **33.3. PARTICIPACIÓN EN OTRAS LEGISLACIONES RELACIONADAS CON PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS Y PLAGUICIDAS.**

3.1. Se ha participado de forma activa en diferentes reuniones con relación al R. D. 1254/99 por el que se aprueban medidas de control a los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervengan sustancias peligrosas.

3.2. Elaboración de informes como consecuencia del incendio acaecido en Fertiberia.

3.3. Participación en la Comisión Regional sobre Coordinación en materia de comercialización y comercialización de Plaguicidas

# **33B.- CONTROL DE DETERMINADAS SUSTANCIAS Y SUS RESIDUOS EN ANIMALES VIVOS Y SUS PRODUCTOS.**

Alberto Zancajo Villa<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

### 33B.1.- INTRODUCCIÓN

La utilización indiscriminada y en algunos casos sin ningún tipo de control veterinario, de determinadas sustancias tanto en la alimentación de los animales de abasto como en los tratamientos zootécnicos y terapéuticos a los que estos son sometidos, supone en muchos casos un grave riesgo para la salud de la población. De acuerdo con esto, a finales de la década de los ochenta se vio la necesidad de establecer un sistema de control oficial a través de planes anuales de muestreo, que garantizara, en un alto grado, la ausencia de este tipo de sustancias y sus residuos en los animales y productos primarios de origen animal (carne fresca, leche, pescado, miel, etc.).

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se viene desarrollando este control oficial como tal, desde 1.990, ejerciéndose la Coordinación por el Servicio de Salud Pública, de acuerdo con las propuestas emitidas por la Comisión Nacional de Coordinación que a su vez emanan de la Comisión de la Unión Europea, y que son reorientadas hacia unas u otras sustancias (Tabla 33B.1) en función de la situación o coyuntura de la Región (volumen de sacrificio o producción de cada año, riesgos emergentes, episodios de contaminación medioambiental, etc.) , y de los resultados obtenidos en campañas anteriores.

Tabla 33B.1.- Grupos de sustancias investigadas en el Plan Regional de Vigilancia.

<i>GRUPO PROHIBIDAS</i>	<i>SUSTANCIA</i>
<b>Estilbenos</b>	DES
<b>Tireostáticos</b>	2-Tiouracilo, Metiltiouracilo, Tapazol, Propiltiouracil, Feniltiouracilo
<b>Esteroides</b>	Etinilestradiol y Trembolona
<b>R.A. Lactones</b>	Zeranol
<b>Beta-agonistas</b>	Clembuterol
<b>Tranquilizantes</b>	Diazepam, Temazepam y Oxacepam
<b>Anexo IV R.CEE 2377/90</b>	Ronidazol, Dimetridazol, Metronidazol y Cloranfenicol
<i>GRUPO AUTORIZADAS</i>	<i>SUSTANCIA</i>

<b>Antibacterianos</b>	Sulfadiazina, Sulfametazina, Sulfadimetoxina, Sulfadoxina, Sulfaquinoxalina, Sulfametoxipiridazina, Sulfametoxazol, Oxitetraciclina, Tetraciclina, Doxiciclina, Clortetraciclina
<b>Antihelmínticos</b>	Ivermectina, Albendazol y Netobimin
<b>Glucocorticoides</b>	Dexametasona
<b>GRUPO CONTAMINANTES</b>	<b>SUSTANCIA</b>
<b>Organoclorados</b>	PCBs, HCB, Alfa-HCH, Beta-HCH, Lindano, Endrin, Aldrin, Heptacloro Y DDT
<b>Organofosforados</b>	Malatión, Paratión, Clorpirifos, Etión y Amitraz
<b>Metales Pesados</b>	Hg, Pb ,Cd y Cu

Fuente: Servicio de Salud Pública

Este sistema de control se lleva a cabo en colaboración con el Servicio de Producción Animal y Sanidad Veterinaria de la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura y Agua, aunque el peso mayoritario se soporta desde la Dirección General de Salud.

La toma de muestras para su posterior análisis se efectúa en las explotaciones ganaderas, fábricas de pienso, etc., y en la totalidad de los mataderos de la Región. Así mismo, son objeto de este muestreo todas las especies de abasto y los distintos productos primarios de origen animal.

En cuanto a las medidas adoptadas cuando se detecta una muestra positiva a residuos de sustancias no autorizadas o a residuos de medicamentos veterinarios por encima del Límite Máximo de Residuo fijado , son las siguientes :

- Inclusión de la explotación ganadera implicada en la Red de Alerta a nivel nacional, para que todos los animales procedentes de ella que lleguen a cualquier matadero sean muestreados e inmovilizados hasta la obtención de resultados, destruyéndolos en caso de resultar positivos.
- Inmovilización cautelar de los animales y toma de muestras de pienso, orina , agua, etc... en la explotación ganadera.
- Iniciación de expediente sancionador, tipificándose desde grave a muy grave conforme a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

– Remisión de las actuaciones a la Fiscalía, por entender la existencia de delito contra la Salud Pública, tal y como establece el Código Penal.

### **33B.2.- SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA: ASPECTOS LEGALES.**

La primera norma legal encargada de regular este tipo de controles fue la Directiva 86/466 C.E.E., traspuesta a nuestra Legislación en Octubre de 1.989, mediante el R.D. 1262/89, que obligaba a la Administración Pública al desarrollo de un Plan Nacional de Investigación de Residuos en Animales y Carnes Frescas (P.N.I.R.), que además de la programación anual de muestreo aleatorio, contempla el denominado "Plan Sospechoso", cuando los datos obtenidos de las inspecciones ante y posmortem hacen sospechar de que una determinada partida de animales haya sido tratada con sustancias prohibidas, o sometidas a tratamiento terapéutico sin control veterinario.

También, a partir del año 1.987 y mediante la publicación del R.D. 1423/87, de 22 de noviembre, por el que se dan normas sobre sustancias de acción hormonal y tireostática de uso en los animales, se establecieron líneas de actuación para el control de las sustancias clasificadas como prohibidas en la alimentación y producción animal, debido a su carácter altamente tóxico y cancerígeno.

A partir de 1.992 se amplió el control a otros alimentos o productos de origen animal distintos a la carnes, como son los ovoproductos, miel, leche y productos lácteos y pescados, dando así cumplimiento a la Directiva 91/495/CEE. También en este año, y debido a la necesidad de tener una actuación unánime en todo el territorio nacional, y al incremento preocupante del número de personas intoxicadas por clenbuterol (Tabla 33B.2.) fueron adoptados los "*Acuerdos de 10 de marzo de 1.992*" sobre actuaciones homogéneas de las administraciones en el control de la utilización de sustancias prohibidas en la producción animal ( que hoy por hoy gozan de plena vigencia) , cuyos aspectos principales son :

– Inspección de las explotaciones de cebo de ganado vacuno mediante "criterios de sospecha".

– Utilización de un protocolo de actuación de la inspección veterinaria en mataderos ante animales bovinos sospechosos.

– Muestreo aleatorio de animales vivos y carnes de importación ( a partir de 1.993, la administración central sólo controla carnes de países terceros ; las procedentes de los otros países de la UE se controlan por las CCAA).

– Calificación de los expedientes administrativos como graves y muy graves.

– Vigilancia en la aplicación del marcado individual de los hígados.

– Transmisión a través de la Red de Alerta Alimentaria, al resto de CC.AA, de los datos relativos a las explotaciones en las que se detecten tratamientos ilegales (Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información).

**Tabla 33B.2.- Casos de intoxicación por clenbuterol en España. 1.989-1.998**

<b>AÑO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>ALIMENTO IMPLICADO</b>
<b>1989</b>	6	Hígado de Ternera
<b>1990</b>	135	Hígado de Ternera
<b>1991</b>	15	Hígado de Ternera (6 afectados por carne)
<b>1992</b>	227	Hígado de Ternera (109 afectados por carne)
<b>1994</b>	156	Hígado de Ternera (2 afectados por riñón)
<b>1995</b>	13	Hígado de Ternera
<b>1996</b>	5	Hígado de cordero
<b>1997</b>	19	Hígado de Ternera
<b>1998</b>	5	Hígado de Ternera

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Como medida de control adicional, el 22 de septiembre de 1.994, fue publicada la Orden de 16 de septiembre por la que se dictan normas para la identificación individual de los hígados de bovino, con el objeto de conseguir un sistema que permitiera la trazabilidad de estas vísceras, y así poder determinar el origen en caso de intoxicación (en la actualidad continua vigente).

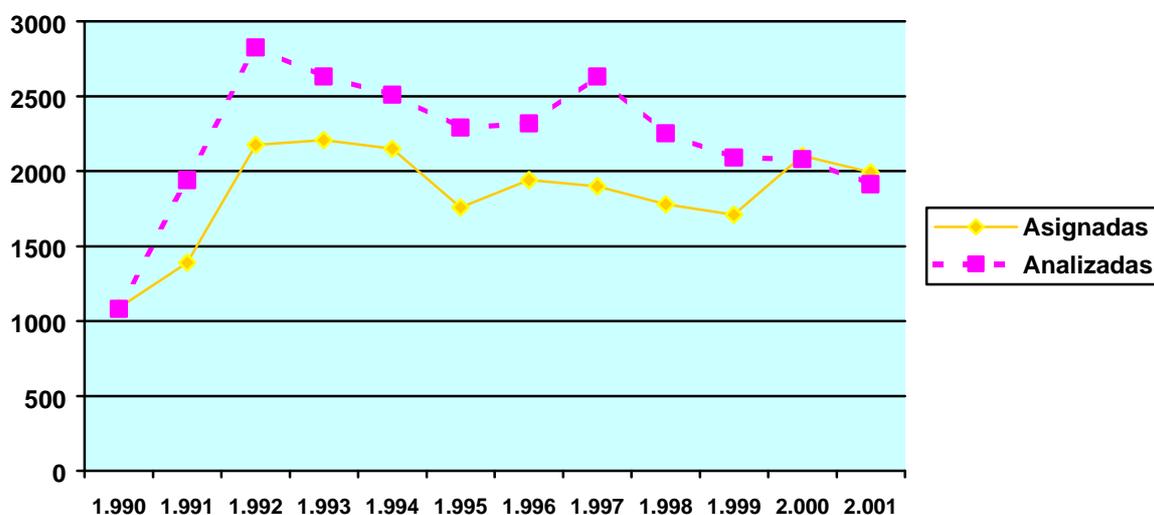
También, la entrada en vigor del nuevo Código Penal de 1.995, supuso una medida disuasoria y de presión adicional frente a este tipo de prácticas ilegales, ya que además de estar consideradas como meras infracciones administrativas, el nuevo código pasó a tipificarlas como "Delitos contra la Salud Pública", en su CAPÍTULO III, artículos 363,364 y 365, por lo que la Administración Sanitaria está obligada a la remisión de las actuaciones al órgano judicial correspondiente cuando se estime la posible existencia de delito.

Pero es a raíz de la publicación del REAL DECRETO 1373/1997, de 29-8-1997, por el que se prohíbe la utilización de determinadas sustancias de efecto hormonal y tireostático y sustancias beta-agonistas de uso en la cría de ganado, y del REAL DECRETO 1749/1998, de 31 de julio, por el que se establecen las medidas de control aplicables a determinadas sustancias y sus residuos en los animales vivos y sus productos, cuando este sistema de control y regulación de sustancias y residuos, se ve definitivamente impulsado y reforzado, ya que estas dos normas básicas han supuesto la introducción de conceptos novedosos y de actualidad como el Autocontrol y la Corresponsabilidad por parte de todos los agentes implicados en la producción animal y sus productos derivados, y a su vez simplifican todo el proceso de investigación eliminando trabas y complicaciones que existían anteriormente en cuanto a la toma de muestras, iniciación de expedientes, pautas a seguir en caso de positividad, etc.

### **33B.3.- PLAN REGIONAL DE VIGILANCIA : EVOLUCIÓN Y CONCLUSIONES.**

En la Gráfica 33B.1, consta la evolución del Plan en el periodo 1.990-2.001, pudiendo apreciarse el esfuerzo e interés volcado en esta materia por su importante repercusión en Salud Pública. Así, la línea correspondiente a "Asignadas", corresponde al número de muestras que la Comisión Nacional, a partir de la propuesta de la Comisión de la C.E., asigna a cada Comunidad Autónoma, y resulta evidente que el número de muestras tomadas y analizadas cada año en nuestra Región ha resultado siempre superior al asignado, excepto en los dos últimos, que aunque fueron tomadas, no se analizaron por problemas técnicos y de organización por parte del Laboratorio Agrario y de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente.

**Gráfica 33B.1.- Grado de cumplimiento del Plan Regional de Vigilancia. 1.990- 2.001**



Fuente: Servicio de Salud Pública

En cuanto a los resultados obtenidos durante el mismo periodo, tal y como consta en la Tabla 33B.3 y en la Gráfica 33B.2, se puede destacar que el trienio 93-95 se diferencia claramente del resto de años, refiriéndose al porcentaje de casos positivos del global de todas las sustancias investigadas, como el de máxima positividad, situándose entre el 15- 16%, para apreciarse a continuación un efecto rebote por las medidas adoptadas al respecto (decomiso de carnes y productos, inmovilización de animales en explotaciones, expedientes sancionadores, actuaciones judiciales, etc.) que provocan una espectacular disminución de casos positivos (niveles del 4%) en los dos años siguientes (96-97). A continuación tiene lugar una leve subida en el trienio siguiente (98-00) situándose el porcentaje de positividad en torno al 6%, para volver a reducirse a la mitad (3%) en el año 2.001. Sin embargo, y con relación al grupo de sustancias prohibidas, el año 1.991 aparece como el de mayor incidencia de casos detectados (138 muestras), seguido del bienio 92-93 (62-63 muestras), para luego reducirse este nivel drásticamente, llegando a tan solo 8 muestras en el año 1.995. En los dos años siguientes, 1.996 y 1.997, vuelve a subir esta incidencia de forma alarmante (42 y 53 casos respectivamente), para comenzar a descender a lo largo del bienio siguiente, y llegar tan solo a 9 casos de positividad en los dos últimos años (00 y 01).

**Tabla 33B.3.- Evolución del Plan de Vigilancia. Porcentaje de positividad.1.990- 2.001**

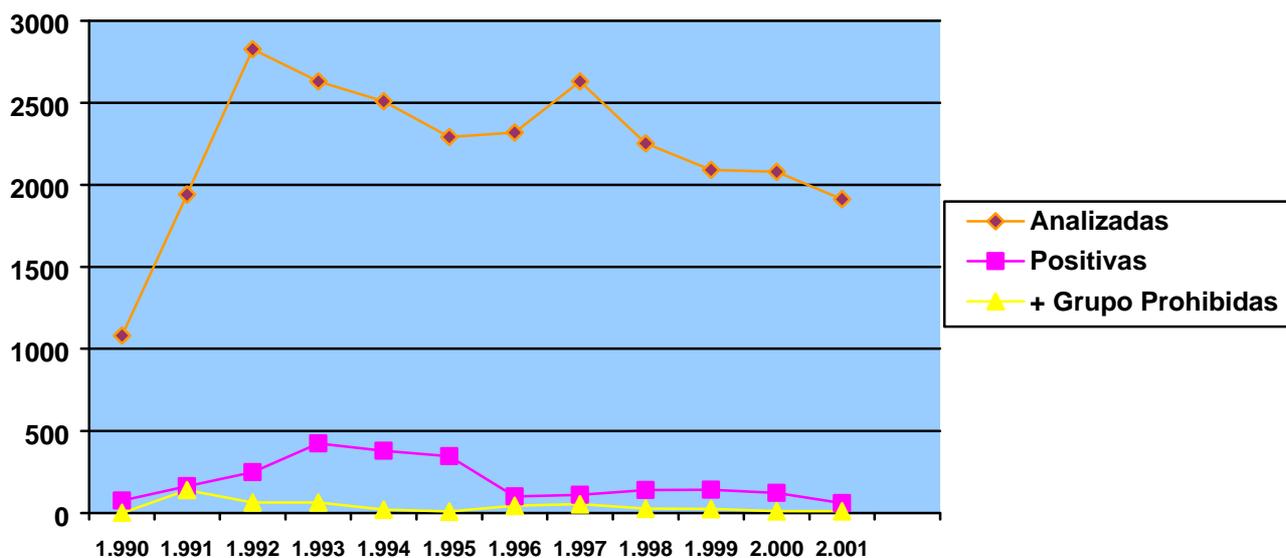
NºMUESTRAS	1.990	1.991	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001
<b>Asignadas</b>	1.090	1.390	2.176	2.208	2.150	1.760	1.940	1.900	1.780	1.710	2.103	1.993
<b>Analizadas</b>	1.081	1.941	2.828	2.632	2.510	2.292	2.319	2.632	2.252	2.091	2.079	1.913
<b>Positivas</b>	74	162	248	424	378	346	99	109	139	140	120	59
<b>Positividad (%)</b> (a)	6,85	8,35	8,77	16,11	15,06	15,10	4,27	4,14	6,17	6,70	5,77	3,08
<b>Positivas del</b> <b>G.Prohibidas</b>	0	138	62	63	20	8	42	53	26	23	9	9
<b>Positividad (%)</b> (b)	0	85,19	25	14,86	5,29	2,31	42,42	48,62	18,71	16,43	7,50	15,25

(a) Porcentaje de muestras positivas del total de muestras analizadas

(b) Porcentaje de muestras positivas del grupo sustancias de prohibidas del total de muestras positivas

Fuente: Servicio de Salud Pública; Servicio de Producción y Sanidad Veterinaria de la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente.

**Gráfica 33B.2.- Plan Regional de Vigilancia. Evolución de positividad. Especial referencia al Grupo de Sustancias Prohibidas.1.990- 2.001**



Fuente: Servicio de Salud Pública

Parece que tanto la publicación y entrada en vigor del nuevo Código Penal (noviembre de 1.995 y primer semestre de 1.996 respectivamente) como las posteriores consecuencias de su aplicación, han tenido un claro efecto disuasorio, ya que las primeras sentencias judiciales condenatorias por la comisión de este tipo de delitos , han visto la luz a partir de finales de 1.999.

Por último, y aunque la tendencia de los casos positivos detectados, sobre todo del grupo de sustancias prohibidas, a lo largo de los últimos años es descendente (Gráfica 33B.2), no se puede obviar que este tipo de prácticas ilegales en numerosas ocasiones cuentan con asesoramiento técnico altamente cualificado que permite enmascarar sustancias y tratamientos con el fin de intentar burlar el control ejercido a través del Plan de Vigilancia, y es por esto, que no se deben escatimar esfuerzos a la hora de mantener el desarrollo anual de dicho Plan.

## **34.- CONTROL DE DETERMINADAS SUSTANCIAS Y SUS RESIDUOS EN ANIMALES VIVOS Y SUS PRODUCTOS.**

Alberto Zancajo Villa<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

### 34.1.- INTRODUCCIÓN

La utilización indiscriminada y en algunos casos sin ningún tipo de control veterinario, de determinadas sustancias tanto en la alimentación de los animales de abasto como en los tratamientos zootécnicos y terapéuticos a los que estos son sometidos, supone en muchos casos un grave riesgo para la salud de la población. De acuerdo con esto, a finales de la década de los ochenta se vio la necesidad de establecer un sistema de control oficial a través de planes anuales de muestreo, que garantizara, en un alto grado, la ausencia de este tipo de sustancias y sus residuos en los animales y productos primarios de origen animal (carne fresca, leche, pescado, miel, etc.).

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se viene desarrollando este control oficial como tal, desde 1.990, ejerciéndose la Coordinación por el Servicio de Salud Pública, de acuerdo con las propuestas emitidas por la Comisión Nacional de Coordinación que a su vez emanan de la Comisión de la Unión Europea, y que son reorientadas hacia unas u otras sustancias (Tabla 34.1) en función de la situación o coyuntura de la Región (volumen de sacrificio o producción de cada año, riesgos emergentes, episodios de contaminación medioambiental, etc.) , y de los resultados obtenidos en campañas anteriores.

Tabla 34.1.- Grupos de sustancias investigadas en el Plan Regional de Vigilancia.

<i>GRUPO PROHIBIDAS</i>	<i>SUSTANCIA</i>
<b>Estilbenos</b>	DES
<b>Tireostáticos</b>	2-Tiouracilo, Metiltiouracilo, Tapazol, Propiltiouracil, Feniltiouracilo
<b>Esteroides</b>	Etinilestradiol y Trembolona
<b>R.A. Lactones</b>	Zeranol
<b>Beta-agonistas</b>	Clembuterol
<b>Tranquilizantes</b>	Diazepam, Temazepam y Oxacepam
<b>Anexo IV R.CEE 2377/90</b>	Ronidazol, Dimetridazol, Metronidazol y Cloranfenicol
<i>GRUPO AUTORIZADAS</i>	<i>SUSTANCIA</i>
<b>Antibacterianos</b>	Sulfadiazina, Sulfametazina, Sulfadimetoxina, Sulfadoxina, Sulfaquinoxalina, Sulfametoxipiridazina, Sulfametoxazol, Oxitetraciclina, Tetraciclina, Doxiciclina, Clortetraciclina
<b>Antihelmínticos</b>	Ivermectina, Albendazol y Netobimin
<b>Glucocorticoides</b>	Dexametasona
<i>GRUPO CONTAMINANTES</i>	<i>SUSTANCIA</i>
<b>Organoclorados</b>	PCBs, HCB, Alfa-HCH, Beta-HCH, Lindano, Endrin, Aldrin, Heptacloro Y DDT
<b>Organofosforados</b>	Malatión, Paratión, Clorpirifos, Etión y Amitraz
<b>Metales Pesados</b>	Hg, Pb, Cd y Cu

Fuente: Servicio de Salud Pública

Este sistema de control se lleva a cabo en colaboración con el Servicio de Producción Animal y Sanidad Veterinaria de la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura y Agua, aunque el peso mayoritario se soporta desde la Dirección General de Salud.

La toma de muestras para su posterior análisis se efectúa en las explotaciones ganaderas, fábricas de pienso, etc., y en la totalidad de los mataderos de la Región. Así mismo, son objeto de este muestreo todas las especies de abasto y los distintos productos primarios de origen animal.

En cuanto a las medidas adoptadas cuando se detecta una muestra positiva a residuos de sustancias no autorizadas o a residuos de medicamentos veterinarios por encima del Límite Máximo de Residuo fijado , son las siguientes :

- Inclusión de la explotación ganadera implicada en la Red de Alerta a nivel nacional, para que todos los animales procedentes de ella que lleguen a cualquier matadero sean muestreados e inmovilizados hasta la obtención de resultados, destruyéndolos en caso de resultar positivos.
- Inmovilización cautelar de los animales y toma de muestras de pienso, orina , agua, etc... en la explotación ganadera.
- Iniciación de expediente sancionador, tipificándose desde grave a muy grave conforme a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Remisión de las actuaciones a la Fiscalía, por entender la existencia de delito contra la Salud Pública, tal y como establece el Código Penal.

#### **34.2.- SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA: ASPECTOS LEGALES.**

La primera norma legal encargada de regular este tipo de controles fue la Directiva 86/466 C.E.E., traspuesta a nuestra Legislación en Octubre de 1.989, mediante el R.D. 1262/89, que obligaba a la Administración Pública al desarrollo de un Plan Nacional de Investigación de Residuos en Animales y Carnes Frescas (P.N.I.R.), que además de la programación anual de muestreo aleatorio , contempla el denominado "Plan Sospechoso", cuando los datos obtenidos de las inspecciones ante y posmortem hacen sospechar de que una determinada partida de animales haya sido tratada con sustancias prohibidas, o sometidas a tratamiento terapéutico sin control veterinario.

También, a partir del año 1.987 y mediante la publicación del R.D. 1423/87, de 22 de noviembre, por el que se dan normas sobre sustancias de acción hormonal y tireostática de uso en los animales, se establecieron líneas de actuación para el control de las sustancias clasificadas como prohibidas en la alimentación y producción animal, debido a su carácter altamente tóxico y cancerígeno.

A partir de 1.992 se amplió el control a otros alimentos o productos de origen animal distintos a la carnes, como son los ovoproductos, miel, leche y productos lácteos y pescados, dando así cumplimiento a la Directiva 91/495/CEE. También en este año, y debido a la necesidad de tener una actuación unánime en todo el territorio nacional, y al incremento preocupante del número de personas intoxicadas por clenbuterol (Tabla 34.2.) fueron adoptados los “Acuerdos de 10 de marzo de 1.992 “ sobre actuaciones homogéneas de las administraciones en el control de la utilización de sustancias prohibidas en la producción animal ( que hoy por hoy gozan de plena vigencia) , cuyos aspectos principales son :

- Inspección de las explotaciones de cebo de ganado vacuno mediante “criterios de sospecha”.
- Utilización de un protocolo de actuación de la inspección veterinaria en mataderos ante animales bovinos sospechosos.
- Muestreo aleatorio de animales vivos y carnes de importación ( a partir de 1.993, la administración central sólo controla carnes de países terceros ; las procedentes de los otros países de la UE se controlan por las CCAA).
- Calificación de los expedientes administrativos como graves y muy graves.
- Vigilancia en la aplicación del marcado individual de los hígados.
- Transmisión a través de la Red de Alerta Alimentaria, al resto de CC.AA, de los datos relativos a las explotaciones en las que se detecten tratamientos ilegales (Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información).

**Tabla 34.2.- Casos de intoxicación por clenbuterol en España. 1.989-1.998**

<b>AÑO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>ALIMENTO IMPLICADO</b>
<b>1989</b>	6	Hígado de Ternera
<b>1990</b>	135	Hígado de Ternera
<b>1991</b>	15	Hígado de Ternera (6 afectados por carne)
<b>1992</b>	227	Hígado de Ternera (109 afectados por carne)
<b>1994</b>	156	Hígado de Ternera (2 afectados por riñón)
<b>1995</b>	13	Hígado de Ternera
<b>1996</b>	5	Hígado de cordero
<b>1997</b>	19	Hígado de Ternera
<b>1998</b>	5	Hígado de Ternera

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Como medida de control adicional, el 22 de septiembre de 1.994, fue publicada la Orden de 16 de septiembre por la que se dictan normas para la identificación individual de los hígados de bovino, con el objeto de conseguir un sistema que permitiera la trazabilidad de estas vísceras, y así poder determinar el origen en caso de intoxicación (en la actualidad continua vigente).

También, la entrada en vigor del nuevo Código Penal de 1.995, supuso una medida disuasoria y de presión adicional frente a este tipo de prácticas ilegales, ya que además de estar consideradas como meras infracciones administrativas, el nuevo código pasó a tipificarlas como "Delitos contra la Salud Pública", en su CAPÍTULO III, artículos 363,364 y 365, por lo que la Administración Sanitaria está obligada a la remisión de las actuaciones al órgano judicial correspondiente cuando se estime la posible existencia de delito.

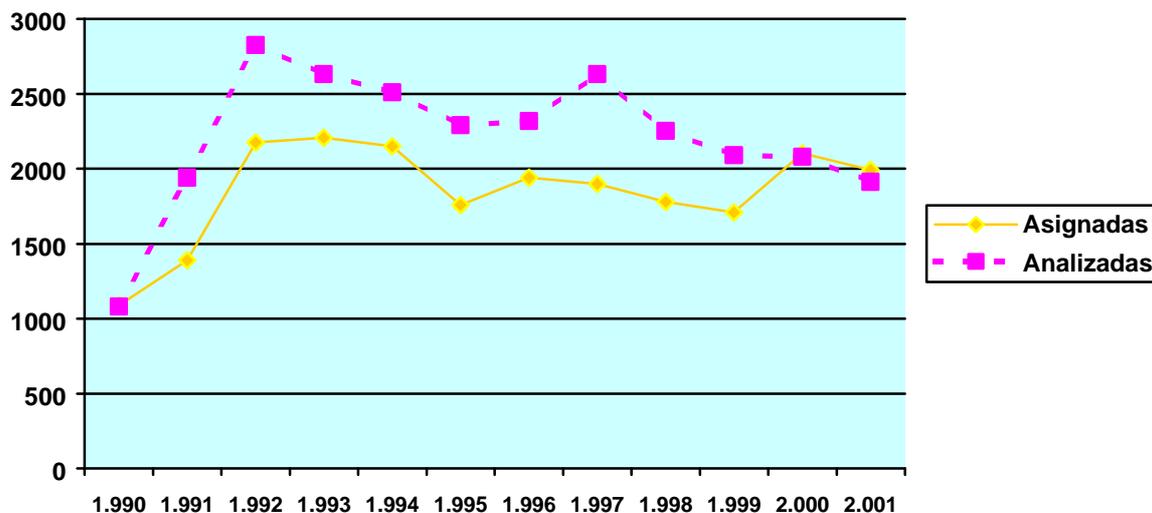
Pero es a raíz de la publicación del REAL DECRETO 1373/1997, de 29-8-1997, por el que se prohíbe la utilización de determinadas sustancias de efecto hormonal y tireostático y sustancias beta-agonistas de uso en la cría de ganado, y del REAL DECRETO 1749/1998, de 31 de julio, por el que se establecen las medidas de control aplicables a determinadas sustancias y sus residuos en los animales vivos y sus productos, cuando este sistema de control y regulación de sustancias y residuos, se ve definitivamente impulsado y reforzado, ya que estas dos normas básicas han supuesto la introducción de conceptos novedosos y de actualidad como el Autocontrol y la Corresponsabilidad por parte de todos los agentes implicados en la producción animal y sus productos derivados, y a su vez simplifican todo el proceso de investigación eliminando trabas y complicaciones que existían anteriormente en cuanto a la toma de muestras, iniciación de expedientes, pautas a seguir en caso de positividad, etc.

### 34.3.- PLAN REGIONAL DE VIGILANCIA : EVOLUCIÓN Y CONCLUSIONES.

En la Gráfica 34.1, consta la evolución del Plan en el periodo 1.990-2.001, pudiendo apreciarse el esfuerzo e interés volcado en esta materia por su importante repercusión en Salud Pública. Así, la línea correspondiente a "Asignadas", corresponde al número de muestras que la Comisión Nacional, a partir de la propuesta de la Comisión de la C.E., asigna a cada Comunidad Autónoma, y resulta evidente que el número de muestras tomadas y analizadas cada año en nuestra Región ha resultado siempre superior al asignado, excepto en los dos últimos, que aunque fueron tomadas, no se analizaron por problemas técnicos y de organización por parte del Laboratorio Agrario y de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente.

**Gráfica 34.1.- Grado de cumplimiento del Plan Regional de Vigilancia. 1.990- 2.001**

Fuente: Servicio de Salud Pública



En cuanto a los resultados obtenidos durante el mismo periodo, tal y como consta en la Tabla 34.3 y en la Gráfica 34.2, se puede destacar que el trienio 93-95 se diferencia claramente del resto de años, refiriéndose al porcentaje de casos positivos del global de todas las sustancias investigadas, como el de máxima positividad, situándose entre el 15- 16%, para apreciarse a continuación un efecto rebote por las medidas adoptadas al respecto (decomiso de carnes y productos, inmovilización de animales en explotaciones, expedientes sancionadores, actuaciones judiciales, etc.) que provocan una espectacular disminución de casos positivos (niveles del 4%) en los dos años siguientes (96-97). A continuación tiene lugar una leve subida en el trienio siguiente (98-00) situándose el porcentaje de

positividad en torno al 6%, para volver a reducirse a la mitad (3%) en el año 2.001. Sin embargo, y con relación al grupo de sustancias prohibidas, el año 1.991 aparece como el de mayor incidencia de casos detectados (138 muestras), seguido del bienio 92-93 (62-63 muestras), para luego reducirse este nivel drásticamente, llegando a tan solo 8 muestras en el año 1.995. En los dos años siguientes, 1.996 y 1.997, vuelve a subir esta incidencia de forma alarmante (42 y 53 casos respectivamente), para comenzar a descender a lo largo del bienio siguiente, y llegar tan solo a 9 casos de positividad en los dos últimos años (00 y 01).

**Tabla 34.3.- Evolución del Plan de Vigilancia. Porcentaje de positividad.1.990- 2.001**

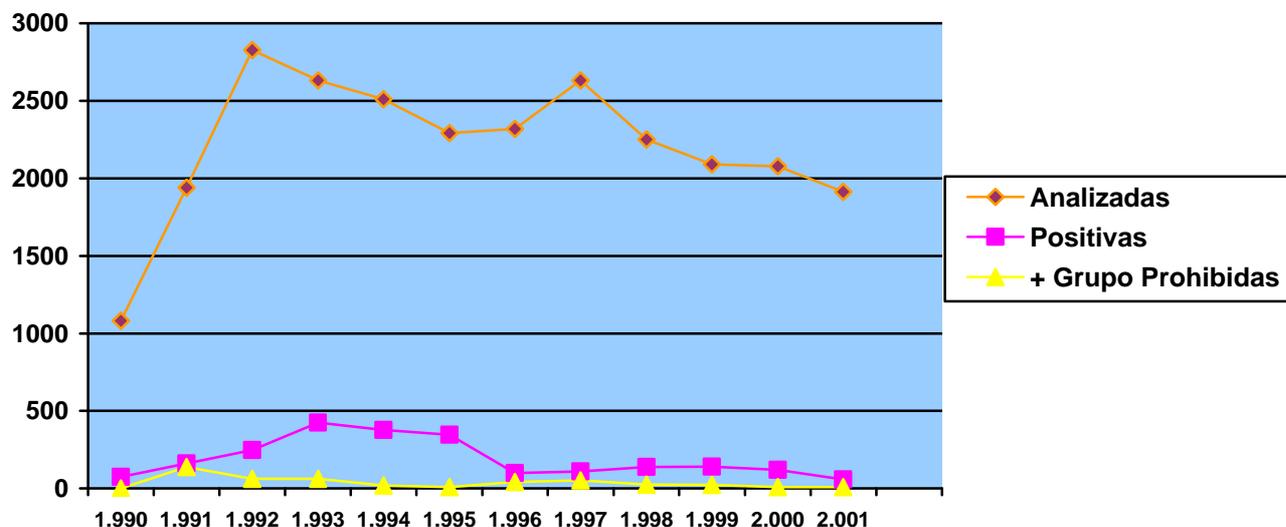
NºMUESTRAS	1.990	1.991	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001
<b>Asignadas</b>	1.090	1.390	2.176	2.208	2.150	1.760	1.940	1.900	1.780	1.710	2.103	1.993
<b>Analizadas</b>	1.081	1.941	2.828	2.632	2.510	2.292	2.319	2.632	2.252	2.091	2.079	1.913
<b>Positivas</b>	74	162	248	424	378	346	99	109	139	140	120	59
<b>Positividad (%)</b> (a)	6,85	8,35	8,77	16,11	15,06	15,10	4,27	4,14	6,17	6,70	5,77	3,08
<b>Positivas del</b>												
<b>G.Prohibidas</b>	0	138	62	63	20	8	42	53	26	23	9	9
<b>Positividad (%)</b> (b)	0	85,19	25	14,86	5,29	2,31	42,42	48,62	18,71	16,43	7,50	15,25

(a) Porcentaje de muestras positivas del total de muestras analizadas

(b) Porcentaje de muestras positivas del grupo sustancias de prohibidas del total de muestras positivas

Fuente: Servicio de Salud Pública; Servicio de Producción y Sanidad Veterinaria de la Consejería de Agricultura, Agua y Medio Ambiente.

**Gráfica 34.2.- Plan Regional de Vigilancia. Evolución de positividad. Especial referencia al Grupo de Sustancias Prohibidas.1.990- 2.001.**



Fuente: Servicio de Salud Pública

Parece que tanto la publicación y entrada en vigor del nuevo Código Penal (noviembre de 1.995 y primer semestre de 1.996 respectivamente) como las posteriores consecuencias de su aplicación, han tenido un claro efecto disuasorio, ya que las primeras sentencias judiciales condenatorias por la comisión de este tipo de delitos , han visto la luz a partir de finales de 1.999.

Por último, y aunque la tendencia de los casos positivos detectados, sobre todo del grupo de sustancias prohibidas, a lo largo de los últimos años es descendente (Gráfica 34.2), no se puede obviar que este tipo de prácticas ilegales en numerosas ocasiones cuentan con asesoramiento técnico altamente cualificado que permite enmascarar sustancias y tratamientos con el fin de intentar burlar el control ejercido a través del Plan de Vigilancia, y es por esto, que no se deben escatimar esfuerzos a la hora de mantener el desarrollo anual de dicho Plan.

## **36. LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER MEDIANTE PROGRAMAS PREVENTIVOS DE ÁMBITO POBLACIONAL BASADOS EN LA DETECCIÓN PRECOZ.**

Francisco Pérez Riquelme<sup>1</sup>,

Ángeles Aragón Martínez.<sup>1</sup>

Paquita Luna Meseguer<sup>1</sup>

María José Valcárcel Saavedra.<sup>1</sup>

Carmen Nicolás Marín.<sup>1</sup>

José Aguilar<sup>2</sup>.

María Martínez Sanchez<sup>3</sup>

Asunción Chaves<sup>4</sup>.

Gregorio Brustenga García<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>3</sup> Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>4</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>5</sup> Servicio de Planificación Familiar. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.

En la Región de Murcia se están realizando tres programas institucionales de prevención del cáncer con el objeto de realizar una detección y tratamiento en estadios precoces del desarrollo de la enfermedad, dos basados en técnicas de cribado dirigidas a toda la población, son los programas de prevención del cáncer de mama y de cérvix, y el tercero es un programa de prevención del cáncer de mama dirigido a mujeres con riesgo incrementado. Se presentan a continuación sus características técnicas y organizativas, así como sus resultados más relevantes.

### **36.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.**

El programa de prevención del cáncer de mama se desarrolla en la Región de Murcia desde 1994 como respuesta al objetivo 5 del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-6(1) se extiende a toda la región en 1999 cumpliendo el objetivo del Plan de Salud 1997-2000 (2). Su objetivo principal es disminuir la mortalidad por cáncer de mama. Este efecto no puede medirse antes de los 10 años de inicio del programa y por tanto, para conocer la efectividad, se emplean indicadores intermedios, en especial los relacionados con el proceso y algunos de resultado, en especial los que permiten conocer la situación del programa sobre: identificación y cita de las mujeres que pueden participar en el programa; la participación conseguida; las pruebas complementarias indicadas; el acceso a los tratamientos; los efectos adversos del cribado; la detección de cánceres y su estadio y la satisfacción de las usuarias, entre otros.

#### **36.1.1 Características técnicas.**

Cribado mamográfico poblacional sobre una cohorte dinámica. POBLACION DIANA: Incluye a todas las mujeres entre 50 y 64 años con domicilio en la Región de Murcia. Desde enero 2002 se amplía el rango de edad hasta los 69 años. La población de la base de datos se obtiene de la tarjeta sanitaria. Como criterios de exclusión se definen: cáncer de mama previo, mastectomizadas, desconocidas o con devoluciones postales, defunciones y seguimiento mamográfico por otras instituciones. PRUEBA DE CRIBADO: Mamografía bilateral, dos proyecciones: Oblicua-medio-lateral

(OML) y Cráneo-caudal (CC). PERIODICIDAD: Cada dos años. CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN: El programa de garantiza el diagnóstico definitivo y el tratamiento precoz ante la sospecha de lesión maligna en las Unidades de Mama.

### 36.1.2 Características organizativas.

Unidades funcionales:

- Unidad de Coordinación: Realiza la gestión, planificación y evaluación del programa.
- Unidades de cribado fijas: Murcia, Cartagena y Cieza.
- Unidades de cribado móviles: En numero de 2 dan cobertura al resto de la Región.
- Unidades de mama: Formadas por un equipo multidisciplinar (radiólogos, anatomo-patólogos, cirujanos y oncólogos) para confirmación diagnóstica y tratamiento, hay dos, en septiembre de 2002 se inicia una tercera.

### 36.1.3 Resultados.

Se presentan los resultados del bienio 2000-01. En general se mantienen dentro de los estándares definidos como deseables por las guías europeas de control de calidad (2), (tabla 36.1. y 36.2). La adhesión al programa (expresada como participación en cribado sucesivo) es muy alta siendo la captación (participación en cribado inicial) susceptible de mejora (gráfico 36.1.3). De forma anual se realiza una encuesta de satisfacción a mujeres participantes donde manifiestan un alto grado de satisfacción con el programa (90%).

TABLA 36.1 INDICADORES DE PROCESO Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR LA LAS GUÍAS EUROPEAS DE CONTROL DE CALIDAD EN CRIBADO MAMOGRÁFICO, BIENIO 2000-01.

Indicadores	Obtenido	Estándares	
		Aceptable	Deseable
Número de mujeres en el Padrón (año 2000)	82174		
Número de mujeres en Base de Datos del Programa	79321		
Número de mujeres invitadas	74975		

Porcentaje con respecto al Padrón	(94.5%)		
Número de mujeres citadas	71.668		
Porcentaje con respecto al Padrón	(87%)		
Número de mujeres, cribado inicial <sup>a</sup> .	17.820		
Tasa <sup>b</sup> de participación (%)	(49.6%)		
Número de mujeres, cribado sucesivo <sup>c</sup>	31.803		
Adhesión <sup>d</sup> (%)	(89.1%)		
Total de mujeres en cribado	49.623		
Tasa de participación total (%)	(69.2%)	>60%	> 75%

<sup>a</sup> Cribado inicial: mujeres que se realizan la mamografía por vez primera

<sup>b</sup> Tasa de participación: de entre las mujeres citadas, las que acuden.

<sup>c</sup> Cribado sucesivo: Mujeres que han acudido a alguna de las rondas de cribado anteriores.

<sup>d</sup> Adhesión: tasa de participación entre las mujeres de cribado sucesivo

TABLA 36.2 INDICADORES DE RENDIMIENTO Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR LAS GUÍAS EUROPEAS DE CONTROL DE CALIDAD EN CRIBADO MAMOGRÁFICO, BIENIO 2000-01.

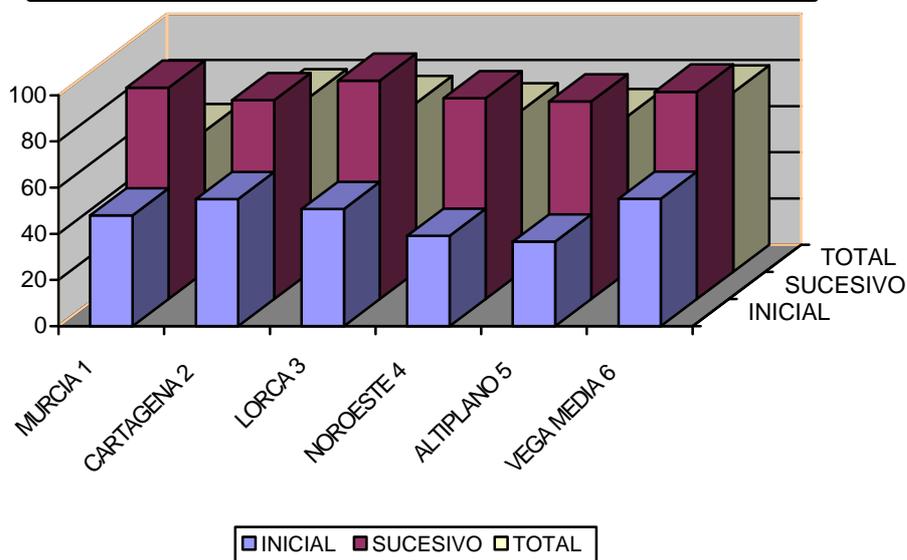
Indicadores de rendimiento	Obtenido	Estándares	
		Aceptable	Deseable
Número de pruebas complementarias.	1.023		
Tasa de recitación	3,7%	< 7%	< 5%
Número de derivaciones a Unidad de Mama	276		
Valor Predictivo Positivo de la derivación	67%		
Número de biopsias abiertas benignas	37		
Tasa por 1.000 mujeres cribadas	0,7	< 5	< 4
Número total de cánceres detectados	185		
Tasa de detección X 1000 mujeres cribadas	3.72		
Número de cánceres: cribado inicial	80		
Tasa de detección X 1000 mujeres cribadas	4.49	4.06a	>4.06

Número de cánceres: cribado sucesivo	105		
Tasa de detección X 1000 mujeres cribadas	3.30	2.81 <sup>6</sup>	>2,81
Número de cánceres, estadio 0 – I: cribado inicial	25		
% del número total de cánceres	31.25%	25%	
Número de cánceres, estadio 0 -I: cribado sucesivo	56		
% del número total de cánceres	53.33%	25%	

<sup>a</sup> Tasa de incidencia esperada en ausencia de cribado X 3

<sup>b</sup>: Tasa de incidencia esperada en ausencia de cribado X 1,5

Gráfica 36.1. TASAS DE PARTICIPACIÓN SEGÚN RONDA DE CRIBADO POR ÁREAS DE SALUD



**Resumen a tener en cuenta para la fijación de objetivos:**

El aumento de la captación, entendida como la tasa de participación de mujeres en cribado inicial, debe ser una prioridad, tanto en la investigación de las causas como el desarrollo proyectos de mejora.

El control de calidad de los aparatos y condiciones de realización de las mamografías debe tender a homologarse con el propuesto por las Guías Europeas de Control de Calidad, que aunque es parecido al que obliga la legislación española, es algo más exigente en algunos aspectos.

Es preciso iniciar, en colaboración con el Registro de Cáncer, un proyecto de identificación y clasificación de los cánceres de intervalo.

Medir y monitorizar la sensibilidad y especificidad en la lectura mamográfica de los radiólogos de cribado debe ser uno de los objetivos del programa en los próximos años.

Entre las mujeres a quienes se les indican pruebas complementarias y muy especialmente las que son derivadas a las unidades de mama para estudio y tratamiento, la ansiedad es un problema de gran importancia. Desde el programa debe potenciarse la investigación y puesta en marcha de proyectos que contribuyan a su control.

Controlar y mejorar los tiempos de comunicación de resultados debe ser otra prioridad en las actividades del programa.

Ya son tres las unidades de mama de referencia del programa, por lo que una línea de trabajo que se manifiesta importante es el desarrollo de protocolos de diagnóstico y tratamiento regionales, con el fin de disminuir la variabilidad y promover pautas de actuación lo más acordes con el conocimiento científico actual.

El nuevo programa informático contempla la posibilidad de conexión de los Equipos de Atención Primaria (EAP) tanto para citar como para conocer los resultados, conseguirlo depende del propio desarrollo de la red informática del Servicio Murciano de Salud. Los responsables del programa deben estar atentos al mismo e incorporar a los EAP en cuanto sea posible. Otro aspecto relevante es el archivo de mamogramas, que en cuanto sea posible debe realizarse mediante tecnología digital.

## **36.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE RIESGO INCREMENTADO.**

### **36.2.1 Características técnicas**

El programa diseñado por la CARM está dirigido a la detección a mujeres con riesgo incrementado de cáncer de mama entre 30 y 50 años (fuera del rango etario del cribado mamográfico del programa de prevención de cáncer de mama) y durante esos 20 años máximos de seguimiento.

El programa pretende:

- Informar a la mujer adecuadamente del concepto mismo de “riesgo”
- Hacer explícitas las necesidades sentidas de las mujeres atendidas
- Asesorar sobre cómo establecer la estrategia más efectiva y eficiente de prevención según

dichas necesidades:

- Establecer protocolos de seguimiento clínico individualizados
- Ofertar la participación en ensayos clínicos de quimioprevención
- Asesorar sobre la práctica de mastectomía /ooforectomía profiláctica
- Ofertar asistencia inmediata siempre que se requiera (centralización de la demanda de consultas).
- Ofrecer el tratamiento adecuado de cualquier lesión detectada susceptible o confirmada como cáncer de mama.
- Seleccionar a las candidatas para la realización de test genéticos
- Ofrecer programas de prevención específicos según los resultados de los tests de mutaciones genéticas.

Tras el contacto inicial, las pacientes son divididas en bajo, moderado o alto riesgo de cáncer de mama y se establecen medidas de cuidado adecuadas según dicho riesgo. A las mujeres de alto riesgo se les oferta el test para la determinación de mutaciones genéticas (BRAC1 y BRCA2).

### **36.2.2 Características organizativas**

Se han delimitado dos etapas para su puesta en marcha: La **etapa I** (o pilotaje) pretende la estimación de las necesidades de estas mujeres, el volumen aproximado de la demanda y la adecuación de las estrategias de prevención y manejo. Las pacientes captadas en esta etapa lo serán de forma más activa por nuestra parte y serán seleccionadas entre pacientes ya asistidas en nuestra Unidad por un cáncer de mama (se seleccionarán pacientes con alta incidencia familiar de cáncer de mama). La **etapa II** corresponderá al establecimiento de una consulta permanente, abierta a cualquier demanda generada desde Atención Primaria, Especializada o desde las propias familias de mujeres ya atendidas.

### **36.2.3 Resultados hasta Julio 2002.**

Actualmente se está en una situación intermedia entre ambas etapas descritas. Se han realizado grupos focales con mujeres objetivo del programa, se han diseñado folletos informativos, protocolos de seguimiento específicos según la categoría de riesgo. Se han puesto en marcha modelos cualitativos (Warner (3)) y cuantitativos (Carcergene, BRCAPRO(4)) de estimación del riesgo. Se consulta mediante correo electrónico los casos dudosos con genetistas de referencia en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Se han captado para el programa 87 pacientes (captación directa desde mujeres previamente atendidas en la Unidad de Mama del H Morales Meseguer y también orientadas desde la Atención Primaria del área), de las que se han clasificado como de alto riesgo a 17 mujeres, moderado a 32 y bajo o indeterminado a las restantes. De las mujeres de alto riesgo, 13 han sido sometidas a consejo y test genético, encontrándose 1 caso de susceptibilidad genética.

## **36.3 PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX**

En lo que se refiere a la prevención /diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, y además de los centros de atención y consultas privadas, en la Región de Murcia existen diferentes instituciones y organismos públicos que han venido prestando asistencia en este campo. Entre los primeros destaca

la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, y entre los últimos el Programa regional de Planificación Familiar del Servicio Murciano de Salud, hospitales de éste, también hospitales del antiguo Insalud, Ambulatorios y numerosos Centros de Salud (englobados ahora en el Servicio Murciano de Salud, tras la recepción de las últimas transferencias sanitarias).

Todos ellos han venido realizando citologías en sus respectivas áreas geográficas de influencia, siendo el Programa de Planificación Familiar del S.M.S. el que ha prestado mayor asistencia, y al cual nos vamos a referir a título de ejemplo como representativo de alguna forma de los demás.

La red pública de Centros de Planificación Familiar en la Región está compuesta por 28 puntos específicos de asistencia, distribuidos estratégicamente por toda la provincia, a los cuales tiene la población acceso directo, libre y gratuito. Entre sus actividades cuenta la prevención /diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, realizándose las tomas de muestras en cada uno de ellos, y siendo procesadas e informadas de modo centralizado en servicio ad hoc. En el Programa se vienen realizando en torno a 15.000 estudios anuales.

La atención se dispensa rutinariamente a todas las mujeres que acuden para usar algún método anticonceptivo, y también a demanda en el resto de población. La prueba básica es el test de Papanicolau, practicado con periodicidad anual, complementándose en los casos necesarios con colposcopia /biopsia. Los casos patológicos se remiten para atención posterior en sus respectivos centros asistenciales.

En cuanto a los principales resultados, reproducimos en la tabla 36.3 los relativos a toda la Región, sobre una muestra de **17.646** estudios:

En cuanto a su distribución por Áreas de Salud, tan sólo diremos que la incidencia de lesiones epiteliales es significativamente mayor en el Área II, y menor en las Áreas III y VI.

Por último, y debido a la remodelación del Programa de Planificación, que se transforma a partir de enero de 2003 en el Programa de Atención a la Mujer, se reunifican todos los recursos en esta actividad, quedando encargados de la atención básicamente los servicios de Atención Primaria, con el apoyo de equipos de ginecología para completar el estudio y tratar los casos que lo requieran, con lo que la cobertura será total para la población murciana. En una primera fase (rodaje del nuevo Programa) se atenderá a demanda, y posteriormente se desarrollará sistemáticamente como en el caso del cáncer de mama.

TABLA 36.3. RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS ESTUDIOS ANALIZADOS POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD PROCEDENTES DE MUESTRAS DE TODA LA REGIÓN DURANTE EL AÑO 2001

<b>SIN LESIÓN</b>	<b>13373</b>	<b>75,6%</b>
<b>LESIONES EPITELIALES</b>	<b>441</b>	<b>2.5%</b>
<b>DISCRETAS ATIPIAS</b>	<b>260</b>	<b>58.9%</b>
Atipias escamosas	179	68.8%
Atipias metaplásicas	67	25.7%
Atipias endocervicales	14	5.3%
<b>LESIONES INTRAEPITELIALES</b>	<b>87</b>	<b>19.7%</b>
Lesión bajo grado (CIN I)	62	71.2%
Lesión alto grado (CIN II)	16	18.3%
Lesión alto grado (CIN III)	8	9.1%
Alteración glandular sospechosa malignidad	1	1.1%
<b>HPV</b>	<b>94</b>	<b>21.3%</b>
HPV sugestivo	56	59.5%
Compatible con HPV	38	40.4%
<b>PATOLOGIA INFLAM./INFECCIOSA</b>	<b>3.832</b>	<b>21.9%</b>
Flora mixta	1.452	37.8%
Flora cocácea	247	6.4%
Gardnerella	521	13.5%
Esporas de cándidas	827	21.5%
Hifas y esporas de cándidas	499	13.0%
Actinomyces	80	2.0%
Tricomonas	86	2.2%
Colpitis atrófica	120	3.1%

## **Bibliografía**

- 1) Servicio de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-96.  
Murcia: Servicio Murciano de Salud;1992
- 2) Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000.  
Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 1998
- 3) Wolf CJM, Perry NM. Editores. Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico (traducción al castellano. 1ª ed.). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1998
- 4) Warner E, Heisey RE, Goel V, Carrol JC, McCready DR. Risk assessment of patients with a family history of breast cancer. Can Fam Physician 1999;45:104-112
- 5) Euhus DM. Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. Breast J 2001;7(4);224-32

## 37.- LA PREVENCIÓN DEL SIDA

Josefa Durán Iniesta <sup>1</sup>

Josefa Ballester Blasco <sup>2</sup>

Francisco Pérez García <sup>3</sup>

Isidro Párraga Ros <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>3</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>4</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

## **37.1.- DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS.**

### **37.1.1. Introducción**

A pesar de todos los esfuerzos y avances realizados hasta la fecha en investigación tanto a nivel clínico como farmacológico, la principal estrategia para la prevención y control del SIDA sigue siendo la información y la educación sanitaria sobre aspectos relacionados con la infección por VIH; junto con diversas medidas de promoción de salud tendentes hacia la consecución de un medio social solidario y responsable, una adecuada organización de los servicios sanitarios, y la reducción del impacto de esta epidemia en nuestra sociedad.

En este sentido, y de acuerdo con las directrices marcadas por organismos nacionales (Plan Nacional sobre el SIDA), e internacionales (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA - ONUSIDA), la Dirección General de Salud Pública, ha venido desarrollando diversas actividades de información/educación dirigidas a distintos grupos de población de la Región de Murcia.

### **37.1.2. Objetivos**

- Prevenir nuevas infecciones.
- Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia.
- Movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por VIH/SIDA en nuestra Región.

## **37.2.- PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES EN POBLACIÓN GENERAL.**

Las actuaciones llevadas a cabo en este campo se planifican a través de:

2.1. Unidad de Prevención y Educación Sanitaria sobre SIDA. (Área de atención al público)

- Servicio de atención mediante el teléfono gratuito de información.

– Servicio de atención mediante la consulta directa, facilitando información y prueba de detección de anticuerpos.

2.2. Elaboración y distribución de materiales informativos, dirigidos a población general y centros educativos.

2.3. Promoción del uso del Preservativo: Compra y distribución de preservativos entre instituciones públicas, colectivos y/o asociaciones de ámbito regional: Cruz Roja, Consejo de la Juventud, Comité Ciudadano Anti-SIDA, Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA de Cartagena, Concejalía de Juventud de Cartagena, Ayuntamientos, etc.

2.4. Campañas informativas a través de los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión y cine).

2.5. Día Mundial del SIDA. Se desarrollan actividades que apoyan a nivel regional, las iniciativas tomadas internacionalmente para la prevención y control de la infección por VIH/SIDA en el ámbito comunitario y educativo.

### **37.3.- PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN JÓVENES.**

3.1. Promoción de la puesta en marcha de intervenciones educativas en Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Región: formación, distribución de materiales y propuesta de actividades en torno al Día Mundial del SIDA.

3.2. Asesoramiento a profesionales del ámbito educativo y sanitario.

### **37.4.- PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS:**

4.1.-Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP)

- Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ): Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Comité Ciudadano Anti-SIDA y Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (51 farmacias).

- Colaboración con Asociaciones no gubernamentales en Programas de Reducción de daños (Cruz Roja, la Huertecica, Cats, etc).

- PIJs en los Centros de Atención a Drogodependientes y Unidades de Tratamiento de Opiáceos de la Región de Murcia.

- Programa de Mantenimiento con Metadona a través de la Unidades de Tratamiento de Opiáceos de la Región de Murcia.

- Programas Outreach a través de Convenios con el Comité Ciudadano Anti-SIDA y Cruz Roja.

#### 4.2.- Hombres con prácticas homosexuales o bisexuales

- La promoción de prácticas sexuales más seguras se realiza a través de intervenciones incluidas en el Convenio con el Comité Ciudadano Anti-SIDA (Murcia y Cartagena).

#### 4.3.- Personas que ejercen la prostitución

- Programa de información, prevención y asistencia social a trabajadoras/es del sexo a través de un Convenio con Cruz Roja en Murcia y Cartagena.

#### 4.4.- Prisiones,

- Distribución de materiales informativos y preventivos.

#### 4.5.- Inmigrantes.

- Facilitación del acceso del colectivo inmigrante a la prevención de la infección por VIH a través del teléfono gratuito de información sobre SIDA y la realización de la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH de forma confidencial y gratuita.

- Actividades informativas y educativas incluidas en materiales dirigidos a inmigrantes magrebíes: Guía de Salud y Folleto informativo para inmigrantes magrebíes

### **37.5.- PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN.**

- Folleto dirigido a mujeres embarazadas para la promoción de la generalización de la prueba de detección de anticuerpos en mujeres embarazadas en la Región de Murcia.

### **37.6.- REDUCCIÓN DEL IMPACTO NEGATIVO PERSONAL Y SOCIAL DE LA EPIDEMIA.**

- Se proporciona atención a pacientes con SIDA en casas de acogida a través de Convenios, además de facilitar la inserción social y laboral de los mismos

### **37.7.- MOVILIZAR Y COORDINAR LOS ESFUERZOS CONTRA LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN NUESTRA REGIÓN.**

- Seguimiento, colaboración y coordinación de las actividades de las distintas asociaciones, organizaciones e instituciones con la finalidad de optimizar los recursos existentes a través de convenios de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéticos de la Región, Cruz Roja, Comité Ciudadano Antisida y Casas de Acogida para enfermos de SIDA (Fundación Rocamur y Fundación Torre Nazaret).

- Actividades de coordinación y organización en materia de prevención de la infección por VIH mediante la coordinación de la Comisión Asesora Regional en materia de VIH/SIDA“, con el objeto de analizar los problemas generados y establecer prioridades de actuación sobre SIDA e nuestra Comunidad Autónoma.

- Colaboración en el Planes de Formación de profesionales de la Enseñanza dirigidos a la prevención de la infección por VIH.

### **37.8.- NECESIDAD DE PROMOVER LA INVESTIGACIÓN PARA DAR RESPUESTA A CUESTIONES DE TIPO PREVENTIVO Y ASISTENCIAL**

– Participación en el Proyecto EPI-VIH. “Evolución de la prevalencia e incidencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual y de diagnóstico del VIH”. Multicéntrico coordinado desde el Instituto de Salud Carlos III. Financiado por FIPSE.

– “Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia”. Se encuentra en fase de análisis de datos obtenidos a partir del trabajo de campo efectuado durante 2001.

### 37.9.- RECURSOS FINANCIEROS

El gasto total de la Comunidad Autónoma para prevención y actividades de formación, soporte psicológico y acogida (no se incluye asistencia sanitaria) se ha mantenido estable durante los últimos años (Tabla 37.1), incluyendo los fondos transferidos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, siendo en 1991 de 78 millones de pesetas, de los cuales 41,5 millones se distribuyeron entre ONGs con actividades entre los colectivos a quienes se dirige las actuaciones indicadas (tabla 37.2)

Tabla 37.1 Presupuesto total para la prevención de VIH / SIDA 1999 -2001 en la Región de Murcia (en pesetas)

	1999	2000	2001
Fondos transferidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo	26.70 4.844	26.14 1.563	27.7 34.795
Presupuesto de la Comunidad Autónoma	50.00 0.000	49.75 0.000	50.4 20.000
TOTAL CA + MSC	76.70 4.844	75.89 1.563	78.1 54.795

Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

Tabla 37.2 Financiación a ONGs para proyectos relacionados con el VIH/SIDA, que se destinó en el año 2001, según tipo de proyecto, incluye los fondos transferidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo (en pesetas).

Prevención en colectivos específicos	13.500.00 0
UDVP	5.500.000
Homosexuales	1.500.000
Prostitución	5.500.000
Inmigrantes	1.000.000
Grupos de apoyo mutuo	800.000
Asistencia domiciliaria	1.200.000
Casas de acogida	26.000.00 0
Otros	
TOTAL	41.500.00 0

Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

## **BIBLIOGRAFIA**

1. "Infección por VIH y SIDA, Plan Multisectorial 2001-2005". Secretaria del Plan Nacional contra el SIDA. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. "Memoria de actividades 2001". Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

## **38.- LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO/ABUSO DE DROGAS**

Consuelo Puerta Ortuño<sup>1</sup>

Concepción López Rojo<sup>2</sup>

M<sup>a</sup> Dolores Gomariz López<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo.

<sup>3</sup> Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo.

### 38. 1 JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, supone en las últimas décadas, un gran problema de salud pública en los países desarrollados. Como efectos de este consumo, cada año aumentan las cifras respecto al número de muertes, enfermedades y discapacidades producidas por el uso de estas sustancias. Esta situación, supone para la Administración Pública un gran coste económico; además del desgaste personal y social que provoca en el individuo.

A pesar de que el consumo de drogas continúa siendo un gran problema social, en los últimos años se demuestra que está disminuyendo la preocupación y alarma social que genera este fenómeno. Hasta hace unos años, la droga por excelencia, era la heroína, pero actualmente existen nuevos consumos y patrones de uso de las drogas, según los datos que indica la Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008. Este documento señala que el consumo de heroína se ha estabilizado, tanto el consumo ocasional como el habitual; Las drogas de síntesis han tenido una gran expansión durante estos últimos años mezclándose con el alcohol u otras drogas, lo que conlleva un riesgo notable. Respecto a la cocaína y el cannabis, también, se ha producido un ligero incremento entre los jóvenes

El alcohol, es la droga más consumida por los jóvenes, aunque los datos indican que no se ha producido un aumento, sin embargo, el consumo de tabaco, suele ser práctica habitual de los jóvenes, produciéndose un aumento de su uso en chicas más que en chicos, en contra de lo que sucedía en anteriores generaciones. Estos hechos nos indican que debe seguirse estableciendo estrategias para la prevención de su consumo por ser drogas con muy poca percepción de riesgo.

Lo más espectacular del fenómeno de las drogas son los nuevos patrones de consumo, caracterizándose por ser consumos de fin de semana, en espacios públicos, con el único fin de pasarlo bien y la búsqueda de la embriaguez. Estos consumos son generalizados, no específicos de capas socialmente desfavorecidas, sino de grupos de jóvenes totalmente normalizados.

En este sentido, la prevención es prioritaria, considerándose como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de las drogodependencias.

La ley regional 6/97, 2 de octubre sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social, nos marca los siguientes objetivos generales y criterios de actuación preferentes:

#### **38.1.1. Objetivos generales:**

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas
- Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas
- Informar a la población sobre las drogas que pueden generar dependencias y las consecuencias de su consumo.
- Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables.
- Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de desarrollar dependencia.
- Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en nuestra comunidad.

#### **28.1.2. Criterios de actuación preferentes**

- El ámbito prioritario de las drogas será el comunitario. En este sentido se impulsara la aprobación y desarrollo de planes municipales/ mancomunales de drogodependencias en los términos establecidos en los art. 42.2 y 43 de la ley 6/97.
- Las actuaciones en prevención se dirigirán a todos los ciudadanos sin discriminación, priorizándose aquellas que van dirigidas a colectivos de alto riesgo en situaciones de pobreza, marginalidad étnica o urbanística, y en especial a menores y jóvenes.
- Se favorecerá una política preventiva global mediante actuaciones coordinadas, dirigidas a sectores concretos de la población, incidiendo sobre la multiplicidad de factores que favorecen el consumo de drogas.
- Los programas preventivos serán sistemáticos en sus actuaciones, continuados en el tiempo y susceptibles de ser evaluados. La distribución territorial de los mismos será equitativa en función de las necesidades de cada municipio.

- La elaboración, ejecución y evaluación de los programas preventivos contara con la participación de los sectores implicados a través de sus asociaciones y entidades

La prevención de drogodependencias se realiza en torno a dos vertientes, la reducción de oferta y la reducción de la demanda.

Para **la reducción de la oferta** se está desarrollando en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Programa de Promoción, cumplimiento y desarrollo de la ley 6/97. Para ello se distribuye material informativo al sector de hostelería y comercios (dispensadores de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años), así como, la realización de inspecciones y en su caso sanciones a los infractores de esta ley. Por otra parte, se está desarrollando en distintos municipios, Ordenanzas Municipales que limitan el consumo de alcohol de menores en la vía pública. Además de impulsar la vigilancia policial para limitar la oferta de drogas legales a menores.

En cuanto a **la reducción de la demanda**, la prevención de drogodependencias viene marcada por las actuaciones que establece la ley 6/97 de drogas y el plan de drogas regional 1998-2000 y nivel nacional por las directrices del Plan Nacional de Drogas y la Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008, enmarcados en los siguientes ámbitos prioritarios de intervención.

## **38.2 AMBITOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN**

### **38.2.1 Ambito Comunitario.**

La prevención tiene como objetivo el refuerzo de los mensajes y normas que la sociedad debe adoptar en contra del abuso de drogas y a favor de la salud.

Las actuaciones en éste ámbito deben impulsar la movilización, implicación y participación de los sectores de la comunidad ( asociaciones, centros de trabajo, escuela, familia, etc); siendo las Entidades locales a través de los Ayuntamientos las responsables de llevar a cabo la prevención de drogodependencias en su municipio.

En este sentido, la Consejería de Sanidad y Consumo y con el objetivo de favorecer una política global, descentralizada y coordinada, está impulsando la creación de Planes Municipales y Mancomunales de Drogodependencias.

En nuestra Región hay 15 Ayuntamientos que desarrollan Planes municipales/mancomunales de prevención de drogodependencias, a los que se les suscribe **convenios de colaboración** con esta Consejería. Y 29 Ayuntamientos/ mancomunidades que desarrollan programas de prevención de drogodependencias, a los que se les otorga **subvenciones** anuales. Así mismo, durante el año 2002 ésta Consejería, ha concedido 80 subvenciones destinadas a asociaciones y entidades sin ánimo de lucro para la realización de programas de prevención de drogodependencias.

En esta línea, se pretende dotar a la población de agentes para la prevención de drogodependencias a través de la realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociales y técnicos municipales responsables de los planes municipales. Durante este año se han realizado en formación de mediadores: 68 actuaciones con un total de 884 mediadores.

#### Observaciones:

- Promoción de una política de descentralización, apoyando el desarrollo de los actuales planes municipales y impulsando la creación de nuevos planes.
- Dotación a los Ayuntamientos y Mancomunidades de mayores recursos, así como a las organizaciones sin ánimo de lucro que desarrollen programas en esta materia.
- Potenciación de la coordinación interinstitucional (Administración Central, Autonómica y Local), para que las intervenciones en prevención de drogodependencias sean más eficaces.
- Desarrollo de proyectos de investigación sobre prevención de drogodependencias en el medio comunitario.

- Potenciación de la formación de mediadores sociales, animadores socioculturales, monitores de ocio y tiempo libre, preferentemente jóvenes, como agentes preventivos en drogodependencias.

### **38.2.2. Ambito escolar**

En este ámbito se implica a la Comunidad Escolar en su conjunto (profesores, alumnos, personal no docente y padres/madres), cuya estrategia básica de actuación se desarrolla a través de la Educación para la Salud como materia transversal, según indica la LOGSE.

Actualmente la Consejería de Sanidad y Consumo desarrolla las siguientes actuaciones:

- Coordinación de las actuaciones que se desarrollan en los planes y programas municipales/mancomunales de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar, con los Centros de profesores y recursos ( CPR), para la formación del profesorado, así como, facilitar el acceso de las intervenciones preventivas municipales en los centros de educación primaria y secundaria, a través de la comisión de Coordinación de Educación para la Salud en centros docentes no universitarios

- Participación en el Concurso Sinesio, del Plan Nacional de Drogas, para alumnos de 3º ciclo de Primaria.

- Edición y distribución de materiales específicos de prevención de drogodependencias dirigidos a la comunidad escolar, desde el Servicio de Promoción y Educación para la Salud, así como programas de probada eficacia como " Construyendo Salud" y " En la huerta con mis amigos".

- Asesoramiento a docentes y mediadores sociales sobre prevención de drogodependencias en el medio escolar.

- Concesión de subvenciones para el desarrollo de proyectos de Educación para la salud en la escuela en centros docentes no universitarios, priorizando la prevención de drogodependencias.

#### Observaciones:

- Los centros de enseñanza han demostrado ser lugares rentables para las intervenciones de promoción de la salud , entre ellas la prevención de drogodependencias. Por otra parte la evidencia

demuestra que éstas intervenciones de promoción de la Salud en los centros de enseñanzas pueden ser eficaces cuando se den las siguientes características:

- Los programas deberán ser de máximo alcance y " holísticos" y se desarrollen durante varios años

- Los programas de Educación para la salud en la escuela, deberían estar orientados principalmente al logro de resultados cognitivos y sociales, en lugar de concentrarse en alcanzar resultados específicos de conducta.

- La acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar.

- Homologación de materiales didácticos como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención de drogas.

- Una promoción de la salud eficaz en los centros escolares deberá ser de amplio alcance en su concepto y contenido y estar dotada adecuadamente de recursos.

- La necesidad establecer fuertes conexiones con los padres y con los servicios sanitarios, a la vez que se crea un entorno físico y psicosocial de apoyo; todo esto nos indica la necesidad de desarrollar e implantar un plan de educación para la salud en la escuela.

- Potenciación de la formación del personal docente de educación primaria y secundaria, sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas

### **38.2.3. Ambito familiar**

La prevención en este ámbito se realiza desde la Consejería de Sanidad y Consumo con la realización de un programa de formación para padres en prevención de drogodependencia, a través de las Asociaciones de Padres/madres (APA) de los centros escolares, estando suscrito un convenio con la Federación de Asociaciones de Padres/Madres de Murcia y Cartagena, para el desarrollo de actividades de prevención. Su principal objetivo es favorecer la implicación de los padres/madres como agentes naturales en prevención de la salud. En el año 2001 se han realizado un total de 212 actividades con padres.

#### Observaciones:

Las actuaciones en este ámbito deben ir encaminadas a adiestrar a la familia en el manejo habilidades, que les capacite como miembros activos e imprescindibles potenciadores de la salud. Además, las familias deben de ser participes en los programas preventivos, principalmente de los escolares y comunitarios; y estos deberán estar diseñados para dar respuesta a las necesidades que los padres/madres planteen sobre drogas.

#### **38.2.4. Ambito laboral**

Actualmente desde la Consejería de Sanidad y Consumo, se desarrollan las siguientes actuaciones en relación a este ámbito:

- Convenios y subvenciones con los sindicatos UGT, CCOO y CSIF, para el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias, los cuales incluyen la edición de materiales preventivos, actividades formativas para mediadores laborales en prevención de drogodependencias y campañas dentro de las empresas para sensibilizar sobre el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas.
- Colaboración con el Ayuntamiento de Murcia (convenio), para la realización del Programa de Prevención del Hábito Tabáquico, para empleados municipales, a través del Plan Municipal de drogodependencias de este ayuntamiento.

#### Observaciones::

- Las actuaciones irán dirigidas, a la prevención de sustancias legales e institucionalizadas, con carácter general, a todos los trabajadores/as, y en especial en ciertos colectivos de trabajadores en cuya función laboral estén implicados terceras personas, como son conductores de vehículos públicos, sanitarios y profesionales de la seguridad.
- Deberán implicarse en estas actuaciones tanto el empresario, los sindicatos, los servicios de prevención de las empresas, los empleados, etc
- Las actuaciones de estos programas serán información, sensibilización, orientación y facilitar el tratamiento a consumidores habituales de drogas

Estas actuaciones deberían incluirse en los programas de seguridad e higiene en las empresas.

#### **38.2.5. Ambito Medios de Comunicación**

El papel que desempeñan los Medios de Comunicación (MMCC), es fundamental en la transmisión de mensajes y en la conformación de la opinión social de los ciudadanos. En la región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad y Consumo se realizan campañas de sensibilización a la sociedad, en general y más particularmente a los jóvenes y adolescentes.

En el comienzo de los periodos vacacionales la Consejería realiza una Campaña de sensibilización e información destinada a jóvenes con el objeto de reducir riesgos asociados al abuso de alcohol y drogas estimulantes.

#### Observaciones:

- Las campañas preventivas destinadas a un grupo de edad específico deberían lanzar mensajes positivos, no dramatizadores, ni moralistas; la información que presenten debe ser clara y objetiva.

- En la región de Murcia, se debería vigilar el cumplimiento de la Ley 6/97, de las limitaciones a la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y tabaco, recogidas en la sección I, del capítulo III de la ley.

#### **38.2.6. Ambito de atención primaria**

La prevención en este ámbito se realiza a través del personal sanitario de atención primaria mediante la realización de programas específicos y la detección precoz de los problemas que ocasionan el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Desde este ámbito la Consejería de Sanidad y Consumo desarrolla el Programa de Información sobre Tabaco (PIT). Para más información ver apartado 34. del Plan de Salud

Observaciones:

Los centros de atención primaria deberían ser más participes en la prevención de drogodependencias, y en la detección precoz del consumo de bebidas alcohólicas y en el *consejo mínimo* en prevención del tabaquismo.

**38.2.7. Otros ámbitos.**

Además de los ámbitos señalados, existen otros donde se forman unidades convivenciales, que requieren actuaciones específicas en prevención de drogas. Nos estamos refiriendo a la comunidad penitenciaria, residencias juveniles y centros de menores y al colectivo de jóvenes que pertenecen a las Fuerzas Armadas.

Desde la Consejería de Sanidad y Consumo se han establecido cauces de colaboración con la Armada Española, a través del Programa de Información sobre Tabaquismo a través de la difusión de materiales y asesoramiento en prevención de drogodependencias.

Observaciones:

Se deberían realizar programas específicos de prevención de drogodependencias para estos colectivos.

**38.2.8. Otras actuaciones:**

Reducción de daños: las actuaciones van dirigidas a reducir o minorar los perjuicios y problemas que ocasiona el uso de drogas, fundamentalmente en el plano social y de la salud. Las actuaciones que se realizan para reducir estos daños son:

- La Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio de Farmacéutico tienen suscrito un convenio para la difusión de Kits anti-Sida ( jeringuilla, aguja , preservativo y material esteril), en las farmacias de la región.

- Realización de dos talleres sobre " Sexo más seguro para la prevención de VIH-SIDA" y " Prevención de infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral", destinados a los técnicos del Servicio Murciano de Salud (SMS), para los usuarios de tratamientos con metadona de las Unidades Móviles de Murcia.

#### Observaciones

- Realización de programas de reducción de daños asociados al consumo de alcohol en relación con los accidentes de tráfico y la violencia doméstica.

- Inclusión en los materiales educativos de las autoescuelas, de contenidos sobre esta materia, para así concienciar a los futuros conductores de los riesgos relacionados con el consumo de alcohol.

- Implantación en las comisarías y juzgados de programas de atención a los problemas relacionados con la violencia y el consumo de alcohol en el entorno familiar y doméstico.

#### **RESUMEN: Principales problemas y posibles soluciones**

- Las estrategias de intervención para la prevención de las drogodependencias son similares para los diferentes tipos de drogas, variando en función de las características de la población destinataria y de los ámbitos de intervención, de ahí que se debe hacer referencia a Prevención de Drogodependencias y no a Prevención de tabaquismo, prevención de alcoholismo, prevención de drogas de síntesis, etc, como elementos aislados, sino como contenidos de las intervenciones.

- Es necesario, la elaboración de un nuevo Plan regional sobre drogas, que dé continuidad a los anteriores, y tenga en cuenta la evaluación del mismo indicadores que incluyo el Plan 1998-2000.

- Desarrollar el Plan de Educación para la salud en la escuela, que implicarían actuaciones de prevención de drogodependencias, coordinadas y homologadas, para toda la comunidad educativa (profesorado, alumnos/as, padres/madres, monitores y personal no docente).

- Potenciar la implicación del personal de Atención primaria, en la prevención y detección precoz de cualquier drogodependencia y en especial sobre tabaco y alcohol.

- Establecer criterios para la acreditación y homologación de programas y materiales didácticos en prevención de drogodependencias.

- Potenciación de la coordinación interinstitucional (Administración Central, Autonómica y Local), para que las intervenciones en prevención de drogodependencias sean más eficaces

- Desarrollar programas de reducción de daños asociados al consumo de alcohol en relación con los accidentes de tráfico y la violencia doméstica.

- Impulsar la vigilancia policial para limitar la oferta de drogas legales a menores, así como el desarrollo de ordenanzas municipales, limitando su consumo de alcohol en la vía pública.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008
- (2) Plan regional sobre drogas 1998-2000
- (3) La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud
- (4) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.
- (5) Ley 6/97 de 22 de octubre, sobre Drogas para la prevención, asistencias e integración social.
- (6) Memoria de actividades 2001. Servicio de Promoción y Educación para la salud.

## **39.- LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION**

José Antonio Navarro Alonso<sup>1</sup>

Pedro José Bernal González <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

### 39.1. INTRODUCCIÓN

Una de las historias más exitosas en la Salud Pública ha sido la prevención de las enfermedades infecciosas mediante la vacunación, de modo que la inmunoprofilaxis activa se puede considerar como uno de sus 10 mayores logros a lo largo del siglo XX (1). Se calcula que, en nuestro entorno, por cada euro gastado en vacunas, la sociedad se ahorra cinco. Aunque el desarrollo y la introducción de las vacunas comenzó a finales del siglo XVIII, su sorprendente potencial no fue verdaderamente reconocido hasta el año 1977 cuando se certificó la erradicación de la viruela. Desde las primeras inoculaciones de Edward Jenner se han sumado más de 30 vacunas al arsenal preventivo, de tal manera que, en los países occidentales, prácticamente se han eliminado la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la rubeola, la parotiditis, la poliomielitis y las enfermedades invasoras por *Haemophilus influenzae* tipo B y por *Neisseria meningitidis* del serogrupo C, pero, desgraciadamente, todavía los niños y los adultos siguen padeciendo enfermedad y muerte debido a las enfermedades inmunoprevenibles.

Existen importantes motivos que justifican el mantenimiento de los programas de vacunación y la introducción de nuevos preparados (2),(3),(4): a) persistencia de la circulación de los microorganismos que originan infecciones inmunoprevenibles, b) aparición de enfermedades nuevas y emergentes, c) utilización de enfermedades infecciosas como armas biológicas, y d) "dilución" de los efectos de la vacunación a medida que existen menos probabilidades de contraer la enfermedad y aumenta paralelamente la percepción del riesgo de vacunarse, lo que pudiera originar una disminución de las coberturas de vacunación y un incremento del riesgo de aparición de brotes epidémicos. A modo de ejemplo, se estima que si dejáramos de vacunar de sarampión en Murcia, se registrarían aproximadamente, por año, 10.000 casos de esa enfermedad, 8 muertes y 4 encefalitis debidas a sus complicaciones. No obstante, y a pesar de los beneficios inherentes a la aplicación de las vacunas, es paradójico contemplar como la sociedad exige más estudios de coste/efectividad a las medidas preventivas de salud que a los tratamientos de enfermedades ya establecidas (5).

### 39.2. EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

En los últimos 10 años, las coberturas de las vacunas incluidas en el calendario sistemático administradas en los 2 primeros años de la vida han experimentado un incremento sobresaliente, pasando de un 85.14% en la primera dosis para los nacidos en el año 1991 a un 99.93% para los nacidos en el año 2000, y para la dosis de recuerdo de los 18 meses, de un 76.10% a un 93.11% para la cohorte de 1991 y del año 2000, respectivamente (Tabla 1). Este incremento se debe, en gran medida, a la implantación en el año 1991 del Registro Nominal Informatizado de Vacunaciones, que permite identificar y contactar con los individuos insuficientemente vacunados y recuperar las dosis perdidas por defectos en la notificación (6). Este Registro ha contribuido a la aceptación del Programa de Vacunaciones por parte de la población beneficiaria, debido al importante intercambio de información entre los proveedores de servicios y los usuarios (7).

Tabla 39.1. Coberturas vacunales en la Región de Murcia en los últimos 10 años (dosis correspondientes a primovacunación)

Año de Nacimiento	2-3 meses	4-5 meses	6-7 meses	15 meses	18 meses
1991	85,14	82,57	80,75	77,87	76,10
1992	90,16	88,20	86,99	83,32	80,47
1993	93,52	92,00	91,02	88,44	86,11
1994	96,15	95,18	94,39	92,80	90,61
1995	97,65	96,58	96,30	93,65	91,00
1996	98,64	97,87	97,30	94,94	92,78
1997	98,35	97,57	96,71	95,84	91,77
1998	100,19	99,61	98,76	96,77	93,56
1999	100,80	99,95	99,10	95,39	93,28
2000	99,93	98,94	97,56	95,17	93,11
2001	104,42	102,42			

Fuente: Registro de Vacunaciones. Dirección General de Salud Pública

Las coberturas de vacunación son similares para todas las Areas de Salud de la Región y se encuentran en cifras parecidas a las del resto de Comunidades Autónomas. Respecto de la vacunación antigripal de los mayores de 65 años (8), la cobertura en los últimos años no sobrepasa el 62%, aunque en sintonía con lo observado en el resto de España.

Desde el año 1991, prácticamente todos los años se han incluido nuevos preparados en el Calendario Sistemático de Vacunaciones. En ese año se introdujo la segunda dosis de vacuna triple vírica para los escolares de 11 años y en esta misma edad la vacuna frente a la hepatitis B en 1994. En 1997 se introdujo un recuerdo de tos ferina a los 18 meses y otro de difteria a los 6 y 14 años, suprimiéndose la dosis de polio de los 14 años. También es ese mismo año se procedió a una vacunación masiva de todos los niños de 18 meses a 19 años frente a la *Neisseria meningitidis* serogrupo C con el preparado polisacárido simple. La vacunación frente a la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b y frente a la hepatitis B en lactantes se inició en 1998, y en este mismo año se introdujo la vacuna acelular frente a la tos ferina a los 18 meses y la triple vírica en los escolares de 6 años. En el año 2000 se introdujo la vacuna antidiftérica en los adultos de cualquier edad y la vacuna frente a la enfermedad invasora por *Neisseria meningitidis* serogrupo C en los lactantes, simultáneamente con una vacunación de "captura" para todos los nacidos a partir de diciembre de 1994. La vacuna acelular frente a la tos ferina para escolares de 6 años se introdujo en 2001 y en 2002 la vacuna antineumocócica simple para todos los adultos con 65 o más años.

### **39.3. RIESGO DE APARICIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES DERIVADO DE LOS FENÓMENOS MIGRATORIOS A NUESTRA REGIÓN**

Nuestro país, y sobre todo algunas Comunidades como Canarias, Andalucía, Valencia o Murcia, tienen en los últimos años unas tasas elevadas de inmigración. Esta población proviene en la mayoría de los casos de países con sistemas sanitarios deficitarios, sobre todo en lo concerniente a Salud Pública. Además, se establecen predominantemente en condiciones precarias, lo que unido a que los calendarios de vacunación de sus países de origen son "de mínimos", y con coberturas bajas, hace que el riesgo de contraer enfermedades, que para nosotros están casi extinguidas o que su incidencia es muy baja, sea muy elevado.

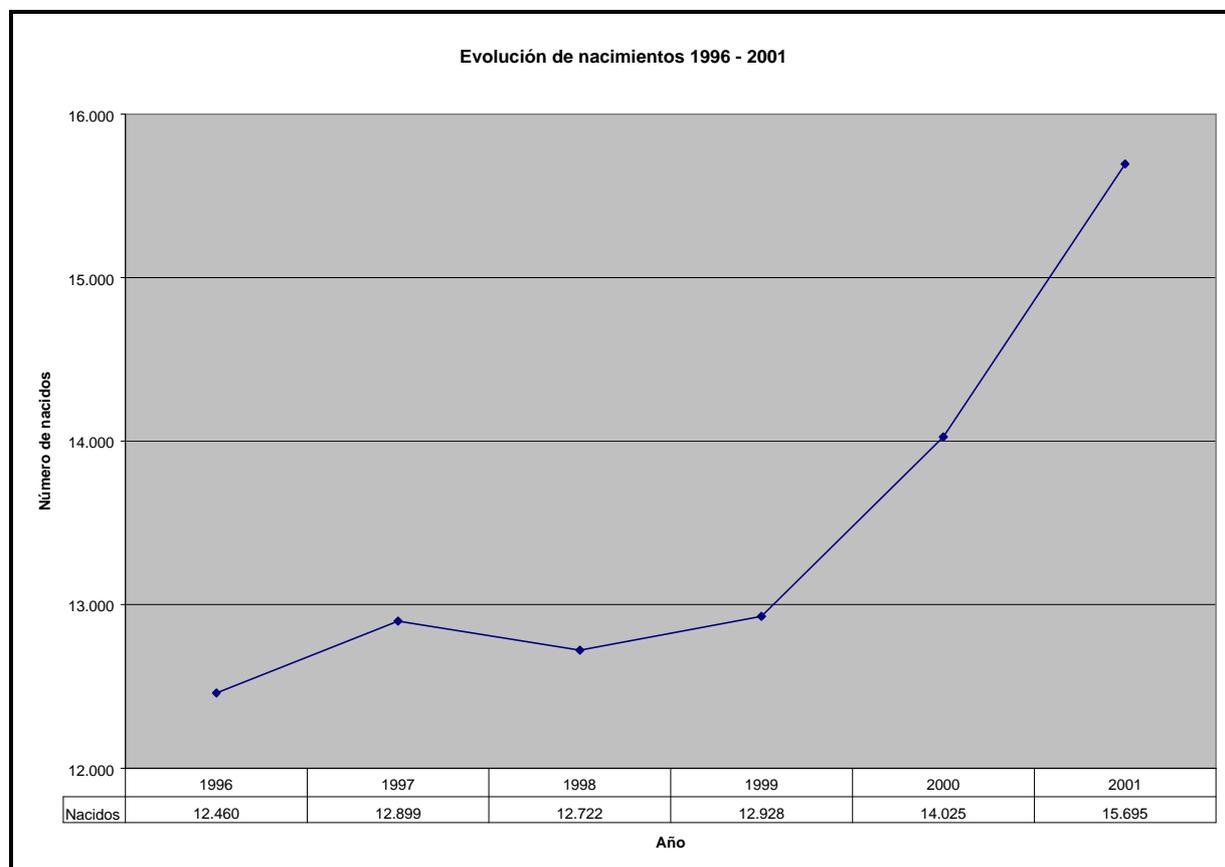
Es primordial, no solamente preservar la salud de los ciudadanos de los países receptores, sino también, e igual de importante, proporcionar a los inmigrantes las herramientas que les ayuden a alcanzar un óptimo estado de salud. En este sentido, la prevención de las enfermedades infecciosas mediante la vacunación adquiere un protagonismo especial. Los calendarios sistemáticos de vacunación de la mayoría de los países en vías de desarrollo, a pesar de la desinteresada contribución de organizaciones no gubernamentales y de naciones desarrolladas, es lo que se podría denominar un calendario de “mínimos”, de tal manera que no solamente no tienen coberturas óptimas, sino que son variables dentro de una misma zona geográfica e incluyen únicamente las vacunas del Programa Ampliado de Vacunación de la Organización Mundial de la Salud, por lo que la hepatitis B, la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b o por *Neisseria meningitidis* serogrupo A o C, la rubeola o incluso el sarampión son enfermedades altamente prevalentes en estas comunidades (9), por lo que podríamos asistir a la reaparición, en nuestra Región, de enfermedades infecciosas cuya incidencia, actualmente, es nula o casi nula. Basta recordar la epidemia de difteria de 1996 en los países de la antigua Unión Soviética, los brotes de rubeola congénita en los Estados Unidos de Norteamérica del año 1999, los brotes de sarampión en el año 2001 y 2002 en Venezuela, República Dominicana, Dinamarca, Reino Unido, Alemania e Italia y los brotes de poliomielitis parálitica por virus derivado de la cepa Sabin en la República Dominicana, Haití, Bulgaria, Georgia y Madagascar.

#### **39.4. EVOLUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS EN LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS EN LA REGIÓN DE MURCIA**

En los últimos 5 años, en el período comprendido entre 1996 y 2001, los nacimientos en nuestra Región se han incrementado en un 26%, pasando de los 12.460 nacimientos del año 1996 a los 15.695 del 2001 (Gráfica 1). Este incremento se produce sobre todo en los dos últimos años, primordialmente debido al aumento de la población inmigrante, y a las altas tasas de natalidad de estos colectivos. Así, en el año 2001 la tasa de natalidad regional fue del 12,18%, correspondiendo un 11,33% a la población autóctona, y un 29,58% a la población extranjera, destacando en esta

última, las tasas de natalidad del 23,98% en la población magrebí y del 38,95% en la población ecuatoriana.

Gráfica 39.1. Evolución de los nacimientos en la Región de Murcia en el período 1996 – 2001.



Fuente: Centro Regional de Estadística. Consejería de Hacienda

Este importante incremento, junto a la incorporación de nuevas vacunas al Calendario, lleva aparejado un importante aumento del gasto anual destinado al Programa de Vacunaciones. Se ha pasado de un gasto de 622.576 Euros durante el año 1998 a 1.256.688 Euros en el año 1999, 2.320.044 en el año 2001 y a 3.604.220 en el año 2002.

### 39.5. NUEVOS PREPARADOS VACUNALES A INTRODUCIR EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

A medida que aparecen nuevas armas preventivas en el mercado, se plantea la pertinencia de su inclusión en los calendarios rutinarios en base a la carga de enfermedad (morbilidad, mortalidad

y discapacidad) y a los costes de tratamientos evitados *versus* los costes de compra y de administración.

Para los próximos 5 años, e independientemente de la aparición de vacunas no previstas dirigidas a enfermedades prevalentes (SIDA, infecciones respiratorias víricas...), se deberán plantear, en base a los criterios mencionados, las siguientes incorporaciones:

Cambio a vacuna inactivada frente a la poliomielitis una vez certificada la erradicación de la poliomielitis salvaje de la Región Europea (10).

Cambio a vacuna acelular frente a la tos ferina, menos reactógena, mejor aceptada y de efectividad similar, en series primarias.

Introducción de la vacuna acelular frente a la tos ferina en los recuerdos periódicos de los adultos debido a la escasa duración de la protección conferida por la vacunación y a la alta morbimortalidad en lactantes pequeños.

Introducción de vacuna frente a la varicela sistemáticamente en lactantes o en preadolescentes susceptibles.

Introducción de la vacuna conjugada frente a *Streptococcus pneumoniae*, una vez que se conoce la carga de enfermedad y los serotipos implicados en la Región (11) y se prosigue con las actividades de seguimiento.

Ampliación, hasta los 20 años, de la edad de vacunación frente a *Neisseria meningitidis* serogrupo C, con vacuna conjugada, en función de la epidemiología de la enfermedad.

Disminución de la edad para la recepción de la vacuna antigripal anual a los 50 años e introducción sistemática en lactantes y niños de la vacuna antigripal trivalente atenuada intranasal "adaptada al frío".

## RESUMEN FINAL

Los principales problemas que se plantean en el campo de las enfermedades prevenibles por vacunación, residen en:

- Información del ciudadano y formación del sanitario.
- Excesivas trabas a la introducción de vacunas “seguras” frente a enfermedades prevalentes al comparar con medidas diagnósticas y terapéuticas de seguridad y efectividad no probada.
- Mantenimiento de las coberturas actuales.
- Captación y actualización del calendario en la población inmigrante.
- Incremento del gasto en vacunas por el aumento de la natalidad, de la población escolar y adulta y por la incorporación de nuevos preparados.
- Mejora de la eficiencia de los registros informatizados de vacunación y de las bases de datos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:241-3
- (2) Palese P, García Sastre A. New directions in vaccine research. *J Clin Invest* 2002;109:1517-8
- (3) Wilson C, Marcuse E. Vaccine safety-vaccine benefits: science and the public's perception. *Nature Rev Immunol* 2001;1:160-5
- (4) Navarro Alonso JA. La Vacunología en los albores del siglo XXI. *Aten Prim* 2002;29:569-74
- (5) Abramson J, Pickering L. US immunization policy. *JAMA* 2002;287:505-9
- (6) Bernal PJ, Navarro JA, Luna T. Registro nominal de vacunaciones de la Región de Murcia. *Vacunas. Invest Pract* 2001;1:137-140
- (7) Navarro Alonso JA, Bernal González PJ, Níguez Carbonell PJ. Analysis of factors influencing vaccine uptake: perspectives from Spain. *Vaccine* 2001;20:S13-S15
- (8) Dirección General de Salud Pública. Indicadores sanitarios de la Sección de Programas Vacunales 2001. *Boletín Epidemiológico de Murcia* 2002;23:23-26
- (9) Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas. Invest Pract* 2001;2:110-18
- (10) World Health Organization. Certification of poliomyelitis eradication. European Region, June 2002. *Wkly Epidemiol Rec* 2002;77:221-224
- (11) MI Espín, A Sandoval, J Ruiz, JA Navarro, J García, D Pérez Flores. Enfermedad neumocócica invasora en niños de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria* 2002;16:385-391

# **40.- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE METABOLOPATÍAS Y ALTERACIONES GENÉTICAS**

Asunción Fernández Sánchez <sup>1</sup>

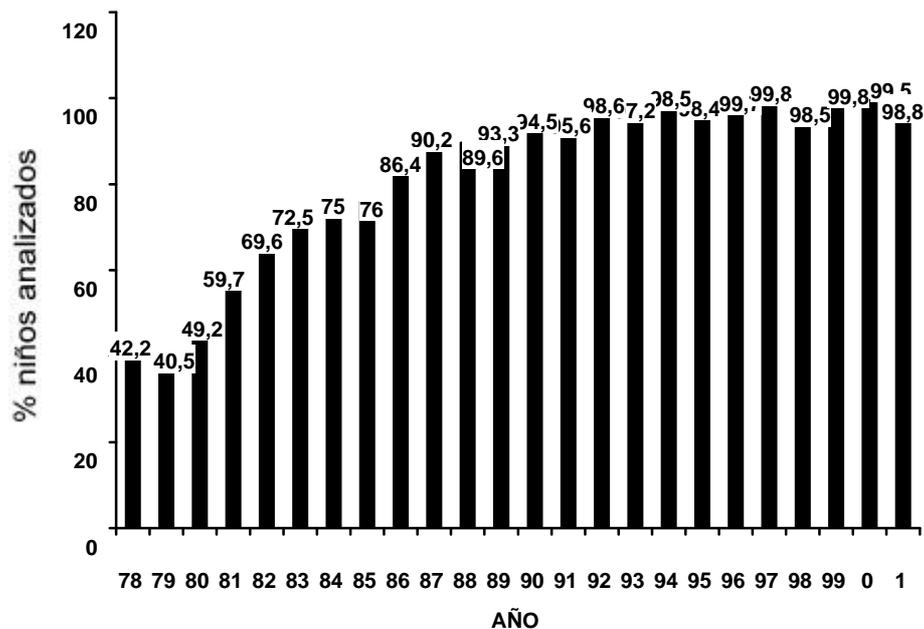
---

<sup>1</sup> Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

#### 40.1. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE METABOLOPATÍAS

Las enfermedades metabólicas hereditarias (EMH) se definen como un grupo de trastornos bioquímicos debidos a mutaciones estables y hereditarias del ADN. La mayoría de las EMH cursan con retraso mental y son causa importante de morbilidad y mortalidad. Los programas de detección precoz neonatal van dirigidos a la detección y diagnóstico de estas enfermedades, con el fin de aplicar un tratamiento antes de que aparezcan lesiones irreversibles. La frecuencia de estas alteraciones consideradas en su conjunto es de 1/600-800 nacidos vivos. En el Programa de la Región de Murcia se realiza la detección de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito primario (HC), jarabe de arce (MSUD), tirosina, hiperglicinemia no cetósica y cistinuria. Desde 1978 está implantado el Programa de Detección Precoz neonatal de Metabopatías (*screening* o cribaje metabólico) cuya cobertura ha aumentado desde el 42,2% del inicio del Programa, al 98,8 % de 2001 (Gráfica 40.1). Los programas se basan en el uso de metabolitos en muestra de sangre de talón y orina, de los recién nacidos impregnada en papel.

**Gráfica 40.1. Cobertura del programa de la Detección Precoz Neonatal de Enfermedades Metabólicas Hereditarias de la Comunidad de Murcia. Periodo 1978-2001.**



**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud Pública

Para que un trastorno metabólico quede incluido en el Programa de Detección debe reunir los siguientes requisitos: 1) que el trastorno sea tratable, 2) que exista un buen método analítico para su detección, 3) que la intervención médica temprana disminuya la morbilidad o mortalidad. En general, la recomendación de poner en marcha un programa de screening determinado depende de sí la enfermedad en cuestión satisface estos criterios. El propósito de estos programas es incrementar la detección en el número de trastornos que tienen tratamiento. Recientemente, la aplicación de tecnologías nuevas (inmunoquímicas, espectrometría en tándem-masas, etc.,) en muestras de sangre, ha permitido ampliar la detección de hasta 20 nuevos trastornos (alteraciones en ácidos grasos, déficit de carnitina, etc.) sobre una misma muestra.

En estos últimos años el desarrollo de estos métodos de cribado han permitido identificar un amplio espectro de enfermedades variando los parámetros de identificación de los compuestos a analizar. Estos avances analíticos aplican y amplían el concepto de una muestra — múltiples diagnósticos, lo que permite descartar o identificar diversas alteraciones metabólicas en las muestras de sangre y orina de los programas de diagnóstico precoz.

Los casos diagnosticados (Tabla 40.1) incluyen los casos detectados a través del Programa de Detección Precoz Neonatal en todos los recién nacidos, así como los estudios selectivos realizados en aquellos con sintomatología clínica.

**TABLA 40.1. Enfermedades Metabólicas Hereditarias detectadas en la Región de Murcia. Periodo 1997-2001.**

<b>TRASTORNO</b>	<b>Nº CASOS</b>
<b>Hiperfenilalaninemia</b>	
Fenilcetonuria	10
Hiperfenilalaninemia	11
<b>Hipotiroidismo Congénito Primario</b>	
Permanente	36
Transitorio	14
<b>Cistinurias</b>	
Tipo I	19
Cistinuria-lisinuria	26
<b>Hiperplasia Adrenal Congénita</b>	1
<b>Acidemia Láctica</b>	7 <sup>a</sup>
<b>Enfermedad Mitocondrial</b>	4 <sup>a</sup>
<b>Mucopolidosis tipo II</b>	1 <sup>a</sup>
<b>Déficit de Deshidrogenasa de 3-Hidroxiácidos de Cadena Larga (LCHAD)</b>	1

<b>Cistatonuria</b>	1
<b>Déficit de Ornitin Transcarbamilasa (OTC)</b>	1
<b>Jarabe de Arce (MSUD)</b>	4
<b>Déficit de Glutaril CoA Deshidrogenasa</b>	1
<b>Déficit de Propionil Co A carboxilasa (PPC)</b>	2
<b>Homocistinuria</b>	2
<b>Mucopolisacaridosis</b>	4
<b>Déficit de biotinidasa</b>	1
<b>Hiperornitonemia</b>	2
<b>Hiperglicinemia no cetósica</b>	1
<b>Aciduria metilglutacónica</b>	1
<b>Citrulinemia neonatal</b>	1

(a) En colaboración con centros de referencia nacionales e internacionales

**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud Pública.

El desarrollo continuo de nuevas técnicas analíticas permite extender el Programa de Detección Neonatal a nuevas alteraciones, con el consiguiente beneficio para la población. Las facilidades actuales para la automatización, hace que el número de enfermedades que técnicamente serían susceptibles de detección sistemática neonatal se incremente de manera continua y eficazmente en muestras de sangre de talón impregnada en papel. Desde el punto de vista técnico, la perspectiva más interesante la ofrece la espectrometría tandem-masas, que permite detectar varios trastornos del metabolismo a la vez. De aquí que entre los objetivos para el próximo sexenio se plantee la conveniencia de incluir esta técnica para detectar en todos los recién nacidos, la fibrosis quística, las alteraciones de las acil carnitinas y los defectos de la beta oxidación de los ácidos grasos, entre las enfermedades más adecuadas. Para lograr estos objetivos es necesario instruir al personal en las técnicas analíticas correspondientes y adquirir el instrumental apropiado (espectrómetro en tandem-masas).

#### **40.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GENÉTICAS CON BASE MOLECULAR**

El estudio de las enfermedades genéticas con base molecular se realiza aplicando las técnicas de Biología Molecular para el estudio del ADN, por detección directa del defecto molecular, o por detección indirecta del gen anómalo. Durante el período 1997-2001 se han realizado estudios neonatales, prenatales y/o de portadores a individuos con sospecha de enfermedades moleculares. Estos estudios han permitido el diagnóstico en individuos con enfermedades como Distrofia Molecular de Duchenne (DMD), Distrofia Miotónica de Steinert (DMS), Fibrosis Quística (FQ), Síndrome de Prader Willi, Angelman y X Frágil (SPW, SA, SXF).

(Tabla 40.2). Además hemos colaborado con los Servicios de Cirugía General, Endocrinología y Neurología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, en el diagnóstico de anomalías genéticas de algunas enfermedades como Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1 y 2 (A y B), Cáncer de colón hereditario no polipósico (HNPCC) y en la determinación de los alelos de Apolipoproteína E (APOE) en enfermos con Alzheimer (Tabla 40.2).

**TABLA 40.2. Enfermedades Moleculares detectadas en la Región de Murcia. Periodo 1997-2001.**

<b>TRASTORNO</b>	<b>Nº CASOS</b>
<b>Síndrome X-Fragil</b>	
Prenatal	9
Varones con mutación completa	14
Varones portadores de premutación	23
Mujeres con premutación	38
Mujeres con mutación completa	20
<b>Fibrosis Quística</b>	
Prenatal	2
Afectados con dos mutaciones	17
Portadores de una mutación	67
<b>Distrofia Muscular de Duchenne/Becker</b>	
Prenatal	4
Afectados	6
Portadores de alteración	18
<b>Distrofia Miotónica de Steinert</b>	
Prenatal	1
Afectados	36
Portadores	22
<b>Síndrome de Prader Willi/Angelman</b>	
Afectados	8
<b>Delección cromosoma Y</b>	1
<b>Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1</b>	
Afectados	62
<b>Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2</b>	
Afectados	97
Portadores	128
<b>Cáncer de colón familiar</b>	
Afectados	18

La mortalidad e incidencia del cáncer de mama se están reduciendo en la región mediante los programas de detección y tratamiento precoz en curso. La investigación de la etiología de este y otros tipos de cáncer permitiría conocer mejor su pronóstico y tratamiento. Para fomentar dicha investigación es necesario incluir el análisis de las alteraciones moleculares que originan esta enfermedad en los programas de detección del Centro. Ello

conlleva la realización de los estudios pertinentes para dotarlo del personal y los medios apropiados.

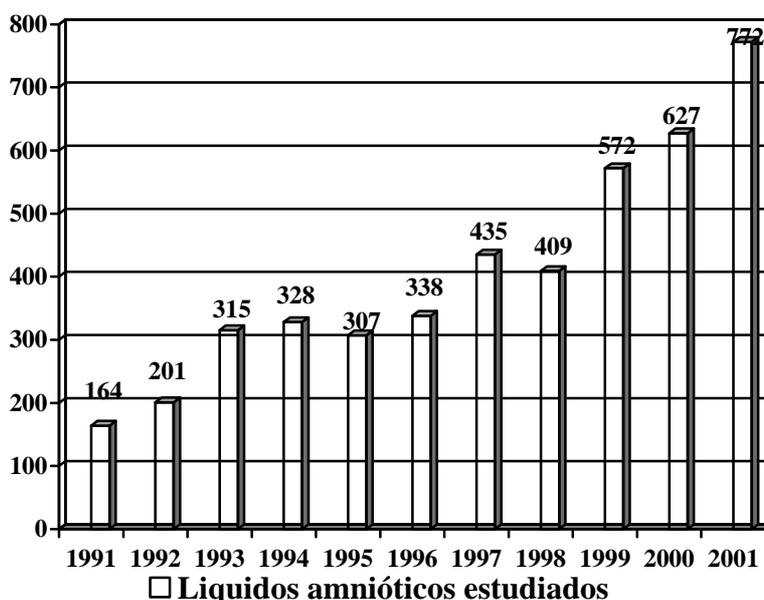
### 40.3. DIAGNÓSTICO DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Las anomalías cromosómicas son mutaciones que implican a zonas más o menos grandes del cromosoma y afectan por tanto a varios genes. Si se estima que los defectos congénitos en el nacimiento oscilan entre el 3 y el 5% de los recién nacidos y que el 20% de tales defectos tienen su origen en una alteración cromosómica, resulta que éstas son causantes del 1% de las anomalías de los recién nacidos.

La mayoría de las alteraciones cromosómicas van asociadas a retraso mental, malformaciones congénitas, etc. Se diagnostican mediante estudio del cariotipo, que comprende el análisis del número y la estructura (morfología, bandas) de los cromosomas.

La evolución de la demanda de diagnóstico citogenético prenatal en nuestra región ha experimentado un notable incremento en los últimos años (Gráfica 40.2).

**Gráfica 40.2. Evolución del diagnóstico prenatal en la Región de Murcia. Periodo 1991-2001.**



**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud Pública.

Con respecto al grupo de edad igual o superior a 35 años, al que fundamentalmente se ha dirigido el programa, la cobertura del diagnóstico citogenético no se ha incrementado a lo largo de los últimos años (Tabla 40.3). Los factores causantes de esta evolución son posiblemente tres. El primero es que las embarazadas desistieron de realizar este diagnóstico al conocer el resultado del screening ecográfico y bioquímico, debido a que estiman suficiente el valor predictivo de estas pruebas (la combinación de ambas eleva la probabilidad del diagnóstico al 95%). También figura el rechazo de las gestantes a la realización de una prueba de carácter invasivo (en el Centro se vienen registrando cifras de rechazos cercanas al 20%). Finalmente, es posible que haya una información insuficiente para la población general sobre la naturaleza de la prueba. Las anomalías cromosómicas diagnosticadas aparecen en la Tabla 40.4.

**TABLA 40.3. Cobertura del programa de diagnóstico prenatal en la Región de Murcia. Período 1997-2001.**

	1997	1998	1999	2000	2001
Nº total estudios	431	410	570	626	770
% cobertura > 35 años	18,9	16,3	19,8	21,2	19
% cobertura > 38 años	30,7	22,4	29,4	27,2	23,8

**TABLA 40.4. Anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas en la Región de Murcia. Período 1997-2001.**

<b>ANOMALÍAS</b>	<b>Nº CASOS</b>
Trisomía 21 (síndrome de Down)	43
Trisomía 18 (síndrome de Edward)	16
Trisomía 13(síndrome de Patau)	5
Trisomía 9	2
Monosomía X (síndrome de Turner)	8
47,XXX (triple X)	1
47,XXY (síndrome de Klinefelter)	5
47,XYY (doble Y)	1
69, XXY (triploidía)	4
Anomalías estructurales desequilibradas	15
Anomalías equilibradas de novo	2
Anomalías equilibradas heredadas	27
Cromosomas marcadores extras	5
Síndrome del X-fragil	1
<b>TOTAL ANOMALÍAS</b>	<b>135</b>

**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud Pública.

Las pruebas bioquímicas y ecográficas (cribado prenatal) son procedimientos no invasivos que permiten ampliar la detección del riesgo de enfermedad genética a toda la población de gestantes. De esta forma, se podría sustituir el criterio de la edad de la mujer como único indicador de riesgo, por otro que cubriría a toda la población de gestantes. La generalización de los métodos bioquímicos y ecográficos, y el diagnóstico genético en el embarazo exigen una organización coordinada de ámbito provincial, con la intervención pluridisciplinar de los profesionales implicados (ecografistas, ginecólogos, bioquímicos y genetistas).

Por lo tanto, si los conceptos de asistencia a la embarazada y la prevención de las enfermedades genéticas, se abordan desde una perspectiva de Salud Pública, es necesario una evaluación coordinada de resultados y procesos (grupos de edad, cribado bioquímico, ecográfico, resultado citogenético, etc.). Esto puede lograrse mediante el desarrollo de un Programa Regional de Diagnóstico Prenatal de Enfermedades Genéticas. Ello permitiría determinar las embarazadas que deben ser incluidas en los grupos de riesgo.

## **41. CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.**

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO. IMPACTO SOBRE POBLACIÓN  
INMIGRANTE. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO Y TASAS DE CURACIÓN.  
ESTUDIO DE CONTACTOS

Fernando Galvañ Olivares<sup>1</sup>

Carmen Santiuste de Pablos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de la Tuberculosis. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo

#### 41.1. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA REGIÓN DE MURCIA. IMPACTO SOBRE POBLACIÓN INMIGRANTE. PERIODO 1997-2002.

La incidencia de la tuberculosis (TBC) en la Región de Murcia, aún siendo todavía alta, es una de las más bajas de España y en los últimos años muestra una tendencia favorable, aproximándose a los índices de los países industrializados de Europa. Sin embargo, al mismo tiempo que se observa una disminución de la incidencia anual, se aprecia también un incremento de casos de enfermedad en ciertos colectivos con dificultades de adaptación social como son los inmigrantes, consumidores de drogas, presos y personas sin hogar. Otros grupos de riesgo que acumulan un importante número de casos son los contactos y convivientes de enfermos bacilíferos, los pacientes inmunodeprimidos -sobre todo los infectados por VIH-, así como las personas diabéticas y los enfermos de silicosis. (Tablas 41.1 y 41.2)

Tabla 41.1. Prevalencia de Situaciones de riesgo para Tuberculosis en los enfermos diagnosticados en la Región de Murcia en el periodo de 1997 a 2002<sup>a</sup>

	Frecuencia	Porcentaje
No consta	671	61,1
Contacto de TBC	132	12,0
Prisión	31	2,8
Centro de acogida	8	0,7
Institución cerrada	7	0,6
Indigencia/distocia social	37	3,4
Inmigrante reciente	198	18,0
Personal sanitario	15	1,4
Total	1099	100,0

<sup>a</sup> Hasta 1 de Septiembre de 2002

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D. G. de Salud Pública de Murcia

Tabla 41.2. Prevalencia de Factores de riesgo para Tuberculosis en los enfermos diagnosticados en la Región de Murcia en el periodo de 1997 a 2002<sup>a</sup>

	Frecuencia	Porcentaje
No consta	781	71,1
Infección VIH	125	11,4
Alcoholismo	57	5,2
Diabetes	51	4,6
CDVP	46	4,2
Neoplasias	31	2,8
Silicosis	8	0,7
Total	1099	100,0

<sup>a</sup> Hasta 1 de Septiembre de 2002

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D. G. de Salud Pública de Murcia

En los enfermos que han sido contacto de otros enfermos (132 casos, el 12% del total) se observa que la gran mayoría se concentra en familiares convivientes y no convivientes, siendo menor en otros tipos de contacto como son el ámbito escolar, laboral o en amigos y vecinos, aunque la importancia epidemiológica y el gran impacto social en estos últimos obliga a mantener un riguroso sistema de alerta y control. (Tabla 41.3)

Tabla 41.3. Características de la relación de los enfermos que han sido contacto de otros pacientes de tuberculosis. Región de Murcia. 1997 a 2002<sup>a</sup>

	Frecuencia	Porcentaje
Familiar conviviente	66	50,0
Familiar no conviviente	35	26,5
Contacto laboral	5	3,8
Contacto escolar	6	4,5
Conviviente de institución	6	4,5
Otros (amigo, vecino, etc.)	14	10,6
Total	132	100,0

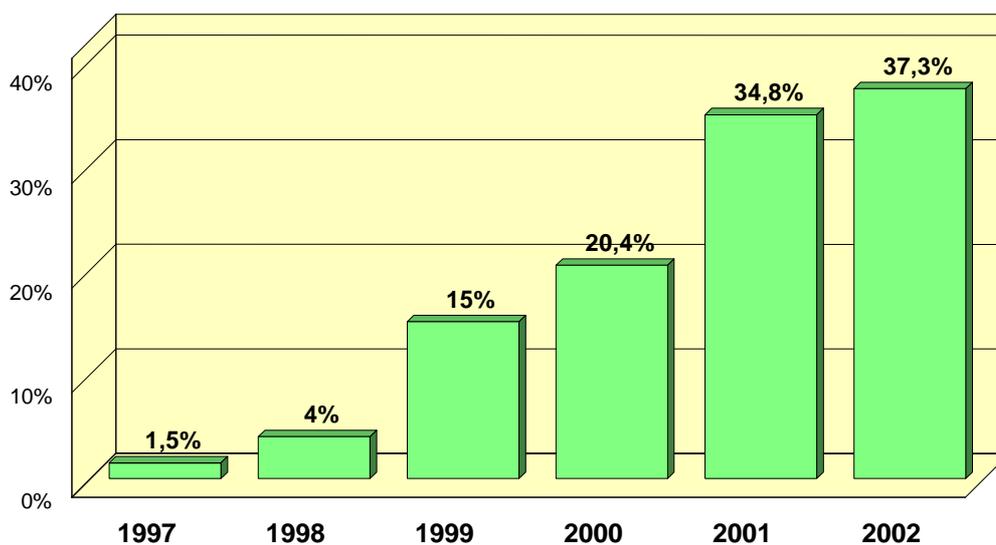
<sup>a</sup> Hasta 1 de Septiembre de 2002

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D. G. de Salud Pública de Murcia

Es muy llamativo el aumento de la proporción de casos de tuberculosis en población inmigrante en los últimos años, pasando del 1,5% de los casos en 1997 al 37,3% en el 2002, aumento que coincide con un incremento muy importante de personas extranjeras en nuestra Región. (Gráfico 41.1). En cuanto a la distribución por zonas de origen, se comprueba que el número total de casos desde 1997 a 2002 en inmigrantes hispanos ha alcanzado e incluso superado al de inmigrantes africanos que, en conjunto, suponen el 95% de los casos (Gráfico 41.2). El resto de

casos se distribuye entre asiáticos (1%) y centroeuropeos (4%). También se puede comprobar la mayor incidencia de casos en las áreas de Murcia y Cartagena, seguidas de cerca por el área de Lorca. En los dos últimos años han aparecido algunos casos en las áreas de Noroeste y Altiplano, áreas que antes apenas presentaban incidencia en población inmigrante. (Tabla 41.4)

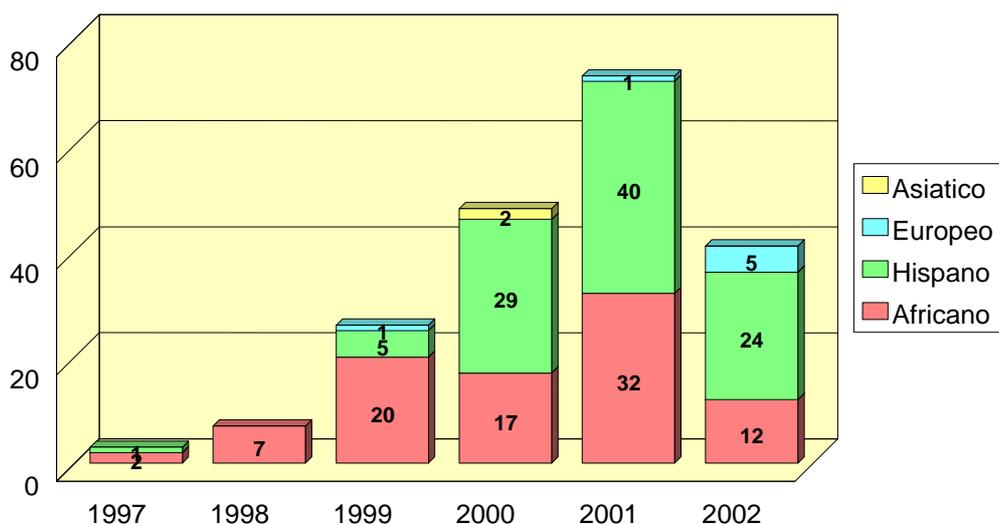
Gráfico 41.1. Evolución de la proporción de casos de Tuberculosis en Población Inmigrante. Región de Murcia. 1997 a 2002<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Hasta 1/9/2002

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D.G. de Salud Pública de Murcia

Gráfico 41.2. Evolución de los casos de Tuberculosis en Población Inmigrante según zona de origen. Región de Murcia. 1997 a 2002<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Hasta 1/9/2002.

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D.G. de Salud Pública de Murcia

Tabla 41.4. Distribución de casos de Tuberculosis en Población Inmigrante por Areas de Salud y zona de origen. Región de Murcia. 1997-2002<sup>a</sup>

	Africanos	Hispanos	Asiaticos	Europeos	Total	
Murcia	36	28	1		65	33%
Cartagena	30	25	1	7	63	32%
Lorca	11	31			42	21%
Noroeste	1	5			6	3%
Altiplano	1	1			2	1%
Vega del Segura	8	9			17	9%
Desconocido	3				3	2%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>99</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>
	45%	50%	1%	4%	100%	

<sup>a</sup> Hasta 1 de Septiembre de 2002

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D. G. de Salud Pública de Murcia

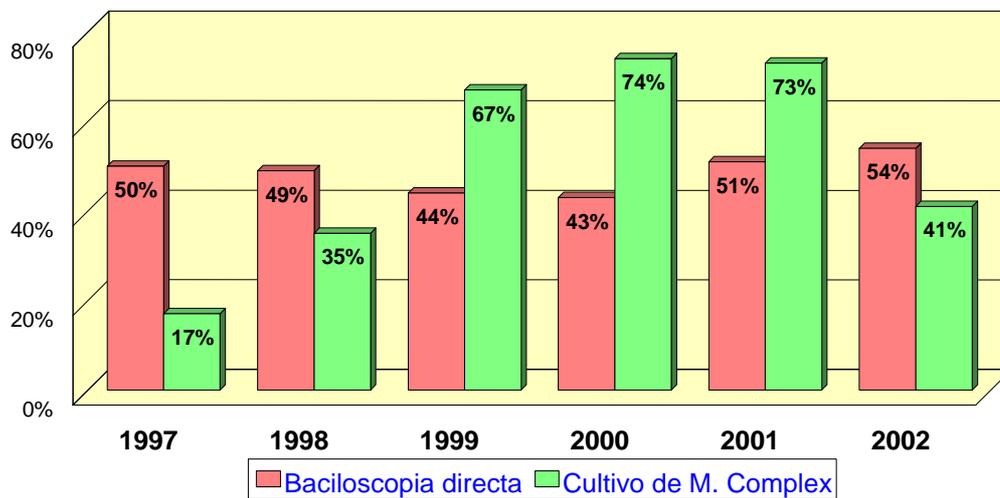
Este incremento de la incidencia de TBC en población inmigrante sin duda está determinado por la presencia de un alto índice de infectados en estos colectivos, por las malas condiciones de vida, vivienda y hacinamiento, y por las dificultades de acceso a los servicios de salud. A ello se unen las enormes dificultades de localización, asistencia, adherencia, idiomáticas, y de financiación terapéutica, constituyendo una auténtica barrera para lograr el correcto diagnóstico, tratamiento y curación de estos pacientes, así como para adoptar las medidas de prevención en sus contactos familiares y convivientes, lo que a su vez facilita la extensión de la infección a su entorno y el desarrollo de nuevos casos de enfermedad.

#### **41.2. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO Y TASAS DE CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 1998-2001**

En 1998 se instauró un programa de seguimiento terapéutico de los enfermos de tuberculosis que ha permitido conocer y controlar las características, incidencias y cumplimiento del tratamiento, así como la finalización del mismo en los últimos años. En este periodo se comprueba un incremento en la información sobre el resultado positivo del cultivo de micobacterias que, partiendo de un porcentaje del 17% en 1997, llega a ser superior al 70% en los años 2000 y 2001 (Gráfico 41.3). Se aprecia también un incremento de la proporción de regímenes terapéuticos de cuatro drogas iniciales (Gráfico 41.4), probablemente debido al aumento de casos en población inmigrante que procede de zonas de alta incidencia de tuberculosis, casos en los que está indicado potenciar el tratamiento inicial debido a la alta frecuencia de resistencias primarias en sus países de origen. En el periodo

1997-2002 ha habido seis casos de enfermos de tuberculosis multirresistente en la Región de Murcia, cuatro de ellos ya han sido dados de alta por curación y dos aún se hallan en tratamiento con buena evolución clínica, ninguno de ellos ha tenido impacto de contagio en su entorno.

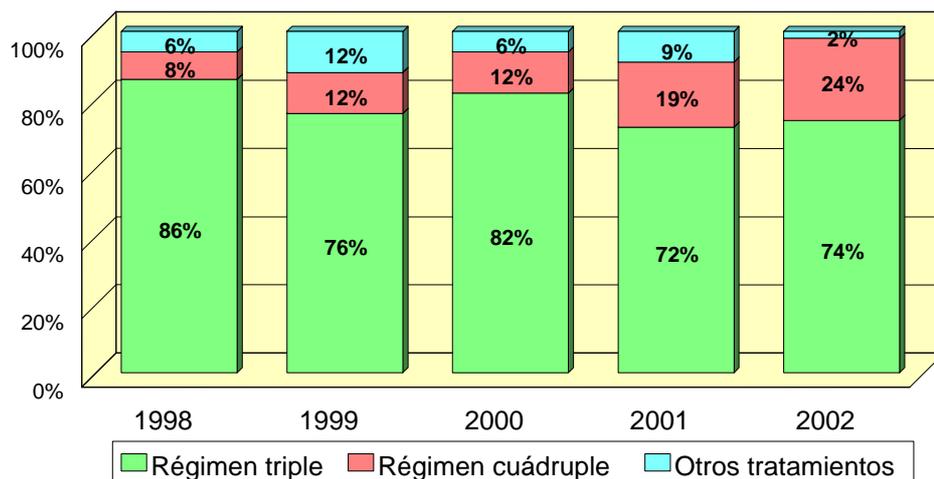
Gráfico 41.3. Evolución de la proporción de casos de Tuberculosis con información sobre Cultivo de micobacterias y Baciloscopia directa positivos. Región de Murcia. 1997 a 2002<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Hasta 1/9/2002. Los datos del año 2002 son provisionales

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D.G. de Salud Pública de Murcia

Gráfico 41.4. Evolución del régimen terapéutico en los casos de Tuberculosis de la Región de Murcia. 1997 a 2002<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Hasta 1/9/2002.

Régimen triple: Tratamiento estándar con tres drogas iniciales

Régimen cuádruple: Tratamiento estándar con cuatro drogas iniciales

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D.G. de Salud Pública de Murcia

Comprobamos que la tasa media de curación de los casos en población autóctona es bastante alta y que se mantiene todo el periodo (1988 a 2001) con pequeñas variaciones. La tasa de curación en población inmigrante es francamente inferior, debido sobre todo a la alta proporción de pérdida de pacientes, sin embargo se observa una importante mejora de este índice en los últimos años (Tabla 41.5), ésto es probablemente debido a una mayor integración socio-cultural de este colectivo en la Región y a la menor movilidad geográfica (hispanos), con mejor acceso a los servicios sanitarios y la cada vez mayor presencia de inmigrantes con derecho a asistencia sanitaria.

Tabla 41.5. Resultado del seguimiento terapéutico de enfermos TBC en población autóctona e inmigrante. Distribución por años. Región de Murcia. 1998 - 2001

<b>Población Autóctona</b>						
	1.998	1.999	2.000	2.001 <sup>a</sup>	Total	
Curación/Trat. completo	142	123	156	87	508	79,7%
Cambio residencia	3	4	1	3	11	1,7%
Abandono tratamiento	1	4	1	1	7	1,1%
Pérdida	7	8	6	8	29	4,6%
Exitus	13	8	22	11	54	8,5%
Pendiente/Trat. prolongado			1	27	28	4,4%
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>147</b>	<b>187</b>	<b>137</b>	<b>637</b>	<b>100,0%</b>
Tasa de curación	95%	91%	96%	91%	93%	
<b>Población Inmigrante</b>						
	1.998	1.999	2.000	2.001 <sup>a</sup>	Total	
Curación/Trat. completo	3	14	31	32	80	51,9%
Cambio residencia	1	2	4	9	16	10,4%
Abandono tratamiento			1		1	0,6%
Pérdida	3	10	11	9	33	21,4%
Pendiente/Trat. prolongado			1	23	24	15,6%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>73</b>	<b>154</b>	<b>100,0%</b>
Tasa de curación	50%	58%	72%	78%	70%	

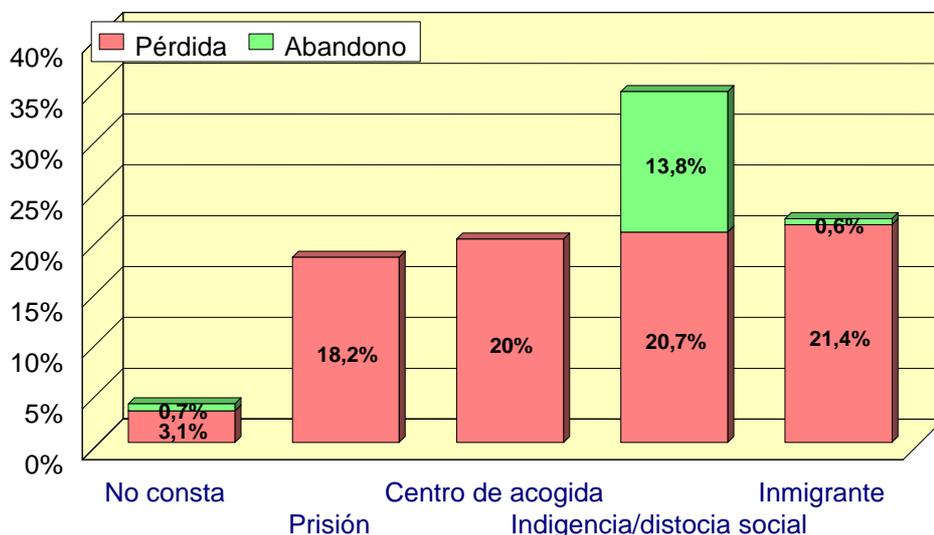
Tasa de curación: Trat.completo / (Trat.completo+Abandonos y pérdidas)

<sup>a</sup> Datos provisionales

El Gráfico 41.5 muestra la proporción de pérdida y abandono terapéutico en enfermos con situación de riesgo de origen social. Se aprecia una alta proporción de pérdida/abandono en indigentes y personas con distocia social en los que destaca, además de un alto porcentaje de pérdida, la alta proporción de abandonos, un hecho muy vinculado al desarraigo social. Sin embargo, tanto en los casos relacionados con la estancia en prisión como en las personas inmigrantes y los

residentes en centros de acogida predominan las pérdidas en el control del enfermo, debido a la ilocalización tras la excarcelación o a la gran movilidad geográfica de éstos colectivos.

Gráfico 41.5. Proporción de pérdida y abandono terapéutico en las distintas situaciones de riesgo de origen social de los enfermos de Tuberculosis de la Región de Murcia. 1998 a 200<sup>f</sup>



<sup>a</sup> Datos provisionales

Fuente: Sección de Salud Laboral y Programa de Tuberculosis. D.G. de Salud Pública de Murcia

Las mayores dificultades para el control de los enfermos inmigrantes se deben a problemas de localización y a la movilidad geográfica que impide contactar con ellos para realizar el seguimiento terapéutico y de curación. Estas dificultades son mayores en pacientes africanos que presentan una proporción de pérdida o abandono del 30%, es menor en hispanos (12%) y, en todo caso, bastante más altas que en población autóctona (6%). Todo ello hace que la tasa media de curación sea mayor en inmigrantes de origen hispano (83%) que en africanos (60%) (Tabla 41.6), esto es debido al mayor número de casos perdidos en el control de pacientes de origen magrebí y subsahariano, muchos de ellos ilocalizables después de ser dados de alta en el centro hospitalario que realiza el diagnóstico y tratamiento inicial. Se considera importante intensificar las actividades de trabajo social e información, la obtención de datos para su posterior localización, y la derivación a servicios que pueden atender ambulatoriamente a estos pacientes hasta su curación, antes de ser dados de alta y remitidos para seguir el tratamiento en su domicilio.

Tabla 41.6. Resultado del seguimiento terapéutico en Inmigrantes enfermos de TBC según zona de origen. Región de Murcia. 1998 – 2001<sup>a</sup>

	Africanos		Hispanos		Otros		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Curación/Trat. completo	35	46,1	43	58,1	2	50,0	80	51,9
Cambio residencia	10	13,2	6	8,1	-	-	16	10,4
Abandono tratamiento	1	1,3	-	-	-	-	1	0,6
Pérdida	22	28,9	9	12,2	2	50,0	33	21,4
Pendiente	8	10,5	16	21,6	-	-	24	15,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>
Tasa de curación	60%		83%		50%		70%	

Tasa de curación: Trat.completo / (Trat.completo+Abandonos y pérdidas)

<sup>a</sup> Datos provisionales

#### **41.3. ESTUDIO DE LOS CONTACTOS DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE MURCIA. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA QUIMIOPROFILAXIS DE LOS INFECTADOS. TASAS DE CUMPLIMIENTO. PERIODO 1997-2001.**

El estudio de las personas que han tenido convivencia o contacto con un enfermo de tuberculosis es una actividad esencial en los programas de control de la enfermedad y la infección tuberculosa. Por una parte permite identificar y proteger a las personas infectadas y a riesgo de enfermar y, por otra, ayuda a identificar la fuente de contagio en muchas ocasiones, sobre todo en el entorno de enfermos infantiles y de los casos con formas incipientes de la enfermedad sin capacidad infectante.

En el periodo 1997 a 2001 han sido investigados 6.367 contactos de 866 casos índice, lo que supone una media de 7,4 contactos por enfermo. Del estudio de estos contactos se encontraron 132 enfermos (2%) y 1149 (18%) resultaron infectados. La Tabla 41.7 muestra los resultados de los principales indicadores de control y tratamiento de los contactos de enfermos de tuberculosis en la Región de Murcia, en ella se aprecia una cobertura superior al 90% de enfermos con estudio de contactos realizado, también es destacable el porcentaje, superior al 95%, de indicación de quimioprofilaxis antituberculosa en personas infectadas que son contacto de enfermos bacilíferos y que presentan alto riesgo de contraer la enfermedad.

Tabla 41.7. Principales indicadores en el control y tratamiento de los contactos de enfermos de Tuberculosis en la Región de Murcia. 1997-2001

Contactos estudiados	6367
Casos índice	866
Contactos por enfermo	7,4
Porcentaje de enfermos hallados en el estudio de contactos	2%
Porcentaje de enfermos con estudio de contactos	91%
Porcentaje de enfermos bacilíferos con estudio de contactos	97%
Porcentaje de QP 2ª indicadas sobre total contactos	18%
Porcentaje de QP 1ª indicadas sobre total contactos	5%
Porcentaje de QP 2ª en Infectados <35 años contactos de enfermos bacilíferos	96%
Porcentaje de QP 2ª en Infectados <35 años convivientes de enfermos bacilíferos	100%

QP: Quimioprofilaxis antituberculosa

Enfermos bacilíferos: Enfermos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia directa de esputo positiva

La mayor parte de los contactos estudiados son familiares de los enfermos índice, tanto convivientes (34%) como no convivientes (37%), siendo importante también la proporción de contactos laborales (16%) y menor en otros tipos de contactos, como son los convivientes de institución cerrada (3%), los vecinos o amigos (8%) y los contactos escolares (2%), aunque en éstos últimos se debe considerar que sólo se contemplan los que acuden a revisión clínica tras haber resultado positivos a la prueba de tuberculina realizada en los propios centros escolares, en realidad el número de escolares testados inicialmente con tuberculina es mucho mayor, algo similar ocurre con los contactos de ámbito laboral (Tabla 41.8). Es de interés señalar que un número relativamente importante de contactos, 322 (5%), son personas inmigrantes, con aumento progresivo en los últimos años (1 en 1997, 34 en 1999, 130 en el 2000 y 157 en el 2001) lo que coincide con el aumento de casos de enfermedad en esta población, aunque también indica un mayor acceso y sensibilización por las medidas de prevención.

Tabla 41.8. Distribución de los contactos de enfermos de Tuberculosis según la relación de contacto. Región de Murcia. 1997-2001

	Frecuencia	Porcentaje
Familiar conviviente	2137	33,6
Familiar no conviviente	2352	36,9
Contacto laboral	1030	16,2
Contacto escolar	112	1,8
Conviviente de institución	201	3,2
Otros (amigo, vecino, etc.)	535	8,4
Total	6367	100,0

La Tabla 41.9 muestra el porcentaje de cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa indicada a contactos infectados en la Región de Murcia en el periodo 1997 a 2001. Observamos que la tasa de cumplimiento en la personas que no han tenido que abandonar la profilaxis por problemas de intolerancia es del 76%. Este porcentaje es relativamente alto si tenemos en cuenta que tiene una duración de seis meses y se prescribe a personas que no presentan sintomatología clínica, mejorando los índices obtenidos en 1996 en un estudio realizado en la Región de Murcia y situándose entre los más altos de los reseñados en distintos informes de nuestro país y en el ámbito internacional. Señalar finalmente que el 75% de las intolerancias (7% del total) son debidas a toxicidad hepática y un 22% (2% del total) son de origen digestivo, no hepatotóxicas. Éstas intolerancias son una circunstancia advertida y conocida por los pacientes lo que, debido al temor y rechazo que provoca, dificulta de manera importante el cumplimiento de la quimioprofilaxis. Actualmente se están ensayando en nuestro país profilaxis alternativas de corta duración y de buena tolerancia clínica que permitan mejorar el cumplimiento de la profilaxis antibacilar.

Tabla 41.9. Cumplimiento de 6 meses de quimioprofilaxis antiutberculosa en contactos infectados. Región de Murcia. 1997-2001

Total QP indicadas	1123	100%	
Abandono por intolerancias	100	9%	
<hr/>			
Total QP sin intolerancias	1023	91%	100%
Incumplimiento	242		24%
Cumplimiento	781		76%

QP: Quimioprofilaxis antituberculosa

## **42.- ACTUACIONES DE FORMACIÓN Y RECURSOS HUMANOS EXISTENTES.**

M<sup>º</sup> Luisa Gutiérrez Martín<sup>1</sup>

Lauro Hernando Arizaleta<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

Las fuentes de información, equiparables entre la Región de Murcia y España, que informen sobre el número total de trabajadores del Sector Salud son escasas. En el año 1.999, según la Contabilidad Regional de España, en la Región de Murcia, existían 19.400 empleos en la rama de 'Actividades Sanitarias, Veterinarias y de Servicios Sociales', lo que supone un 5.6% de los empleos totales. En España, existían 892.900 empleos, lo que representa un 5.8% del total. En la Región, de manera relativa el peso del empleo de esta rama de actividad supone un 97% de lo que supone en España.

A nivel mas desagregado, por tipología de trabajo, por edad o genero, o por necesidades a corto-medio plazo, la información es menor y se circunscribe a aquellas profesiones donde existe Colegio Oficial y sus datos son registrados por el INE. En general, en la Región existen menos profesionales colegiados que en la media de España, tabla 42.1.

Tabla 42.1 Colegiados en profesiones sanitarias. Región de Murcia y España.

	España				Murcia				Razón Mu/Esp 2000
	1985	1996	2000		1985	1996	2000		
	Tasa	Tasa	Nº	Tasa	Tasa	Tasa	Nº	Tasa	
Méxicos	331	422	179.033	435	292	362	4.335	364	0,84
Odontó-Estomatólogos	13	38	17.538	43	7	27	463	39	0,91
Diplomados en Enferme	380	451	204.485	497	319	322	4.436	373	0,75
Matronas			6.439	16			143	12	0,77
Farmacéuticos	78	110	50.759	123	74	97	1.254	105	0,85
Veterinarios	23	51	21.734	53	15	48	604	51	0,96

Tasa por 100,000 habitantes. Fuente: INE

Por último, en cuanto a formación pregrado, la valoración de la situación regional también plantea dificultades, dado que solo disponemos de la información, que facilita el INE, sobre los estudios que se imparten en la Región y los alumnos matriculados, tabla 42.2. Para una mejor valoración debería de conocerse la CC AA de origen de los mismos, los alumnos residentes en la Región que cursan estudios en otras CC AA (junto a su tasa de retorno tras la finalización de los mismos) y las necesidades de este sector laboral.

Tabla 42.2 Alumnado matriculado por titularidad y estudios relacionados con el Sector Salud.

Región de Murcia, 1.999-2.000

	Publicas	Privadas	Total
Total Alumnos	36.134	2.605	38.739
Estudios de Licenciatura			
Cc. Actividad Física y Deporte	.	257	257
Cc. Ambientales	77	.	77
Ciencia y Tec. Alimentos	106	.	106
Medicina	814	.	814
Odontología	338	.	338
Psicología	1.351	.	1.351
Veterinaria	824	.	824
Estudios de Diplomatura			
Enfermería	927	383	1.310
Fisioterapia	369	380	749
Nutrición Humana y Dietética	.	210	210
Optica y Optometría	523	.	523
Trabajo Social	479	.	479

Fuente: INE

La situación regional referente a la formación de posgrado y continuada será tratada en posteriores capítulos.

## **43.RECURSOS MATERIALES**

M<sup>a</sup> Luisa Gutiérrez Martín<sup>1</sup>

Lauro Hernando Arizaleta<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

En el año 2000 la Región de Murcia dispone de 4.096 camas hospitalarias distribuidas en 25 hospitales (tabla 43.1), de los cuales 14 (56%) son privados y 11 (44%) públicos (6 de Insalud, 3 de la Comunidad Autónoma, 1 del Ministerio de Defensa y 1 de una Fundación pública). De los 19 hospitales que no pertenecen al Insalud 14 están concertados con el mismo.

**Tabla 43.1: Hospitales y Camas instaladas. Región de Murcia 2000**

Municipio	Area de Salud	Hospital	Camas Instaladas	Finalidad Asistencial	Dependencia Funcional	Centros de Especialidades
Murcia	Area 1	H. Virgen de la Arrixaca	944	General	Insalud	Dr. Quesada Sanz
Murcia	Area 1	H. Román Alberca(a)	100	Psiquiatrico	C.A.R.M.	12 C. Salud Mental y 1 C. Drogodependencias
Murcia	Area 1	Sanatorio San Carlos(a)	132	General	Privado	
Murcia	Area 1	Clínica Virgen de la Vega	105	General	Privado	
Murcia	Area 1	Clínica Nº Sª de Belén	80	General	Privado	
Murcia	Area 1	Sanatorio Mesa del Castillo(a)	90	Quirúrgico	Privado	
Murcia	Area 1 y Area 6	H. Morales Meseguer	444	General	Insalud	El Carmen, Cieza y Molina
Murcia	Area 1	H. Ibermutuamur	30	Traumatología y Rehabilitación	Privado	
Murcia	Area 1	Sanatorio Dr. Muñoz	36	Psiquiatrico	Privado	
Murcia	Area 1	H. General de Murcia(a)	75	General	C.A.R.M.	
Alcantarilla	Area 1	Cínica San José(a)	80	Quirúrgico	Privado	
Caravaca de la Cruz	Area 4	H. Comarcal del Noroeste	105	General	Insalud	Comarcal del Noroeste
Caravaca de la Cruz	Area 4	Clínica Dr. Bernal(a)	34	Geriatrico / Larga Estancia	Privado	
Cartagena	Area 2	H. Santa Mª del Rosell	374	General	Insalud	
Cartagena	Area 2	H. De Caridad(a)	122	Geriatrico / Larga Estancia	Privado	
Cartagena	Area 2	H. Perpetuo Socorro(a)	200	General	Privado	
Cartagena	Area 2	H. De la Cruz Roja(a)	105	General	Privado	
Cartagena	Area 2	H. Naval del Mediterráneo	202	General	Defensa	
Cehegín	Area 4	H. De la Real Piedad(a)	80	Geriatrico / Larga Estancia	Privado	
Cieza	Area 6	Fundación H. De Cieza(a)	150	Otra	Fundación	
Lorca	Area 3	Centro Médico Virgen del Alcázar(a)	94	General	Privado	
Lorca	Area 3	H. Rafael Méndez	224	General	Insalud	Santa Rosa de Lima, Totana y Aguilas
Molina de Segura	Area 6	H. De Molina(a)	90	General	Privado	
San Javier	Area 2	H. Los Arcos(a)	102	General	C.A.R.M.	
Yecla	Area 5	H. Virgen del Castillo	98	General	Insalud	Jumilla
<b>Total</b>		<b>25 Hospitales</b>	<b>4096</b>			<b>20 C. Especialidades</b>

(a) Centros concertados con Insalud

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.

Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado a 31/XII/2000

Catalogo Nacional de Hospitales a 31/XII/2001

Desde el año 1996 se han inaugurado dos nuevos centros hospitalarios, uno público (Fundación Hospital de Cieza) y otro privado (Hospital de Molina). En 1999 se cierran las dependencias del H. General de Murcia para iniciar la construcción de un nuevo hospital, pasando éste a desarrollar su actividad en las instalaciones del antiguo H. Cruz Roja de Murcia (con solo 75 camas) y en una parte de las camas del H. Morales Meseguer.

La remodelación y ampliación del H. Santa M<sup>a</sup> del Rosell ha motivado que su actividad materno-infantil se desarrolle desde el año 1997 en las instalaciones del H. Naval.

En el año 2000, la dotación de camas en la Región es de 3,27 por cada mil habitantes (tabla 43.2), de las cuales 2,2 corresponden a hospitales de titularidad pública y 1,1 a hospitales de titularidad privada. Si comparamos con los datos a nivel estatal observamos que el número de camas por cada mil habitantes es un 17% menor en nuestra Región, y esta inferioridad se mantiene tanto para camas públicas como privadas, así como para camas con finalidad asistencial general, psiquiátrica o de larga estancia.

**Tabla 43.2 : CAMAS POR AREA DE SALUD, FINALIDAD ASISTENCIAL Y TITULARIDAD.  
AÑO 2000.**

Tipo de cama	AREA 1(a)		AREA 2 (b)		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6(a)		TOTAL REGION		TOTAL ESPAÑA	
	Nº camas	Camas /1000 h	Nº camas	Camas /1000h.	Nº camas	Camas /1000h	Nº camas	Camas /1000 h	Nº camas	Camas /1000 h	Nº camas	Camas /1000 h.	Nº camas	Camas /1000 h	Nº camas	Camas /1000 h.
<b>FINALIDAD ASISTENCIAL</b>																
Generales	1527	3,31	781	2,60	318	2,27	105	1,68	98	1,84	343	1,99	<b>3172</b>	<b>2,66</b>	<b>124432</b>	<b>3,03</b>
Otras agudos	200	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	150	0,87	<b>350</b>	<b>0,29</b>	<b>9533</b>	<b>0,23</b>
Psiquiátricas	136	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	<b>136</b>	<b>0,11</b>	<b>16247</b>	<b>0,40</b>
Larga estancia	0	0,00	122	0,41	0	0,00	114	1,83	0	0,00	0	0,00	<b>236</b>	<b>0,20</b>	<b>11005</b>	<b>0,27</b>
<b>TITULARIDAD</b>																
Públicas	1310	2,84	476	1,59	224	1,60	105	1,68	98	1,84	403	2,34	<b>2616</b>	<b>2,20</b>	<b>109140</b>	<b>2,65</b>
Privadas	553	1,20	427	1,42	94	0,67	114	1,83	0	0,00	90	0,52	<b>1278</b>	<b>1,07</b>	<b>52077</b>	<b>1,27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1863</b>	<b>4,03</b>	<b>903</b>	<b>3,01</b>	<b>318</b>	<b>2,27</b>	<b>219</b>	<b>3,51</b>	<b>98</b>	<b>1,84</b>	<b>493</b>	<b>2,86</b>	<b>3894</b>	<b>3,27</b>	<b>161217</b>	<b>3,92</b>

(a) Se han asignado al área 1 las camas del H.M.Meseguer (área 6) que están siendo utilizadas por el H.General y una asignación proporcional de camas para las tres zonas de salud del area 1 que atiende el H.M.Meseguer.

(b) Se han excluido las camas del H. Naval que no están siendo utilizadas por el H. S<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Rosell

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.

Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado a 31/XII/2000

Centro Regional de Estadística de Murcia. Padrón a 1/1/2001



TAC	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	2	1	7	6
RNM	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Gammacámaras	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Salas hemodinámica	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Angiógrafos digitales	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Litotricias	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bombas de cobalto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceleradores lineales	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
HOSPITAL DE DÍA														
Nº de puestos	30	6	10	0	4	0	2	0	0	0	0	0	46	6
FARMACIAS HOSPITALARIAS														
	2	5	1	3	1	1	1	0	1	0	2	1	8	10

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.

Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado a 31/XII/2000

Dirección General de Ordenación y Acreditación Sanitaria.

Los recursos de alta tecnología por millón de habitantes (tabla 43.4) son un 20% inferiores en la Región que en España, excepto para los equipos de RNM. Todos los recursos de alta tecnología se encuentran ubicados exclusivamente en el área 1, a excepción de los equipos de TAC (también instalados en las áreas 2, 3 y 6) y de RNM (hay equipos privados en las áreas 2 y 3).

**Tabla 43.4: RECURSOS TECNOLÓGICOS POR MILLÓN DE HABITANTES  
REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA. AÑO 2000.**

	Región de Murcia			España
	Público	Privado	Total	Total
CONVENCIONAL				
Quirófanos	49,56	29,40	78,97	N.D.
Paritorios	10,92	5,04	15,96	N.D.
Incubadoras	73,09	8,40	81,49	N.D.
Salas de Rx	36,12	17,64	53,76	N.D.
Máq. Hemodiálisis	55,44	0,00	55,44	N.D.
ALTA TECNOLOGIA				
TAC	5,88	5,04	10,92	11,75
RNM	0,84	4,20	5,04	4,72
Gammacámaras	2,52	0,84	3,36	5,18
Salas hemodinámica	1,68	1,68	3,36	3,92
Angiógrafos digitales	0,84	1,68	2,52	3,60
Litotricias	0,00	0,84	0,84	1,78
Bombas de cobalto	0,00	0,00	0,00	1,46
Aceleradores lineales	1,68	0,00	1,68	2,16
HOSPITAL DE DÍA				
Nº de puestos	38,64	5,04	43,68	N.D.

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.

Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado a 31/XII/2000

Centro Regional de Estadística de Murcia. Padrón a 1/1/2001

## 44. USO DE LOS SERVICIOS

M<sup>a</sup> Luisa Gutiérrez Martín<sup>1</sup>

Lauro Hernando Arizaleta<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

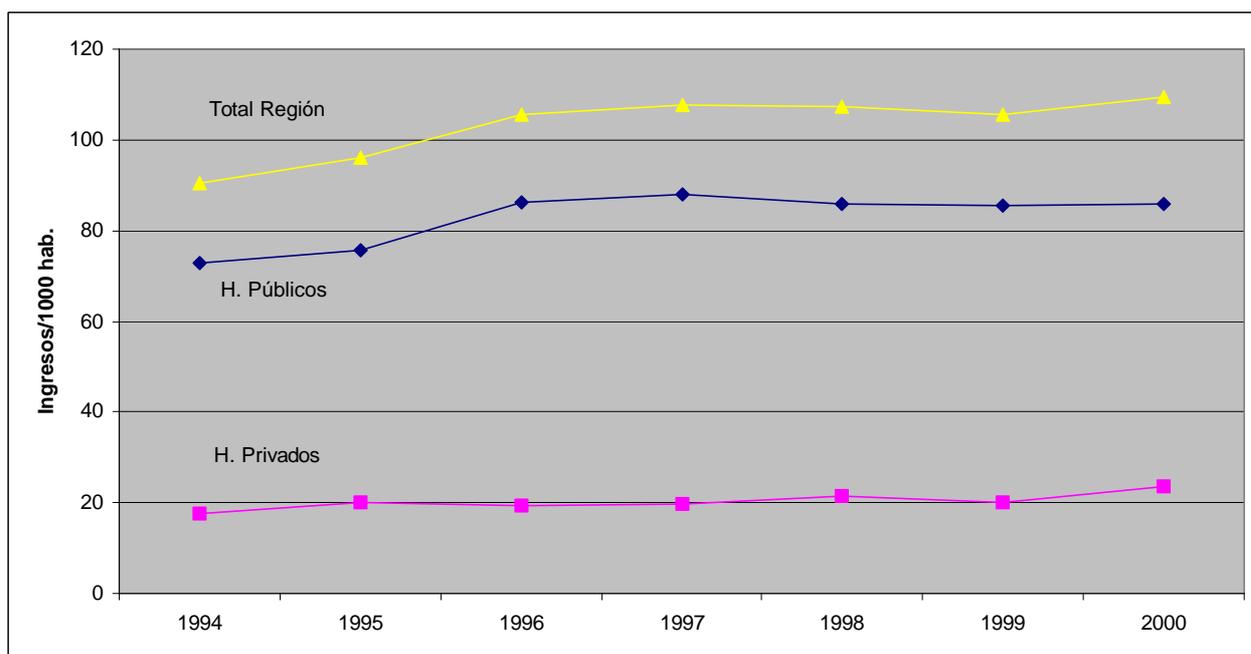
La frecuentación hospitalaria en la Región desde el año 94 al 2000 (tabla 44.1 y gráfica 44.1) ha aumentado un 21%, pasando de 90,3 a 109,5 ingresos por cada 1000 habitantes. En los hospitales públicos este incremento ha sido del 18%, aumentando de 72,9 en 1994 hasta 86 en 2000, pero se distinguen dos etapas claramente diferenciadas, una primera de continuo aumento hasta el año 97, y una segunda de 97 a 2000 en la que se produce un leve descenso. En los hospitales privados la frecuentación se ha elevado un 34,8% de forma continua a lo largo del periodo (desde 17,4 ingresos por 1000 habitantes en 1994, hasta 23,5 en el año 2000).

**Tabla 44.1: FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. AÑO 2000.**

FRECUENTACIÓN	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	%VAR. 94-00	%VAR. 94-97	%VAR. 97-00
H. PUBLICOS	72,9	75,8	86,3	87,9	85,9	85,4	86,0	18,0	20,6	-2,2
H. PRIVADOS	17,4	20,2	19,3	19,7	21,4	20,1	23,5	34,8	13,0	19,3
<b>TOTAL REGION</b>	<b>90,3</b>	<b>96,0</b>	<b>105,6</b>	<b>107,6</b>	<b>107,3</b>	<b>105,5</b>	<b>109,5</b>	<b>21,2</b>	<b>19,1</b>	<b>1,8</b>

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.  
 Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado.  
 Centro Regional de Estadística de Murcia. Cifras oficiales de población para cada año (para el año 97 se ha calculado por interpolación).

**Gráfica 44.1: FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. AÑO 2000.**



La actividad en hospitales de agudos de la Región de Murcia, en los años 1996 y 2000 se detalla en la tabla 44.2. Hay que tener en cuenta para su interpretación que en los hospitales privados esta incluida la actividad concertada con Insalud.

**Tabla 44.2: INDICADORES DE ACTIVIDAD EN HOSPITALES DE AGUDOS DE LA REGIÓN DE MURCIA. AÑOS 1996 Y 2000**

ACTIVIDAD HOSPITALARIA	AÑO 1996			Año 2000		
	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL
Camas funcionantes/1000 hab.	2,22	0,75	2,97	2,04	0,79	2,83
Ingresos totales/1000 hab.	85,58	18,80	104,38	85,09	23,10	108,19
Urgencias totales/1000 hab.	411,02	48,66	459,67	519,49	82,97	602,47
Int. Quirurg. Totales/1000 hab.	59,59	26,00	85,60	53,82	28,83	82,65
Estancia media	7,58	10,19	8,05	7,08	8,66	7,42
Índice de ocupación	80,18	69,99	77,60	81,05	69,28	77,76
Índice de rotación anual	38,60	25,06	35,17	41,77	29,21	38,26
% Ingresos programados	29,75	72,95	37,53	21,24	78,70	33,51
% Urgencias ingresadas	14,63	5,39	13,65	12,77	5,29	11,74
Int. Quirúrgicas. Totales/ Quirófano. Func./día	3,45	2,66	3,16	3,14	2,67	2,96
Nº de partos	11143	1221	12364	12518	2068	14586
% Cesareas/partos	16,17	28,34	17,37	18,63	38,49	21,45

Fuente: Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria.  
 Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado.  
 Centro Regional de Estadística de Murcia. Cifras oficiales de población.

En este periodo aumentan las ratios poblacionales de urgencias e ingresos (31,1 y 3.7% respectivamente), tanto en hospitales públicos como privados. Sin embargo disminuyen las ratios de camas funcionantes y de intervenciones quirúrgicas debido a su descenso en centros públicos.

La estancia media disminuye de 8,1 a 7,4 días, mientras el índice de ocupación se mantiene en el 78% y el índice de rotación aumenta en 3 pacientes al año.

El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos ha aumentado del 17 al 21% en la Región, presentando valores más altos y mayores incrementos en los hospitales privados ( en el año 2000 en hospitales públicos 18,6% de cesáreas, y 38,5% en privados).

# **45.- ORDENACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. MAPA SANITARIO**

Joaquín A. Palomar Rodríguez.<sup>1</sup>

Adelia Mas Castillo<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

La ordenación territorial definida por la Ley General de Sanidad se basa en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de Salud. El establecimiento de estas demarcaciones territoriales se realiza a partir del Mapa Sanitario.

La Ley General de Sanidad define a las áreas de salud como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Prevé que, sin perjuicio de las excepciones que hubiera lugar, el área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, exceptuando Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla y que su delimitación se realizará atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías, medios de comunicación e instalaciones sanitarias <sup>(1)</sup>.

La Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia en su artículo 12 ordena el Mapa Sanitario en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud que deberán contar con una dotación de recursos sanitarios suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio <sup>(2)</sup>.

Todas las Comunidades Autónomas, con la excepción de Castilla-León, han efectuado la organización de sus Servicios Sanitarios en torno al área de salud. En términos generales emplean la terminología utilizada en la Ley General de Sanidad de área de salud. Sin embargo, Aragón, Asturias y País Vasco se refieren a "área sanitaria" y en Cataluña el equivalente es la "región sanitaria". En la delimitación territorial de algunas Comunidades Autónomas (por ejemplo, Baleares, Castilla-La Mancha, Galicia y Navarra) se contempla una estructura que se situaría por encima del área de salud. Esta estructura recibe en todas ellas la denominación de "región sanitaria", sin embargo, su significado, y a consecuencia de ello su número, es diverso. Mientras que en Galicia la "región sanitaria" engloba dos o más áreas de salud, en otras (Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra), la Comunidad Autónoma queda constituida como una región sanitaria integrada por el conjunto de áreas de salud existentes en la misma <sup>(3)</sup>.

No existen datos desagregados que permitan calcular la población de cada una de las áreas de salud, sin embargo, exceptuando las Comunidades Autónomas de Castilla-León, Baleares y Canarias en el resto de Comunidades Autónomas se han delimitado 103 áreas de salud con una media de 330.090 habitantes. Analizando exclusivamente aquellas Comunidades Autónomas que tienen transferido Insalud, el número de áreas asciende a 53 y la población media por área alcanza los 419.099 habitantes.

De las 17 Comunidades Autónomas, 10 contemplan la existencia de demarcaciones territoriales intermedias, de carácter funcional, entre el área de salud y las zonas básicas de salud. Tales estructuras, constituidas por un conjunto de dos o más zonas básicas de salud tienen diversas denominaciones: “distrito” (ya sea de Atención Primaria, Sanitario o de Salud) en las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Madrid y Castilla-La Mancha, “sector” (Aragón, Baleares, Cataluña) o “comarcas sanitarias” (Canarias, Navarra y País Vasco) <sup>(3)</sup>.

En la Región de Murcia la ordenación territorial prevista en la Ley General de Sanidad de 1.986 se desarrolló en el Decreto Regional 27/87 <sup>(4)</sup>. En él se delimitan las 6 áreas de salud de la Región de Murcia, y se establecen los correspondientes hospitales de área. (Tabla 45.1).

TABLA 45.1. MAPA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA. ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES DE REFERENCIA SEGÚN DECRETO 27/87 . 1997

ÁREA DE SALUD	HOSPITAL DE REFERENCIA
I.- Murcia	Hospital Virgen de la Arrixaca y Hospital Morales Meseguer (Murcia) <sup>(a)</sup>
II.- Cartagena	Hospital Virgen del Rosell (Cartagena)
III.- Lorca	Hospital Rafael Méndez (Lorca) <sup>(b)</sup>
IV.- Noroeste	Hospital del Noroeste (Caravaca)
V.- Altiplano	Hospital Virgen del Castillo (Yecla)
VI.- Vega del Segura - Comarca Oriental	Hospital General (Murcia)

<sup>(a)</sup> En ese momento Hospital “Antigua Arrixaca”

<sup>(b)</sup> En ese momento Hospital Sta. Rosa de Lima

Fuente: Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. 2002

Con posterioridad se han realizado diversas actuaciones que han supuesto una modificación de hecho de este Decreto. Así, en 1988 se le asignó al Hospital "Arrixaca Vieja" el Área de Salud VI-Vega del Segura <sup>(5)</sup>. El Contrato-Programa del Hospital General, firmado por primera vez en 1993, adscribe a dicho centro 8 zonas de salud del Área I (Beniel, Murcia/Vistabella, Murcia/Beniajan, Murcia/Alquerías, Murcia/Puente Tocinos, Murcia/Monteagudo, Murcia/Infante y Santomera) y el del Hospital Los Arcos provoca la adscripción de 3 zonas de salud del Área II (San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco) a dicho hospital <sup>(7)</sup>, lo que supone una subdivisión de ambas áreas de salud. En 1.994 la Consejería, a propuesta del Insalud, autoriza provisionalmente la adscripción de 3 zonas de salud (Murcia-Vistaalegre, Murcia/Sta. M<sup>a</sup> de Gracia y Murcia/Centro) del Área de Salud I al Hospital Morales Meseguer del Área del Salud VI-Vega del Segura. Finalmente la puesta en marcha de la Fundación Hospital de Ciega ha abierto un proceso que supone una nueva subdivisión, en este caso del Área VI, al asumir la atención de la población de las zonas de salud de Blanca, Abaran, Ciega Este y Cieza Oeste.

Con la puesta en marcha en 1989 de las Gerencias de Atención Primaria, el entonces Insalud adopta una estructura territorial propia, subdividiendo la Región en 3 Sectores, de los cuales uno coincide con el Área de Salud de Cartagena, otro con el Área de Salud de Lorca y el Sector de Murcia que abarca las Área de Salud I, IV, V y VI. La población media adscrita a los 57 Sectores en que se subdivide todo el territorio Insalud es de 266.366 habitantes, oscilando entre los aproximadamente 40.000 habitantes de uno de los Sectores del Principado de Asturias y los casi 700.000 habitantes de un sector de la Comunidad de Madrid. El Sector de Murcia es el mayor del antiguo territorio Insalud en cuanto a población adscrita con 727.282 habitantes. Este volumen de habitantes, junto con su mayor dispersión, crea un importante problema estructural que dificulta la gestión de los recursos de atención primaria y que, como se pone de manifiesto en el análisis de sus indicadores, repercute negativamente sobre su rendimiento y la calidad de los servicios ofertados.

Por último la Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 13-5-95 sobre Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia (B.O.R.M. 27-6-95), aprueba una ordenación territorial singular con la creación de Subáreas y una estructura no coincidente con el resto de la ordenación de la Atención Especializada <sup>(6)</sup>.

Según el Padrón de Habitantes de 2000, con la actual delimitación, la población adscrita a cada área oscila entre los 53.122 habitantes del Área V y los 462.994 del Área I. Es decir, las Áreas III, IV, V y VI están por debajo del límite inferior marcado por la Ley General de Sanidad, mientras que el Área I supera los 250.000 habitantes fijados como máximo en el artículo 56 de la Ley (Tabla 45.2). Ninguna de las áreas de salud dispone de una estructura de gestión unitaria de los centros, servicios, prestaciones y programas de salud de su demarcación territorial, en contra de lo dispuesto en la mencionada Ley.

TABLA 45.2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA POR AREAS DE SALUD. 1991 Y 2001

	Población censo 1991	Población Padrón 2001
Area I	411.611	462.994
Area II	251.837	300.279
Area III	122.225	141.152
Area IV	62.640	65.778
Area V	47.454	53.122
Area VI	149.784	167.053
Total Región	1.045.601	1.190.378

Fuente: Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. 2002. Elaboración a partir de los datos del Censo de población 1991 y del Padrón Municipal de Habitantes 2001.

Con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios a nivel primario, la Ley General de Sanidad establece la división de las áreas de salud en las zonas básicas de salud <sup>(1)</sup>. Estas se definen como el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Su delimitación se realizará atendiendo a criterios de accesibilidad de la población, sus características epidemiológicas y los recursos sanitarios existentes. El Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud desarrolla estos contenidos catalogando a la zona básica de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos y sociales y establece que, salvo excepciones, la población protegida podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes <sup>(8)</sup>.

Para el desarrollo de esta norma, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia realizó en 1984 una delimitación provisional de determinadas zonas de salud <sup>(9; 10)</sup>, aprobándose con el Decreto 62/86 la primera delimitación de las zonas de salud de la Región, dividiendo esta en 61 zonas de salud <sup>(11)</sup>. Con la elaboración del primer Inventario de Recursos de Atención Primaria <sup>(12)</sup>, se realizó un análisis del Mapa Sanitario y se abordó la primera modificación. Como resultado el Mapa Sanitario se vio incrementado en 5 nuevas zonas de salud, quedando formado por un total de 67 zonas <sup>(13)</sup>. Una segunda remodelación se efectuó en 1994, con el objeto de separar en dos las zonas de salud de Águilas, Cieza y Abarán y realizar otros ajustes menores, con lo que el Mapa Sanitario quedó formado por 70 zonas de salud <sup>(14)</sup>. En 1995 se desglosó la Zona de Salud de Alguazas en tres, Alguazas, Lorquí y Ceutí <sup>(15)</sup> y quedó definido el Mapa Sanitario por 72 zonas de salud. Finalmente, en cumplimiento del Plan de Salud de la Región de Murcia 1998 – 2000 <sup>(16)</sup>, se realizó una nueva modificación del mapa sanitario para actualizar la descripción de la delimitación de algunas zonas de salud y adaptarlo al crecimiento demográfico así como a los requisitos del decreto de Estructuras Básicas de Salud. Ello supuso la creación de 4 nuevas (Los Alcázares, Murcia/Sangonera la Verde, Murcia/Santiago el Mayor y Yecla Oeste) quedando definido el Mapa Sanitario actualmente vigente por 76 zonas de salud <sup>(17)</sup>.

La evolución del número de zonas de salud del Mapa Sanitario y su población de derecho media se recoge en la tabla 45.3. En ella se puede apreciar una primera fase de descenso de esta, que ha pasado de 16.252 habitantes por Zona de Salud que suponía el Mapa Sanitario contenido en el decreto 62/86 a los 14.522 habitantes por Zona de Salud tras el mapa sanitario de 1995 <sup>(12; 18; 19; 20)</sup>. No obstante con los datos demográficos de 2001, se ha producido un repunte en el población media por zona de salud, lo que supone que la última modificación del Mapa Sanitaria se ha visto superada por la presión demográfica que soporta la Región.

TABLA 45.3.. EVOLUCIÓN DEL NUMERO DE ZONAS DE SALUD DEL MAPA SANITARIO Y DE SU POBLACIÓN MEDIA. REGIÓN DE MURCIA. 1986 - 2001

ÁREA	DECRETO 62/86		ORDEN 11/1/91		ORDEN 17/5/95		ORDEN 13/10/95	
	Nº ZS <sup>(a)</sup>	POB. <sup>(b)</sup>	Nº ZS <sup>(a)</sup>	POB. <sup>(b)</sup>	Nº ZS <sup>(a)</sup>	POB. <sup>(b)</sup>	Nº ZS <sup>(a)</sup>	POB. 2001 <sup>(b)</sup>
I	25	15.649	25	16.466	25	16.466	27	17.148
II	17	14.836	18	13.985	18	13.985	19	15.804
III	6	19.741	8	14.783	8	14.783	8	17.644

IV	5	13.132	6	10.808	6	10.808	6	10.963
V	2	23.906	2	23.727	2	23.727	3	17.707
VI	8	18.557	11	13.617	13	11.522	13	12.850
Región	63	16.252	70	14.937	72	14.522	76	15.663

<sup>(a)</sup> Número de Zonas de Salud    <sup>(b)</sup> Población promedio por zona de salud.

Fuente: Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. 2002.

En el Mapa Sanitario vigente hay tres zonas de salud con menos de 5.000 habitantes (límite inferior según el RD 137/84) y seis con mas de 25.000 habitantes (límite superior de dicho decreto) (ver tabla 45.4 ). Con menos de 5.000 habitantes se encuentran las Zonas de Salud de La Manga, La Paca y Caravaca/ Barranda. Todas ellas se diseñaron teniendo en cuenta sus condiciones especiales, la primera por tratarse una zona turística de playa con un volumen importante de población de hecho y grandes variaciones estacionales, y las otras dos por sus especiales condiciones de aislamiento y dispersión. Con mas de 25.000 habitantes se encuentran las zonas de salud de Murcia/Barrio del Carmen (31.911 habitantes), Murcia/Vista Alegre (27.093 habitantes), Murcia/San Andrés (267.911 habitantes), Cartagena/Los Dolores (26.306 habitantes) Lorca/Centro (25.673 habitantes) y Molina de Segura/La Ribera (25.408 habitantes). Los Equipos de Atención Primaria que trabajan en estas zonas de salud presentan problemas de organización y de prestación de servicios, derivados de su tamaño, el volumen de la población de referencia y su continuo incremento. Todo ello justifica la revisión de la actual delimitación de estas zonas de salud, con el objeto realizar las modificaciones que eviten los desajustes mencionados.

TABLA 45.4. DISTRIBUCIÓN DE LAS ZONAS DE SALUD POR ÁREAS DE SALUD SEGÚN SU POBLACIÓN. REGIÓN DE MURCIA. 2001

Nº DE HABITANTES	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	ÁREA IV	ÁREA V	ÁREA VI	TOTAL
Menos de 5.000	0	1	1	1	0	0	3
De 5.000 a 10.000	5	4	0	2	0	6	17
De 10.001 a 15.000	6	5	2	2	1	2	18
De 15.001 a 20.000	7	4	2	1	1	4	19
De 20.001 a 25.000	6	4	2	0	1	0	13
Más de 25.000	3	1	1	0	0	1	6
Nº Total Zonas	27	19	8	6	3	13	76

Fuente: Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. 2002.

En contra de lo que ocurre con las áreas de salud, las zonas de salud cuentan con estructuras de gestión propias, las Gerencias de Atención Primaria, que administran un presupuesto propio, coordinan las actividades y gestionan los recursos de cada uno de los EAP adscritos a ellas. En la actualidad existen tres Gerencias de Atención Primaria, la de Cartagena para el Area de Salud II, la de Lorca para el Área de Salud III y la de Murcia que cubre las cuatro Áreas de Salud restantes.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 14/1986, de 25 de abril (BOE del 29). Ley Geenarl de Sanida. En: Compendio Legislativo de la Reforma Sanitaria (1982-1986). Madrid, 1987; 15-77.
2. B.O.R.M. Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. B.O.R.M nº 176 de 4 de agosto de 1994.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. MSC. Madrid, 1995.
4. B.O.R.M. Decreto 27/1987 de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. B.O.R.M de 3 de junio de 1987.
5. B.O.R.M. Acuerdo sobre asignación del hospital "Arrixaca Vieja" del Área de Salud VI, Vega del Segura, Comarca Oriental. B.O.R.M. nº 269 de 23 de noviembre de 1988; 5203-4.
6. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 13 de mayo de 1995, sobre sectorización de los servicios asistenciales de salud mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. B.O.R.M. nº 147 de 27 de junio de 1995; 7508-10.
7. B.ORM. Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 11 de noviembre de 1994, por la que se designa al Hospital de Los Arcos como de referencia de determinadas Zonas de Salud. B.O.R.M nº 269 de 22 de noviembre de 1994; 10.143.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero (B.O.E. de 1 de febrero sobre estructuras básicas de salud. En: Compendio Legislativo de la Reforma Sanitaria (1982-1986). Madrid, 1987; 87-95.
9. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad de 27 de abril de 1984, por la que se delimitan con carácter provisional diversas Zonas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 100 de 3 de mayo de 1984; 2039-2040.
10. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de diciembre de 1984, por la que se delimitan con carácter provisional diversas Zonas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 2 de 3 de enero de 1985; 27.
11. B.O.R.M. Decreto 62/1986 de 18 de julio, por el que se delimitan las Zonas Básicas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 199 de 30 de agosto de 1986; 3593-98.
12. Consejería de Sanidad. Inventario de Recursos en Atención Primaria de Salud. Serie Informes nº 2. Consejería de Sanidad. Murcia 1990.

13. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 28 de 4 de febrero de 1991; 619-624.
14. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad de 18 de enero de 1994, por la que se modifica el anexo de la Orden de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 22 de 28 de enero de 1994; 627-630.
15. B.O.R.M. Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 17 de mayo de 1995, de modificación parcial del anexo de la Orden de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 163 de 15 de julio de 1995; 227-630.
16. Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia, 1998; 282-283.
17. B.O.R.M. Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 251 de 29 de octubre de 1999;11.323-11.328.
18. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Poblaciones de referencia de las áreas y zonas de salud de la Región de Murcia. Censo de Población 1991. Serie Plan de Salud nº 1. C.S.A.S. Murcia 1994.
19. Consejería de Sanidad y Política Social. Inventario de Recursos en Atención Primaria de Salud. Región de Murcia 1994. Serie Plan de Salud nº 3. C.S.P.S. Murcia 1995.
20. Consejería de Sanidad. Reforma Sanitaria en la Región de Murcia. Balance de Recursos 1987. Cuaderno nº 2. C.S. Murcia 1987.

## **46. INTRODUCCION. COMPETENCIAS.**

### **ORGANIGRAMA.**

Martin Quiñonero Sanchez<sup>1</sup>

Inocencia Gomez Fernandez<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Director Gerente del Servicio Murciano de Salud.

<sup>2</sup> Secretaría General Técnica del Servicio Murciano de Salud.

#### **46.1. INTRODUCCIÓN.**

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, recoge en su exposición de motivos, la nueva estructura del sistema sanitario de la Región, separando la autoridad sanitaria, que recae en la Consejería de Sanidad y Consumo, de la prestación de asistencia sanitaria que la reserva al ente público Servicio Murciano de Salud.

Así, el Título IV de la Ley citada, crea el Servicio Murciano de Salud estableciendo como fines del mismo, la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le atribuya la Administración de la Comunidad Autónoma, y lo configura como un ente de Derecho Público de los previstos en el artículo 6.1a) del Decreto Legislativo 1/1999, de 2 de diciembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Región de Murcia, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene plena capacidad de obrar, pública y privada, quedando adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo.

El Servicio Murciano de Salud, para el cumplimiento de sus fines, se integra por centros, servicios y aquellos establecimientos sanitarios cuya titularidad sean de la Administración de la Comunidad Autónoma; los de Corporaciones Locales, en los términos previstos en la Ley de Salud y en la Ley General de Sanidad; y aquellos de titularidad de la Seguridad Social, que sean transferidos a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En este sentido, el artículo 12.1.4. de la Ley 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, según redacción dada al mismo por la Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio, ha atribuido a la Región de Murcia la función ejecutiva sobre la "gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución, reservándose al Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de la función a que se refiere este precepto".

Para el cumplimiento de la función ejecutiva que establece el precepto constitucional, se pone en marcha el proceso transferencial que culmina con la aprobación y publicación del Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, con efectos de 1 de enero de 2002.

Por Decreto 93/2001, de 28 de diciembre, se acepta el traspaso de competencias en materia sanitaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma, conforme a lo que previene el Real Decreto 1474/2001, asumiendo la Consejería de Sanidad y Consumo las competencias, funciones y servicios del traspaso a través de su ente instrumental, Servicio Murciano de Salud, con la excepción de las facultades de inspección que se adscriben a la citada Consejería.

El Servicio Murciano de Salud, desde que se crea, se ha ido consolidando como el ente gestor de la asistencia sanitaria en Murcia, culminando este proceso de consolidación con el traspaso de las competencias en materia sanitaria del INSALUD a la Comunidad Autónoma.

#### **46.2. COMPETENCIAS.**

El Decreto 95/2001, de 28 de diciembre, establece los Centros Directivos del Servicio Murciano de Salud, a fin de dotar a éste de una estructura organizativa adecuada para el cumplimiento de la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Con las nuevas funciones asumidas en materia sanitaria y de acuerdo con lo previsto en la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, se considera oportuno realizar una nueva reorganización de los Centros Directivos del Servicio Murciano de Salud, que soporten las tareas específicas de la gestión asistencial recientemente atribuidas, estructurándose en los siguientes Organos Centrales y Periféricos:

1. Organos Centrales:
  - a) De Dirección: Consejo de Administración.
  - b) De Participación: Consejo de Salud de la Región de Murcia.

c) De Gestión:

- Director Gerente.
- Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Dirección General de Recursos.
- Secretaría General Técnica.

2. Organos Periféricos:

a) De Gestión:

- Gerencias de Atención Primaria.
- Gerencias de Atención Especializada.
- Centro Regional de Hemodonación.

El Consejo de Administración es el máximo órgano de dirección y administración del Servicio Murciano de Salud y tiene como principal atribución el establecimiento de los criterios generales de actuación del ente, de acuerdo con las directrices de la política sanitaria para la Región de Murcia, establecidas por el Consejo de Gobierno. Lo preside el Consejero competente en materia de Sanidad.

El Director Gerente es el órgano ejecutivo del Servicio Murciano de Salud y ejerce, por sí o a través de los órganos de gestión, de manera efectiva y permanente, las facultades de dirección y gestión, dentro de los límites y de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Administración. Es nombrado por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero competente en materia de Sanidad.

El Director Gerente contará con la asistencia de la Secretaría General Técnica, encargada de la gestión de los servicios generales no atribuidos a los Centros Directivos del ente, cuya estructura orgánica y funcional descansa en las siguientes unidades, que tendrán rango de Servicio:

- Servicio de Obras y Contratación.
- Servicio Jurídico.
- Unidad Jurídica de Estudios e Informes.
- Servicio de Control Interno.

- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y de Régimen Interior.

1. Centro Directivos.

1.1. Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial.

A este Centro Directivo corresponde el desarrollo de estrategias para la ejecución de los objetivos de salud fijados en el Plan de Salud de la Región de Murcia, así como el seguimiento y evaluación de la asistencia sanitaria prestada por los centros y servicios del Servicio Murciano de Salud y de aquellos centros concertados o vinculados. Asimismo, le compete la gestión de prestaciones sanitarias, farmacéuticas y complementarias, encargándose de los sistemas de calidad en la prestación de los servicios sanitarios en coordinación con los órganos de la Consejería competente en materia de Sanidad.

Para el cumplimiento de sus atribuciones, se estructura en dos Subdirecciones:

1.1.1. Subdirección General de Aseguramiento y Prestaciones, bajo cuya dependencia se encuadran las siguientes unidades administrativas:

- a) Servicio de Aseguramiento y Prestaciones.
- b) Servicio de Gestión Farmacéutica.
- c) Servicio de Evaluación.

1.1.2. Subdirección General de Calidad Asistencial, que se estructura en:

- Servicio de Calidad Asistencial y cuantos técnicos y asesores se determinen en la relación de puestos de trabajo.

1.2. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Es el centro directivo al que le corresponde el ejercicio de las competencias en materia de asistencia sanitaria prestada a través de los centros y servicios del Servicio Murciano de Salud en los diferentes niveles de atención primaria, especializada, de salud mental y de urgencias y emergencias sanitarias.

Para el cumplimiento de sus atribuciones, se estructura en las siguientes Unidades:

1.2.1. Subdirección General de Asistencia Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias, bajo cuyo titular se encuentran:

1.2.1.1. Servicio de Programas y Coordinación de Asistencia Primaria.

1.2.1.2. Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

1.2.1.3. Sección de Planificación Familiar.

1.2.2. Subdirección General de Asistencia Especializada, bajo cuyo titular se encuentra:

1.2.2.1. El Servicio de Coordinación de Asistencia Especializada.

1.2.2.2. Cuantos técnicos se determinen en la relación de puestos de trabajo.

1.2.3. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, bajo cuyo titular se encuentran las siguientes unidades:

1.2.3.1. Servicio de Drogodependencias.

1.2.3.2. Servicio de Programas Asistenciales de Adultos y Rehabilitación.

1.2.3.3. Servicio de Programas Asistenciales Infanto-Juvenil.

Asimismo, bajo esta Subdirección, se integran:

- Los Centros periféricos de Salud Mental.

- Los Centros de Asistencia a Drogodependencias.

1.2.4. Servicio de Coordinación de Docencia, Formación Continuada e Investigación.

1.2.5. Asimismo, en lo que a prestación de asistencia sanitaria respecta, se sitúan bajo la dependencia de la Dirección General las gerencias o direcciones de los centros siguientes:

- Atención Primaria del Area Sanitaria 1.

- Atención Primaria del Area Sanitaria 2.

- Atención Primaria del Area Sanitaria 3.

- Atención Primaria-061.

- Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

- Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia).
- Hospital General Universitario (Murcia).
- Hospital Psiquiátrico Román Alberca (Murcia).
- Hospital Santa María del Rosell (Cartagena).
- Hospital Rafael Méndez (Lorca).
- Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca de la Cruz).
- Hospital Virgen del Castillo (Yecla).
- Hospital Los Arcos (Santiago de la Ribera).
- Centro Regional de Hemodonación y Hemoterapia.

### 1.3. Dirección General de Recursos.

A este Centro Directivo le corresponden las funciones en materia de gestión de personal, así como en materia de administración financiera del ente.

Para el cumplimiento de sus funciones, se estructura en tres Subdirecciones:

1.3.1. Subdirección General de Asuntos Económicos, bajo cuyo titular se encuadran las siguientes unidades administrativas:

- 1.3.1.1. Servicio de Contabilidad de Ingresos y Gastos.
- 1.3.1.2. Servicio de Tesorería y Patrimonio.
- 1.3.1.3. Servicio de Planificación y Coordinación Económica.

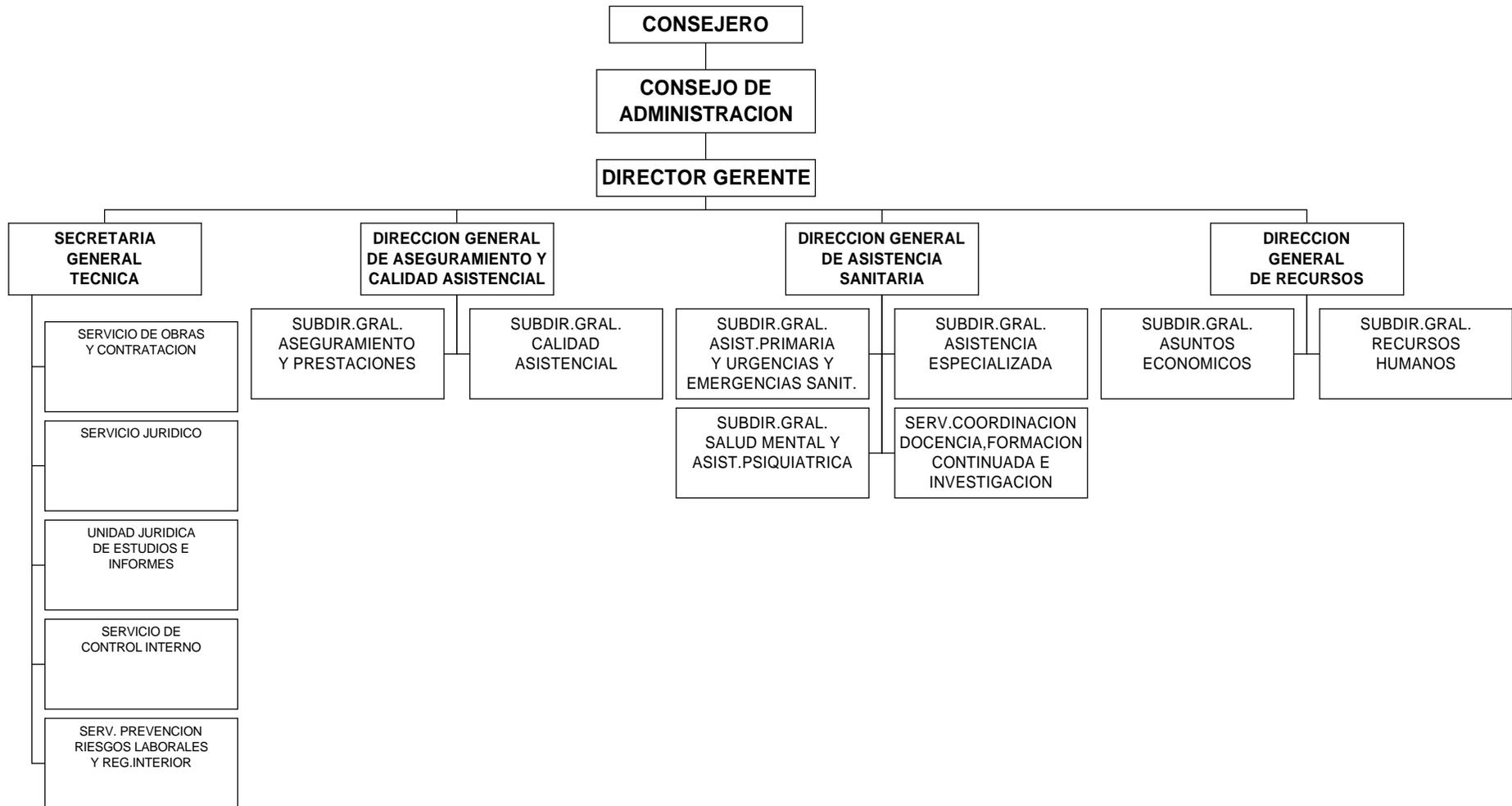
1.3.2. Subdirección General de Recursos Humanos, bajo cuyo titular se encuadran las siguientes unidades administrativas:

- 1.3.2.1. Servicio de Gestión de Personal.
- 1.3.2.2. Servicio de Planificación y Costes de Personal.
- 1.3.2.3. Servicio de Selección.
- 1.3.2.4. Servicio Jurídico de Recursos Humanos.

1.3.3. Subdirección General de Tecnologías de la Información, bajo cuyo titular se encuadran las siguientes unidades:

1.3.3.1. Servicio de Coordinación y Aplicaciones Informáticas.

1.3.3.2. Servicio de Sistemas Informáticos y Comunicaciones.



## 47. EL CONTRATO DE GESTION

Juan Antonio Marqués Espí<sup>1</sup>;

José López López<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Director General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

<sup>2</sup> Director General de Aseguramiento y Calidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud

El Contrato de Gestión, inicialmente Contrato-Programa, fue implantado por el INSALUD en 1997 en los centros sanitarios de las Comunidades Autónomas en las que, entonces, asumía su función de Entidad Gestora de la asistencia sanitaria del Sistema de la Seguridad Social, ámbito denominado "INSALUD gestión directa", para diferenciarlo, tal vez innecesariamente por ser tan obvia la especificación, de la gestión llevada a cabo por los servicios de salud de otras Comunidades con competencias plenas en la materia.

No siendo exclusivo del extinto INSALUD, ya que en los mencionados servicios de salud se han ido implantado instrumentos similares, es cierto que el Contrato de Gestión se ha consolidado como la principal herramienta de gestión de la parcela asistencial del Sistema Sanitario, en el intento de separar las funciones de compra y provisión de servicios.

Partiendo de un Contrato-Programa con la Consejería de Sanidad y Consumo, que se constituye como el marco que vincula a ambas Instituciones, a los efectos de prestación de asistencia sanitaria pública, el Servicio Murciano de Salud (SMS) ha mantenido del Contrato de Gestión como estrategia para la consecución práctica de los objetivos de salud determinados, adaptando a su gestión la metodología emanada de la cultura que se ha ido generado en los últimos años, tanto en gestores como en mandos intermedios y profesionales, con la confección, negociación, implementación y evaluación de los objetivos asistenciales y de calidad, ligados a una financiación, dando un mayor relieve a la coordinación entre niveles asistenciales al establecer, por primera vez en nuestra Región, Contratos de Gestión que vinculan al conjunto de centros y recursos en cada una de las seis áreas de salud. Así mismo, se intenta profundizar en la medida del producto sanitario como elemento base de los sistemas de información y toma de decisiones.

Se establece, por tanto, una clara diferenciación entre financiación, compra y provisión de servicios, como anteriormente se ha referenciado como criterio continuista.

## 47.1 ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO DE GESTION

Las líneas directrices del Contrato de Gestión confeccionado en el ámbito del SMS se concretan en los siguientes aspectos:

- Avanzar en la equidad territorial entre las distintas áreas que conforman la organización y gestión del SMS, de acuerdo con la Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994, utilizando el equilibrio financiador por medio del gasto capitativo como elemento corrector que debe contribuir a la mayor equidad en la oferta de servicios que se realice a la población y la accesibilidad de los ciudadanos.
- Los centros sanitarios, como línea general de actuación, orientarán su gestión hacia un modelo basado en Sistemas de Calidad Total, con garantía de eficacia y eficiencia en la provisión de servicios.
- Profundizar en la orientación de las instituciones sanitarias al paciente, a quien se debe situar en el centro del Sistema, con una mejora en la atención en la concepción más amplia e integral del término, potenciando la ya existente cultura de calidad a todos los niveles de la organización.
- Se continuará el proceso de descentralización de la gestión desde los Servicios Centrales del SMS a centros directivos de instituciones y a profesionales responsables de áreas, servicios y unidades, promoviendo la motivación y la participación de los mismos en la gestión.
- Impulsar el desarrollo y modernización de los sistemas de información como soporte de todo lo expuesto, de manera que ello permita la toma de decisiones a todos los niveles con las mayores garantías, la gestión del conocimiento como herramienta de generación de valor añadido en un entorno tan complejo como el sanitario y mejorando la medida de la producción de los centros sanitarios.

- Promover una mayor corresponsabilidad de los directivos de las instituciones sanitarias en la utilización de los recursos y la gestión de las prestaciones del Sistema tanto de aquellas cuya provisión sea por medio de centros públicos como de las que se presten mediante servicios de titularidad privada vinculados o concertados con el SMS, dando en este sentido prioridad a la optimización de los recursos de titularidad pública y utilizando los demás en términos de complementariedad.

- En línea con lo anterior y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad y Ley de Salud de la Región de Murcia, el hospital y los equipos de atención primaria de cada área de salud, se obligan a proporcionar los servicios incluidos en la Cartera de Servicios aprobada por el SMS a todos los pacientes de su demarcación y a aquellos que, aunque no pertenezcan a la misma, sean remitidos por otros centros y establecimientos sanitarios del SMS o de otros servicios de salud, de acuerdo a los criterios y directrices establecidos al respecto, siendo el régimen de prestación de servicios en condiciones de igualdad para todos ellos.

- Las gerencias de atención primaria y atención especializada elaborarán pactos realistas de utilización y consumo de recursos, así como establecerán protocolos de derivación de pacientes entre ambos niveles asistenciales, con la finalidad de hacer efectiva la continuidad del proceso asistencial.

- Mejorar la gestión de la demanda y la accesibilidad al Sistema, supervisando y evaluando por medio de la utilización eficiente de los recursos disponibles así como impulsando el rigor en la gestión económico- financiera.

## **48. NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN (FUNDACIONES, INSTITUTOS)**

Juan Luis Jiménez Molina<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Fundación Hospital de Cieza.

## 48.1. INTRODUCCIÓN.

Una vez consolidado el Sistema Nacional de Salud y habiendo alcanzado indicadores de salud que lo sitúan entre los diez mejores del mundo, según informe de la OMS (1), el reto que se plantea en la actualidad es conseguir un funcionamiento más ágil de las instituciones sanitarias, así como hacer efectiva la separación entre financiación y provisión de servicios sanitarios y promover la competencia efectiva entre centros, lo cual debería traducirse en una mejora global de la eficiencia.

Ya en el año 1990 el parlamento acordó la creación de una comisión encargada de evaluar la asistencia sanitaria en España, mayoritariamente prestada en ese momento por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Esta comisión estaba presidida por D. Fernando Abril Martorell. En el informe final de dicha comisión (conocido como "Informe Abril") (2), en el apartado de gestión, se hacían, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- Transformación de los servicios de salud en sociedades sometidas a derecho privado.
- Otorgar mayor autonomía a los centros, dotándolos de personalidad jurídica propia.
- Mayor descentralización, estableciendo niveles decisionales y de responsabilidad.
- Introducción masiva y ágil del Plan General de Contabilidad.
- Fomentar la competencia entre centros.
- Financiación basada en la casuística ("case-mix").

Hasta 1996 no se dan pasos efectivos en ese sentido y es en ese año cuando se habilitan nuevas formas de gestión en el ámbito del INSALUD (Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio) que dispone que *"en el ámbito del Sistema Nacional de Salud la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrán llevarse a cabo directamente, o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida"*. En la exposición de motivos de este Real Decreto-Ley se hace hincapié en la necesidad de buscar

fórmulas organizativas más flexibles que posibiliten la consecución de una mayor eficiencia y rentabilidad social de los recursos de las Administraciones sanitarias.

La aparición de estas nuevas formas de gestión no implica un deslizamiento hacia la sanidad privada, sino la aplicación del derecho privado a los aspectos formales de la gestión y el mantenimiento de servicio público en los aspectos referidos a la asistencia.

En la Región de Murcia existen ejemplos de las más representativas de estas nuevas fórmulas de gestión, las fundaciones (Fundación Hospital de Cieza) y los institutos (Instituto de Oncología, perteneciente al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca), que serán analizados con más detalle en los apartados correspondientes.

## 48.2. FUNDACIONES.

Las fundaciones están reguladas por la Ley 30/1994 de 24 de Noviembre y se definen como *“organizaciones constituidas sin ánimo de lucro que por voluntad de sus creadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general”*.

Están dotadas de personalidad jurídica propia y su funcionamiento se rige por el derecho privado, lo cual se traduce en aspectos como la vinculación del personal (contratos laborales) o la adquisición de suministros y equipamiento (sujeta a publicidad y concurrencia, pero no a contratación administrativa). El resultado es una gestión mucho más ágil al evitar el encorsetamiento de los centros sujetos a derecho público, el cual es especialmente significativo en lo referente a Recursos Humanos (regidos por estatutos del año 1966 para el personal médico (3), año 1973 para personal sanitario no facultativo (4) y año 1971 para personal no sanitario (5)) y en la estricta compartimentación de las distintas partidas presupuestarias del centro (6,7).

En el caso de la Región de Murcia, la Fundación Hospital de Cieza da cobertura a las zonas básicas de salud de Abarán, Blanca y Cieza, con un total de 53.000 habitantes.

La cartera de servicios es similar a la de cualquiera de los otros hospitales comarcales. Esta cartera se ha ido configurando progresivamente desde el año 1998, habiéndose completado al 100 % en Junio del 2002. A partir de esta fecha el hospital está pendiente de ser formalmente recalificado ,según Resolución de 11 de abril de 1980 de la Secretaría de Estado para Sanidad (todavía vigente), pasando de considerarse “hospital quirúrgico” a ser “hospital comarcal general”.

Paralelamente al incremento de la cartera de servicios, el hospital ha ido experimentando un aumento de su plantilla de trabajadores, quedando recogida en la tabla 1.5.1 su evolución durante los años 2000 al 2002.

En el aspecto sociosanitario, esta fundación mantiene desde el año 1998 un convenio con el ISSORM por el que se destinan 42 camas a personas derivadas desde dicha institución.

Una de los aspectos a destacar de este centro es la alta cualificación de los profesionales seleccionados para sus plantillas, así como la baja edad media de los mismos. Esta edad media es de 37 años para los facultativos, 31 para el personal sanitario no facultativo y de 33 años para los no sanitarios.

Algunos de los datos asistenciales más relevantes, correspondientes a los años 1999 al 2002, aparecen en la tabla 48.1, 48.2.

#### PLANTILLA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

AÑO	2000	2001	2002 <sup>a</sup>
FACULTATIVOS	23	28	44
SANITARIO NO FACULT.	133	161	179
PERS. NO SANITARIO	39	42	50
TOTAL	195	231	273

Tabla 48.1

a: Previsión a 31 de diciembre

Fuente: Dirección Gerencia F.H.C.

#### ACTIVIDAD ASISTENCIAL FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

	1999	2000	2001	2002 <sup>b</sup>
Altas totales	885	1412	1.391	2.673
Estancias (incluye Sociosanitarias)	7.294	18.948	20.699	17.743
Intervencs. Progrs.	631	707	2.214	3.518
Intervencs. Urgentes	0	0	0	123 (desde 25 de Junio)
Primeras consultas	0	2.192	10.724	21.036
Consultas sucesivas	1.079	3.355	10.767	23.562

<b>Índice Suc/Primeras</b>	-	1.53	1,004	1,12
<b>Asistidos Urgencias</b>	25.227	38.073	36.574	38.508

Tabla 48.2

b: Previsión a 31 de diciembre

*Fuente: Dirección Gerencia F.H.C.*

## **48.2. INSTITUTOS.**

Los institutos son agrupaciones de servicios que atienden a pacientes con patologías relacionadas. Esta agrupación busca una mayor coordinación entre estos servicios, antes independientes, y ahora unidos mediante una única estructura jerárquica, objetivos asistenciales comunes y dotación presupuestaria compartida. No tienen personalidad jurídica propia, adoptando la del centro al que pertenecen.

El Plan Estratégico del INSALUD marcaba como líneas estratégicas a desarrollar la orientación al paciente de los centros y la implantación de cambios en el reglamento sobre estructura y organización de los hospitales. En 1998 se ponen en marcha en forma de experiencia piloto seis Institutos, uno de los cuales es el Instituto de Oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca (aprobado por la Presidencia ejecutiva del INSALUD el 6 de Agosto de ese año).

Este Instituto surge de la unión de los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología Clínica y Oncología Pediátrica. Originalmente contaba con unos recursos humanos de 25 Facultativos, 70 Sanitarios no Facultativos y 9 Auxiliares Administrativos.

Los principales indicadores asistenciales de los años 1999 al 2001 aparecen recogidos en la tabla 48.3.

En el año 2001 los siete Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) más frecuentes han sido la Quimioterapia (304 casos), las Neoplasias respiratorias (108 casos), la dilatación, y legrado, conización y radioimplante por neoplasia maligna (87 casos), los trastornos del Sistema

Reticuloendotelial e inmunitarios con complicaciones (62 casos), la neoplasia maligna digestiva con complicaciones (61 casos) y el Linfoma y Leucemia no aguda sin complicaciones (46 casos) y con complicaciones (43 casos).

#### ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA

	1999	2000	2001
<b>Altas totales</b>	1.406	1.377	1.585
<b>Estancias</b>	11.430	12.169	13.434
<b>Estancia Media</b>	7,76	8,53	8,40
<b>Primeras Consultas</b>	2.437	4.816	3.266
<b>Consultas Sucesivas</b>	34.803	35.572	37.153
<b>Tratamientos Hosp. Día</b>	12.028	10.348	9.265
<b>Éxitus</b>	182	228	280

Tabla 48.3

*Fuente: Memoria de Actividad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y del Instituto de Oncología*

#### **1.5.4 BIBLIOGRAFÍA.**

1. "Salud Mundial 2000-Sistemas de salud: mejorando resultados". OMS, 2000.
2. Comisión para la evaluación del Sistema Nacional de Salud, informe final. 1991.
3. Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre del Ministerio de Trabajo por el que se aprueba el Estatuto del personal médico de la Seguridad Social.
4. Orden de 26 de abril de 1973, del Ministerio de Trabajo por la que se aprueba el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.
5. Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo por la que se aprueba Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
6. Texto refundido de la Ley General Presupuestaria, Art. 148.1.
7. Orden de 26 de Junio de 1996 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la elaboración del presupuesto de la Seguridad Social.

## **49. POBLACIÓN PROTEGIDA, TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA, COBERTURA SANITARIA**

Mercedes Hidalgo Asís<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Unidad Técnica Regional de Tarjeta Sanitaria. Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud.

La Ley 14/86, General de Sanidad, reconoce como principios generales del Sistema de Salud la extensión de la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos españoles y la garantía de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. La aplicación del R.D. 1088/89, de extensión de cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, supuso la introducción simultánea de un documento específico, la Tarjeta Individual Sanitaria, que permitía unificar el sistema de identificación de cada persona en su condición de usuario del Sistema Sanitario Público, independientemente del título por el que se accediera a tal condición. La tarjeta individual sanitaria constituye una garantía de equidad para los ciudadanos y facilita las exigencias derivadas de la gestión del sistema sanitario: población, distribución por áreas y zonas básicas de salud, planificación, asignación de recursos y evaluación de la actividad sanitaria, aportando la información básica imprescindible para estos fines. La base de datos de usuarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia supone una fuente de información sobre y para los servicios sanitarios y para los destinatarios de los mismos, los usuarios.

Igualmente la base de datos de la TIS proporciona toda la información necesaria para la planificación de servicios y la gestión de usuarios en la Atención Especializada, tanto en la identificación del usuario y del facultativo asignado en la Atención Primaria, como en lo relativo a los datos de población de referencia.

#### **49.1 PROCESO DE IMPLANTACIÓN**

Durante el año 1990 se completó el desarrollo normativo y se elaboró el protocolo de emisión de la Tarjeta Individual Sanitaria, que se fue complementando durante los años: 1991-2000 con la inclusión en el Sistema de Tarjeta de los diferentes colectivos del Régimen de la Seguridad Social: Activos, Pensionistas (contributivos y no contributivos), Objetores de Conciencia, durante la prestación social sustitutoria, Síndrome Tóxico, Mutualistas de la Administración Municipal, y de los activos y pensionistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, siempre que optaran por la asistencia sanitaria pública, Funcionarios comunitarios europeos, personal administrativo y técnico al servicio de embajadas con asistencia sanitaria de la Seguridad Social, Emigrantes retornados, a los Menores incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley 1/96, de Protección Jurídica del Menor, así como los

Extranjeros a los que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en aplicación de las Leyes Orgánicas 4/2000 y 8/2000, relativas a los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

## **49.2 RITMO DE IMPLANTACIÓN**

Durante el primer año se expidieron en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 4.324 Tarjetas Individuales Sanitaria. Desde 1991 a 1993 se hizo un gran esfuerzo desde las Unidades Administrativas (Recepción y Tramitación ) de tres las Gerencias de Atención Primaria (Murcia, Cartagena y Lorca) consiguiendo incluir al 80% de la población, y posibilitándose la aplicación de la Libre Elección de Médico de Medicina General y Pediatría, reconocido en el R.D. 1.575/93.

En 1996 se había conseguido incluir prácticamente el 100% de la población, lo que también posibilitó que se modificara el modo de retribución de los profesionales por el número de tarjetas sanitarias reales (titulares y beneficiarios) y no por el sistema de determinación de honorarios.

A partir de 1997 la población de referencia para la elaboración de los Contratos de Gestión que suscriben las Gerencias de Primaria y de Especializada con la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial, una vez asumidas las competencias en materia de sanidad, es la incluida en la base de datos de la TIS.

La tarjeta sanitaria es de uso obligatorio para el acceso al Sistema Sanitario, a partir de la Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD.

## **49.3 EVOLUCIÓN**

En la tabla 1 se refleja la evolución de la población en la base de datos de la CARM, por Gerencias, durante el período 1997-2001, y en la tabla 2, la población por Áreas, Centro de Salud, Hospital de referencia, y Usuarios (Activos, Pensionistas y Mutualistas) a 31 diciembre 2001.

**Tabla 1: Evolución población base de datos TIS C.A.R.M. 1997-2001**

<b>AÑO</b>	<b>POBLACIÓN GAP'S</b>	<b>POBLACIÓN C.A.R.M.</b>	<b>% INCREMENTO</b>
<b>1997</b>	Cartagena 244.490 Lorca 125.667 Murcia 674.744	<b>1.044.901</b>	<b>2,45</b>
<b>1998</b>	Cartagena 253.655 Lorca 127.057 Murcia 682.867	<b>1.063.579</b>	<b>1,81</b>
<b>1999</b>	Cartagena 262.611 Lorca 130.226 Murcia 692.280	<b>1.085.117</b>	<b>2,05</b>
<b>2000</b>	Cartagena 273.958 Lorca 137.868 Murcia 709.700	<b>1.121.526</b>	<b>3,35</b>
<b>2001</b>	Cartagena 289.581 Lorca 143.816 Murcia 729.233	<b>1.162.630</b>	<b>3,76</b>

**Tabla 2: USUARIOS BASE DE DATOS CARM 31 DICIEMBRE 2001**

<b>AREA</b>	<b>CENTRO DE SALUD</b>	<b>HOSPITAL</b>	<b>ACTIVOS</b>	<b>PENSIONISTAS</b>	<b>MUTUALISTAS</b>	<b>TOTAL</b>
MURCIA	Alcantarilla-Casco	V. Arrixaca	10.364	2.946	76	13.386
MURCIA	Alcantarilla-Sangonera	V. Arrixaca	17.938	4.977	88	23.003
MURCIA	Alhama	V. Arrixaca	14.848	4.969	44	19.861
MURCIA	Beniel	H. General	6.603	1.691	7	8.301
MURCIA	Mula	V. Arrixaca	15.346	5.698	55	21.099
MURCIA	Murcia-Vistalegre	M. Meseguer	18.496	4.633	198	23.327
MURCIA	Murcia-Stª Mª Gracia	M. Meseguer	17.155	4.601	265	22.021
MURCIA	Murcia-Espinardo	V. Arrixaca	12.182	3.960	39	16.181
MURCIA	Murcia-Cabezo Torres	V. Arrixaca	10.060	2.822	30	12.912
MURCIA	Murcia-San Andrés	V. Arrixaca	20.736	5.743	226	26.705
MURCIA	Murcia-Centro	M. Meseguer	17.776	5.958	215	23.949
MURCIA	Murcia-Vistabella	H. General	12.441	4.892	125	17.458
MURCIA	Murcia-Beniaján	H. General	16.330	4.892	49	21.271
MURCIA	Murcia-Alquerías	H. General	8.991	2.542	14	11.547

MURCIA	Murcia-Pte. Tocinos	H. General	17.459	4.602	31	22.092
MURCIA	Murcia-Monteaquedo	H. General	6.274	2.353	22	8.649
MURCIA	Murcia-Bº Carmen	V. Arrixaca	29.049	7.608	419	37.076
MURCIA	Murcia-Infante	H. General	24.475	6.706	182	31.363
MURCIA	Murcia-La Ñora	V. Arrixaca	8.091	3.048	48	11.187
MURCIA	Murcia-Nonduermas	V. Arrixaca	7.717	2.973	42	10.732
MURCIA	Murcia-La Alberca	V. Arrixaca	10.131	2.544	98	12.773
MURCIA	Murcia-Algezares	V. Arrixaca	6.821	2.225	43	9.089
MURCIA	Murcia-El Palmar	V. Arrixaca	13.548	3.301	73	16.922
MURCIA	Mu-Campo Cartagena	V. Arrixaca	5.732	1.842	4	7.578
MURCIA	Santomera	H. General	9.212	2.485	52	11.749
MURCIA	Murcia-Sangonera Verde	V. Arrixaca	6.855	1.743	3	8.601
MURCIA	Murcia-Santiago Mayor	H. General	0	0	0	0
<b>T. AREA I</b>			<b>344.630</b>	<b>101.754</b>	<b>2.448</b>	<b>448.832</b>
CARTAGENA	Cartagena-Oeste	Stª. Mª Rosell	14.150	4.691	269	19.110
CARTAGENA	Cartagena-Molinos Marf.	Stª. Mª Rosell	6.965	2.361	322	9.648
CARTAGENA	Cartagena-San Antón	Stª. Mª Rosell	11.330	2.877	96	14.303
CARTAGENA	Cartagena-Los Barreros	Stª. Mª Rosell	5.597	2.019	41	7.657
CARTAGENA	Cartegena-Los Dolores	Stª. Mª Rosell	19.972	5.728	206	25.906
CARTAGENA	Cartagena.Isaac Peral	Stª. Mª Rosell	15.064	5.150	109	20.323
CARTAGENA	Cartegena-P. Estrecho	Stª. Mª Rosell	7.096	2.004	111	9.211
CARTAGENA	Cartagena-Este	Stª. Mª Rosell	14.787	5.449	154	20.390
CARTAGENA	Cartagena-C. Antiguo	Stª. Mª Rosell	13.196	5.421	179	18.796
CARTAGENA	Cartagena-Sta. Lucía	Stª. Mª Rosell	6.242	2.544	96	8.882
CARTAGENA	Cartagena-Mar Menor	Stª. Mª Rosell	8.549	2.497	92	11.138
CARTAGENA	Fuente Álamo	Stª. Mª Rosell	8.988	2.697	60	11.745
CARTAGENA	Mazarrón	Stª. Mª Rosell	17.360	4.262	41	21.663
CARTAGENA	San Javier	Stª. Mª Rosell	15.451	4.087	115	19.653
CARTAGENA	San Pedro del Pinatar	Stª. Mª Rosell	13.998	3.695	25	17.718
CARTAGENA	Torre Pacheco	Stª. Mª Rosell	21.088	4.395	77	25.560
CARTAGENA	La Unión	Stª. Mª Rosell	11.453	3.675	251	15.379
CARTAGENA	La Manga	Stª. Mª Rosell	3.600	906	38	4.544
CARTAGENA	Los Alcázares	Stª. Mª Rosell	5.845	2.075	35	7.955
<b>T. AREA II</b>			<b>220.731</b>	<b>66.533</b>	<b>2.317</b>	<b>289.581</b>
LORCA	Águilas sur	Rafaél Méndez	9.704	3.307	38	13.049
LORCA	Lorca-Centro	Rafaél Méndez	22.454	7.034	485	29.973
LORCA	Lorca-San Diego	Rafaél Méndez	16.927	4.974	107	22.008

LORCA	Lorca Sur-San José	Rafaél Méndez	15.874	4.380	136	20.390
LORCA	Lorca-La Paca	Rafaél Méndez	2.272	1.274	8	3.554
LORCA	Puerto Lumbreras	Rafaél Méndez	10.334	3.936	37	14.307
LORCA	Totana	Rafaél Méndez	19.144	5.946	36	25.126
LORCA	Aguilas-Norte	Rafaél Méndez	12.016	3.501	25	15.542
<b>T. AREA III</b>			<b>108.725</b>	<b>34.352</b>	<b>872</b>	<b>143.949</b>
NOROESTE	Bullas	Comarcal Noroeste	7.781	3.270	8	11.059
NOROESTE	Calasparra	Comarcal Noroeste	6.718	2.688	19	9.425
NOROESTE	Caravaca	Comarcal Noroeste	13.637	4.632	169	18.438
NOROESTE	Caravaca-Barranda	Comarcal Noroeste	2.620	1.770	9	4.399
NOROESTE	Cehégín	Comarcal Noroeste	9.826	3.959	23	13.808
NOROESTE	Moratalla	Comarcal Noroeste	5.547	2.588	36	8.171
<b>T. AREA IV</b>			<b>46.129</b>	<b>18.907</b>	<b>264</b>	<b>65.300</b>
ALTIPLANO	Jumilla	Virgen del Castillo	16.141	5.417	39	21.597
ALTIPLANO	Yecla-Este	Virgen del Castillo	13.541	3.809	259	17.609
ALTIPLANO	Yecla-Oeste	Virgen del Castillo	10.841	2.620	148	13.609
<b>T. AREA V</b>			<b>40.523</b>	<b>11.846</b>	<b>446</b>	<b>52.815</b>
V. SEGURA	Abanilla	Morales Meseguer	4.253	2.000	17	6.270
V. SEGURA	Abarán	Morales Meseguer	9.388	3.379	8	12.775
V. SEGURA	Alguazas	Morales Meseguer	5.048	1.697	12	6.757
V. SEGURA	Archena	Morales Meseguer	13.524	5.257	33	18.814
V. SEGURA	Cieza-Este	Morales Meseguer	23.156	8.583	130	31.869
V. SEGURA	Fortuna	Morales Meseguer	4.901	1.993	10	6.904
V. SEGURA	Molina de Segura	Morales Meseguer	13.081	3.787	55	16.923
V. SEGURA	Molina la Ribera	Morales Meseguer	23.049	5.260	80	28.389
V. SEGURA	Torres de Cotillas	Morales Meseguer	12.302	3.479	55	15.836
V. SEGURA	Cieza-Oeste	Morales Meseguer	0	0	0	0
V. SEGURA	Blanca	Morales Meseguer	3.197	1.627	8	4.832
V. SEGURA	Ceutí	Morales Meseguer	5.589	1.771	21	7.381
V. SEGURA	Lorquí	Morales Meseguer	4.212	1.358	6	5.576
<b>T. AREA VI</b>			<b>121.700</b>	<b>40.191</b>	<b>435</b>	<b>162.326</b>
<b>T. CARM</b>			<b>882.438</b>	<b>273.583</b>	<b>6.582</b>	<b>1.162.603</b>

#### **49.4 PREVISIÓN 2003-2007**

Si se mantiene la media de crecimiento de usuarios en la BD de los dos últimos años, 3,5%, debido básicamente al incremento de emigrantes extranjeros, la previsión de población en base de datos que servirá para la organización y planificación sanitaria de la Región de Murcia, sería para el período 2003-2007:

<b>AÑO 2003</b>	<b>1.203.322</b>
<b>AÑO 2004</b>	<b>1.245.438</b>
<b>AÑO 2005</b>	<b>1.334.143</b>
<b>AÑO 2006</b>	<b>1.380.830</b>

## **50.- COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

Luz García Carrillo.<sup>1</sup>

Jesús Fernández Lorencio

Juan Antonio Martínez Carrillo

---

<sup>1</sup> D.G.A.S.

De cara a la provisión de servicios, las administraciones sanitarias adoptan un elemento que consiste en la agrupación de recursos y actividades en dos niveles asistenciales, que son la Atención Primaria y la Atención Especializada.

En la mayoría de los modelos que contemplan los dos niveles, el acceso al de especializada es ordenado por los médicos de Atención Primaria, y los servicios pueden referirse a pruebas diagnósticas, a interconsultas o a derivación del caso con transferencia de la responsabilidad clínica sobre el paciente de forma temporal. A su vez, el nivel primario asume la continuidad del tratamiento indicado en el nivel especializado y el control de la evolución del proceso.

Con esta organización se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste, que están ubicados en los Hospitales logrando así una mayor eficiencia del Sistema.

Este modelo vigente, requiere ineludiblemente una adecuada interrelación de ambos niveles, con la finalidad de percibir al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que es capaz de resolver de forma integral las demandas de servicios sanitarios.

En 1992, en el ámbito de la Atención Primaria del Insalud, se comenzó a monitorizar las tasas de utilización de consultas especializadas y pruebas diagnósticas, incluyéndose en el Contrato Programa de 1994 la necesidad de su evaluación y control, creándose las bases para los posteriores Adendas de Coordinación y las Comisiones Paritarias, hoy llamadas de Coordinación Asistencial en el ámbito del S.M.S.. Los Contrato - Programas incluían un compromiso de consumo de consultas de especialista por parte de las Gerencias de Atención Primaria.

Fue realmente en 1997 cuando se dio un salto cualitativo en la coordinación al llegar a firmarse pactos concretos entre las Gerencias los cuales se refrendaban por la Dirección Provincial de Insalud y se plasmaban en un documento "Adenda de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada". El Adenda incorporaba objetivos de mejora en la continuidad en la atención a los

problemas de salud del usuario, independientemente del profesional, servicio o nivel organizativo que actúe en cada fase del proceso asistencial.

Un siguiente paso, y muy importante, fue crear en 1997 las Comisiones Paritarias de Area, órgano específico de coordinación, las cuales se dotaron de poder ejecutivo y estaban compuesta por personal de ambos niveles asistenciales con amplia representación estamentaria, bajo la presidencia ejecutiva del Director Provincial.

La composición de la Comisión Paritaria de Area era la siguiente:

- Por parte de Atención Primaria: el Director Gerente, el Director Médico, el Director de Enfermería, el Responsable de Gestión de Usuarios y 3 facultativos elegidos en el Consejo de Gestión).
- Por parte de Atención Especializada: el Director Gerente, el Director Médico, el Director de Enfermería, el Responsable de Admisión y 3 facultativos elegidos en la Comisión Mixta.

Como sistemática de trabajo, las Comisiones se abren a la participación de profesionales a través de grupos de trabajo que acometen el estudio de problemas de especial interés en el Área.

Entre sus funciones destacan:

- Estudio y aprobación del Pacto Oferta Demanda propuesta por las Gerencias (interconsultas, laboratorio, P. imagen)
- Aprobación y seguimiento del Catálogo de Pruebas Diagnósticas para A. Primaria.
- Aprobación de protocolos conjuntos de atención a patologías prevalentes.
- Impulso y seguimiento de protocolos de derivación.
- Seguimiento y evaluación de la Hoja de Interconsulta.
- Armonización de las Guía Farmacoterapéuticas de Area.
- Seguimiento de la prescripción de la primera receta en AE.
- Establecimiento y control de demora máxima en cada especialidad.
- Seguimiento del proceso de citación para especialista desde los Centros de Salud.
- Estrategias de información a los usuarios de los servicios.

- Otras que se consideren necesarias para la coordinación entre niveles.

En cuanto a las normas de funcionamiento, la Comisión Paritaria elabora un Reglamento Interno, se reúne al menos con carácter trimestral y los acuerdos son vinculantes a ambos niveles.

En la actualidad, con el traspaso de funciones y servicios del Insalud a la Comunidad Autónoma de Murcia, la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud dictó la Instrucción de constitución de la Comisión de Coordinación Asistencial, que mantiene lo realizado hasta el momento presente por las Paritarias, pero introduciendo ciertas mejoras adaptándolas a los objetivos de los Contratos de Gestión suscritos entre las Direcciones Generales de Aseguramiento y Calidad y de Asistencia Sanitaria y los Gerentes de Atención Primaria y Especializada.

Con respecto a su composición, se sustituyen los vocales elegidos por el Consejo de Gestión o la Comisión Mixta, por facultativos designados por el Gerente en función del tema a tratar, así como la Presidencia, que la ostenta el Director General de Asistencia Sanitaria.

Con respecto a sus funciones, básicamente son las reseñadas anteriormente al referirnos a las Paritarias, pero resaltando todas aquellas que faciliten el cumplimiento del Contrato de Gestión de cada Área.

En estos últimos años, los temas que con mayor frecuencia han sido tratados son los siguientes:

- Elaboración del Reglamento de Régimen Interno.
- Evaluación de la información y circuito de la hoja de interconsulta.
- Seguimiento de los pactos de oferta y demanda de servicios entre AP-ae.
- Gestión de agendas de las primeras consultas de Atención Especializada.
- Elaboración de protocolos para problemas clínicos de gran impacto.
- Seguimiento de los tiempos de demora en consultas externas y medidas correctoras.
- Catálogo de pruebas disponibles desde Atención Primaria.

- Elaboración de Guías Farmacoterapéuticas de Area y otras medidas encaminadas a un Uso Racional del medicamento.

En el momento actual, solamente se pueden valorar resultados intermedios relativos a la mejora del proceso de coordinación, funcionamiento y actividades emprendidas por las Comisiones Paritarias, debiendo ser un reto para el SMS medir en un tiempo prudencial resultados finales de impacto sobre la actividad, calidad y rentabilidad del proceso asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Plan de Salud de la Región de Murcia.1998-2000.
- (2) Memoria 2000 Insalud.
- (3) Circular 4/97 de Insalud.
- (4) Instrucción 13/2002 del SMS.

# 51. ORGANIZACIÓN Y GESTION DE LA ATENCION PRIMARIA

Jesús Fernández Lorencio<sup>1</sup>.

Francisco Agulló Roca<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> DGAS.

<sup>2</sup> GAP Murcia.

La reforma de la Atención Primaria se inicia en nuestro país con la publicación del Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, que establece los principios normativos generales conforme a los cuales es posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas Básicas de Salud a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, dirigidas tanto al individuo, como a grupos sociales y a las comunidades en que se insertan.

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 distingue el Sistema Sanitario en dos niveles de atención: Atención Primaria y Atención Especializada, con una estructura de gestión en Areas de Salud y organizativamente basado en la creación de un Servicio de Salud en cada Comunidad Autónoma.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza en la actualidad por prestar una cobertura casi universal, tener una financiación exclusiva a través de los impuestos, proveer servicios fundamentalmente públicos y gestionarse de forma descentralizada a través de la transferencia de la gestión de los servicios a las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA). Estos procesos de transferencia de los servicios del extinto Insalud (Ente gestor de los servicios sanitarios asistenciales de la Administración Central) se iniciaron en 1981 y han concluido con la transferencia de los mismos a las diez CC.AA. que restaban por recibir esas competencias, configurándose el Sistema Nacional de Salud desde el 1 de enero de 2002 como el conjunto de los 17 Servicios Autonómicos de Salud.

La Ley 2/1990 de 5 de abril crea el Servicio de Salud de la Región de Murcia, con carácter de organismo público autónomo y dotado de personalidad jurídica, el cual gestionaría los servicios de promoción de la salud y la atención a la enfermedad en sus aspectos preventivos asistenciales y rehabilitadores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Murcia. La Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia reguló la ordenación sanitaria estructurando el sistema mediante la separación entre la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, encomendado éste al SMS.

El Servicio Murciano de Salud, receptor desde el 1 de enero de 2002 de las funciones y servicios que el Insalud prestaba en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Ley 4/1994, de

26 de julio, de Salud e la Región de Murcia), se configura en el ámbito de la Atención Primaria en 6 Areas de Salud ( I -Murcia, II -Cartagena, III -Lorca, IV -Noroeste, V -Altiplano y VI -Vega del Segura) con 3 Gerencias de Atención Primaria (Murcia que engloba las Areas I,IV,V y VI, Cartagena y Lorca) tal como se constituyó en el Real Decreto 571/90 de 27 de abril al crear la estructura periférica de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, las cuales siguen con las transferencias aunque dependiendo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Existe, además de las Gerencias referidas, la del 061 de Murcia, la cual fue creada en 1998, y en la que funciona un Centro Coordinador de Urgencias y 10 Bases de atención a la Urgencia-Emergencia con Unidades Médicas Especializadas, que se desarrolla en capítulo específico a nivel organizativo.

Desde el inicio del nuevo modelo de Atención Primaria en la Región de Murcia en el año 1985 se ha ido completando la red de EAP hasta alcanzar en el año 2001 una cobertura del 97 % según el Mapa Sanitario vigente en la actualidad (Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo), existiendo 74 EAP en funcionamiento a fecha de diciembre de 2001, quedando dos por desdoblarse. Por Areas de Salud se distribuyen como a continuación se indica:

- Area I: 26 EAP.
- Area II 19 EAP
- Area III: 8 EAP
- Area IV: 6 EAP
- Area V: 3 EAP
- Area VI: 12 EAP.

La población actualmente cubierta por los EAP, alcanza al 100 % de la misma si hacemos referencia a la población teórica cubierta (habitantes que viven en una zona de salud donde funciona un EAP). Si nos referimos en cambio a la población real cubierta, oscilaba a finales de 2001, del 96,14 % de Cartagena al 88,76 % de Murcia.

Además de los Centros de Salud existen otros 175 puntos asistenciales dependientes del Centro de Salud de cada zona y que se distribuyen en:

Murcia: 97 Consultorios.

Cartagena: 51 Consultorios.

Lorca: 27 Consultorios.

La oferta asistencial de Atención Primaria se complementa con:

	<b>MURCIA</b>	<b>CARTAGENA</b>	<b>LORCA</b>	<b>TOTAL</b>
DISP.AT.CONTINUADA	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>46</b>
U.SALUD .BUCODENTAL	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>26</b>
U.FISIOTERAPIA	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>24</b>
U.PSICO PROF.OBSTETR	<b>47</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>72</b>
U.SALUD MENTAL	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
U.ATENCION A LA MUJER	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
EQ. S. ATENCION DOMIC	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
U. ODONTOLOGIA	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
061-BASES	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

La adscripción de Tarjetas Sanitarias individuales a cada Area de Salud a fecha 31 de agosto de 2002 es la siguiente:

- Area I (Murcia): 457.335
- Area II (Cartagena): 295.921
- Area III (Lorca): 146.763
- Area IV (Noroeste): 65.994
- Area V (Altiplano): 53.780
- Area VI (Vega Segura): 164.886

El Real Decreto 571/1990 de 27 de abril crea la estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, y que en la Región se plasmaron

en las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca, que siguen con las transferencias aunque dependiendo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Básicamente, las Gerencias se estructuran como a continuación se relaciona:

Existe un Director Gerente, del que depende toda la organización y que preside un Comité de Dirección formado básicamente por los Directores médico, de enfermería y de gestión. A su vez, dependiendo de la Dirección Médica hay cargos de Coordinadores de Equipos con responsabilidad de subdirección.

Las Gerencias se estructuran en Departamentos o Unidades para una mejor distribución de tareas, siendo la Gestión de Personal, contabilidad, nóminas, suministros dependientes de la Dirección de Gestión y los temas asistenciales, docencia, farmacia, etc, dependientes de la Dirección Médica.

Por último, reseñar, que el Real Decreto 29/2000 de 14 enero, establece las nuevas formas de gestión, y al amparo de éste, está en proyecto poner en marcha nuevas formas de gestión en Equipos de Atención Primaria, la cual se llevaría a cabo de forma piloto en varios Equipos, para su extensión a todo el modelo en el futuro.

Bibliografía:

Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000

Mapa Sanitario. Orden de 13 de octubre de 1999. Consejería de Sanidad y Consumo.

Ley General de Sanidad. Ley 14/86 de 25 de abril.

RD 571/1990 de 27 de abril sobre estructura periférica de Insalud.

RD 137/84 sobre estructuras básicas de salud.

RD 29/2000 de 14 de enero.

RD de 28 de diciembre de 2001 sobre transferencias sanitarias.

## 52.- INFRAESTRUCTURA E INFORMATIZACIÓN

Manuel Ángel Moreno Valero<sup>1</sup>.

José Antonio Martínez Montoya<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

<sup>2</sup> Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

## 52.1- INFRAESTRUCTURA:

### 52.1.1- Estructura:

En la actualidad hay 76 EAP funcionantes en la Región de Murcia. Desde 1985 en que se pusieron en marcha los primeros EAP, se observa un incremento anual variable entre 0 y 19 EAP/año<sup>(1)</sup>.

La población teórica cubierta en la Región por el nuevo modelo de Atención Primaria a 31 de diciembre del 2001 asciende a 1.162.803 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI). La evolución de la implantación de la TSI ha sido la siguiente<sup>(2)</sup>:

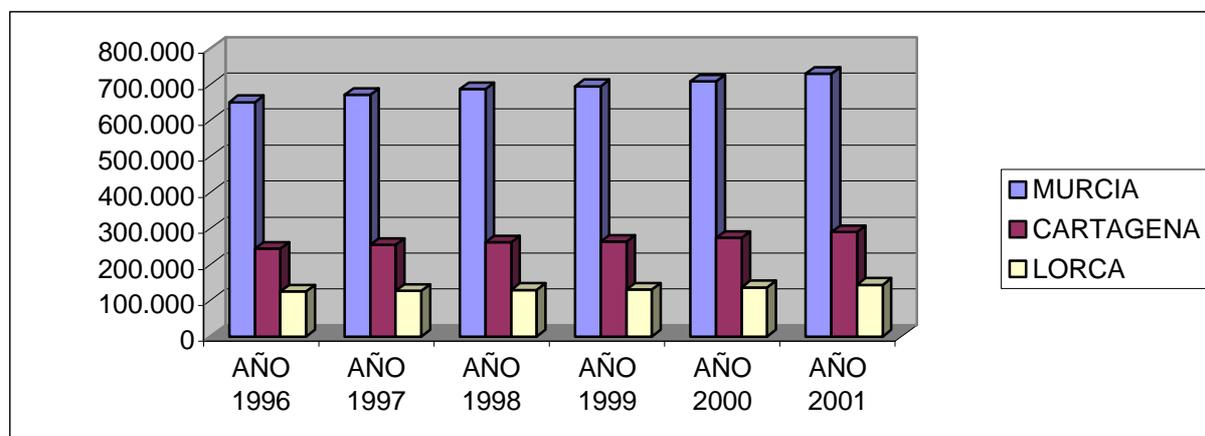
Tabla 52.1.1:

#### TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL A 31 DE DICIEMBRE 2001

	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
MURCIA	650.982	671.634	686.737	694.967	708.423	729.273
CARTAGENA	244.221	254.017	261.833	263.431	274.211	289.581
LORCA	125.349	126.479	129.442	131.011	136.485	143.949
REGIÓN	1.020.552	1.052.130	1.078.012	1.089.409	1.119.119	1.162.803

Fuentes: Memoria 2000. Dirección Territorial de Murcia

Gráfico 52.1.1: Número de TSI por Área de Salud



Fuentes: Memoria 2000. Dirección Territorial de Murcia

La cobertura actual de la población es del 100%, estando distribuida la Región en 6 Áreas de Salud:

**Tabla 52.1.2:**

**AREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 2002**

ÁREA DE SALUD	Nº DE E.A.P.	POBLACIÓN CUBIERTA	% POBLACIÓN CUBIERTA
1 MURCIA	27	448832	100,00
2 CARTAGENA	19	289581	100,00
3 LORCA	8	143949	100,00
4 NOROESTE	6	65300	100,00
5 ALTIPLANO	3	52815	100,00
6 VEGA DEL SEGURA	13	162326	100,00
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>76</b>	<b>1162803</b>	<b>100,00</b>

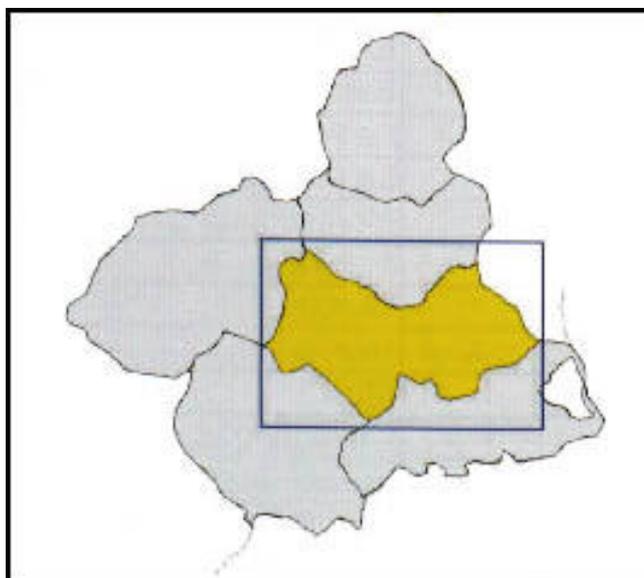
Fuentes: Información de TSI en el Contrato de Gestión 2002<sup>(3)</sup>

**Área de Salud I. Murcia<sup>(2)</sup>**

El Área de Salud de Murcia comprende la zona interior del municipio de Murcia y los de Alhama, Librilla, Mula, Pliego, Campos del Río, Albudeite, Alcantarilla, Beniel y Santomera. Limita al Norte con el Área VI, al Sur con las Áreas II y III, al Este con la Comunidad Valenciana y al Oeste con el Área IV.

La superficie de esta área de Murcia es de 2.049,30 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 18,11 % de la extensión total de la Comunidad.

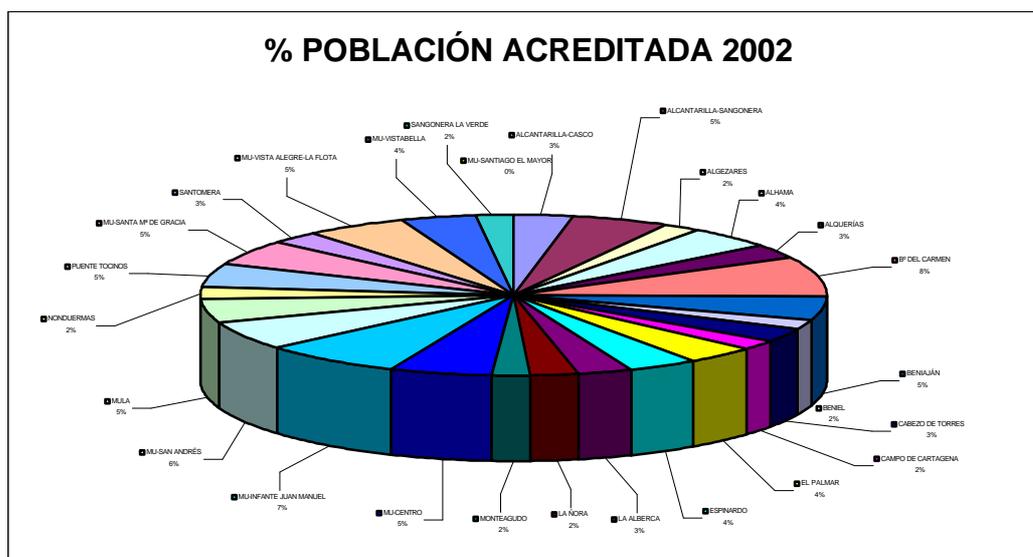
**Gráfico 52.1.2: Área de Salud I. Murcia**



AREA DE SALUD I. MURCIA

Tabla 52.1.3:

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
ALCANTARILLA-CASCO	ALCANTARILLA	E.A.P.	13.386
ALCANTARILLA-SANGONERA	ALCANTARILLA	E.A.P.	23.003
ALGEZARES	ALGEZARES	E.A.P.	9.089
ALHAMA	ALHAMA DE MURCIA	AMBOS	19.861
ALQUERÍAS	ALQUERÍAS	E.A.P.	11.547
Bº DEL CARMEN	MURCIA	AMBOS	37.076
BENIAJÁN	BENIAJÁN	AMBOS	21.271
BENIEL	BENIEL	E.A.P.	8.301
CABEZO DE TORRES	CABEZO DE TORRES	E.A.P.	12.912
CAMPO DE CARTAGENA	CORVERA	AMBOS	7.578
EL PALMAR	EL PALMAR	E.A.P.	16.922
ESPINARDO	ESPINARDO	E.A.P.	16.181
LA ALBERCA	LA ALBERCA	E.A.P.	12.773
LA ÑORA	LA ÑORA	AMBOS	11.187
MONTEAGUDO	MONTEAGUDO	E.A.P.	8.649
MU-CENTRO	MURCIA	AMBOS	23.949
MU-INFANTE JUAN MANUEL	MURCIA	AMBOS	31.363
MU-SAN ANDRÉS	MURCIA	AMBOS	26.705
MULA	MULA	AMBOS	21.099
NONDUERMAS	NONDUERMAS	AMBOS	10.732
PUENTE TOCINOS	PUENTE TOCINOS	AMBOS	22.092
MU-SANTA Mª DE GRACIA	MURCIA	E.A.P.	22.021
SANTOMERA	SANTOMERA	E.A.P.	11.749
MU-VISTA ALEGRE-LA FLOTA	MURCIA	AMBOS	23.327
MU-VISTABELLA	MURCIA	E.A.P.	17.458
SANGONERA LA VERDE	SANGONERA LA VERDE	E.A.P.	8.601
<b>TOTAL</b>			<b>448.832</b>



Fuentes: Demarcación territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

## Área de Salud II. Cartagena<sup>(2)</sup>.

El Área de Salud II de Cartagena comprende la zona Sur-Este de marítima de la Región de Murcia comprendiendo los municipios de Cartagena, Fuente Álamo, La Unión, Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco y Mazarrón. Limita al Norte con el Área I de Murcia, al Sur y al Este con el Mar Mediterráneo, Andalucía y al Oeste con el Área III de Lorca.

La superficie de esta área de Cartagena es de 1.477,1 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 13,05 % de la extensión total de la Comunidad.

**Gráfico 52.1.3: Área de Salud II. Cartagena**

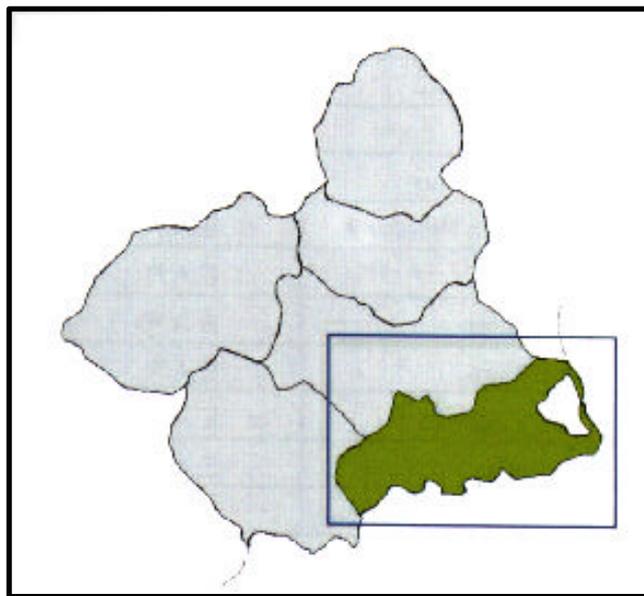
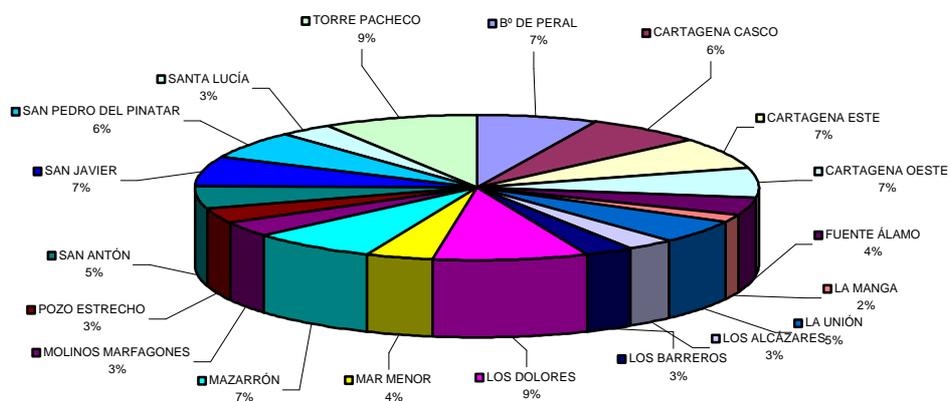


Tabla 52.1.4:

AREA DE SALUD II. CARTAGENA

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
Bº DE PERAL	Bº DE PERAL	E.A.P.	20.323
CARTAGENA CASCO	CARTAGENA	AMBOS	18.796
CARTAGENA ESTE	CARTAGENA	AMBOS	20.390
CARTAGENA OESTE	CARTAGENA	AMBOS	19.110
FUENTE ÁLAMO	FUENTE ÁLAMO	E.A.P.	11.745
LA MANGA	LA MANGA	E.A.P.	4.544
LA UNIÓN	LA UNIÓN	E.A.P.	15.379
LOS ALCÁZARES	LOS ALCÁZARES	E.A.P.	7.955
LOS BARREROS	LOS BARREROS	E.A.P.	7.657
LOS DOLORES	LOS DOLORES	E.A.P.	25.906
MAR MENOR	EL ALGAR	E.A.P.	11.138
MAZARRÓN	MAZARRÓN	AMBOS	21.663
MOLINOS MARFAGONES	MOLINOS MARFAGONES	E.A.P.	9.648
POZO ESTRECHO	POZO ESTRECHO	E.A.P.	9.211
SAN ANTÓN	SAN ANTÓN	E.A.P.	14.303
SAN JAVIER	SAN JAVIER	E.A.P.	19.653
SAN PEDRO DEL PINATAR	SAN PEDRO DEL PINATAR	E.A.P.	17.718
SANTA LUCÍA	SANTA LUCÍA	E.A.P.	8.882
TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	E.A.P.	25.560
<b>TOTAL</b>			<b>289.581</b>

% POBLACIÓN ACREDITADA 2002



Fuentes: Demarcación Territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

### Área de Salud III. Lorca<sup>(2)</sup>

El Área de Salud III de Lorca comprende la zona Oeste de la Región de Murcia, comprendiendo los municipios de Lorca, que es el más grande de España, Águilas, Puerto Lumbreras, Aledo y Totana. Limita al Norte con las Áreas I de Murcia y IV del Noroeste, al Sur con el Mar Mediterráneo, al Este el Área II de Cartagena y al Oeste con Andalucía.

La superficie de esta área de Lorca es de 2.412,7 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 11,31 % de la extensión total de la Comunidad.

**Gráfico 52.1.4: Área de Salud III. Lorca**

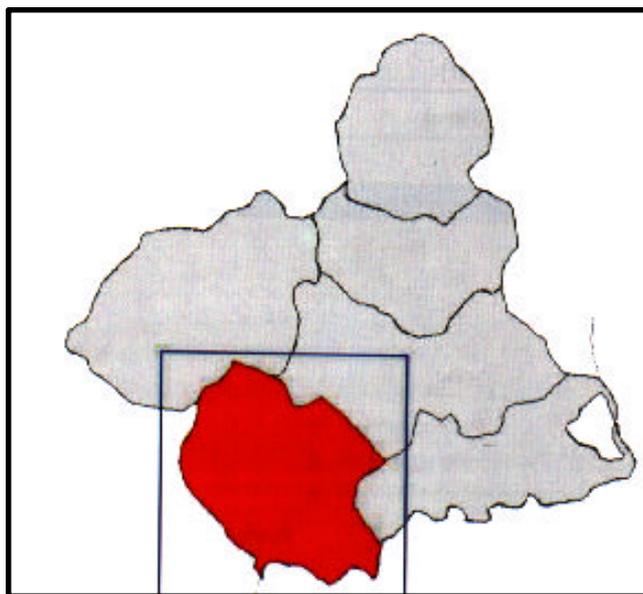
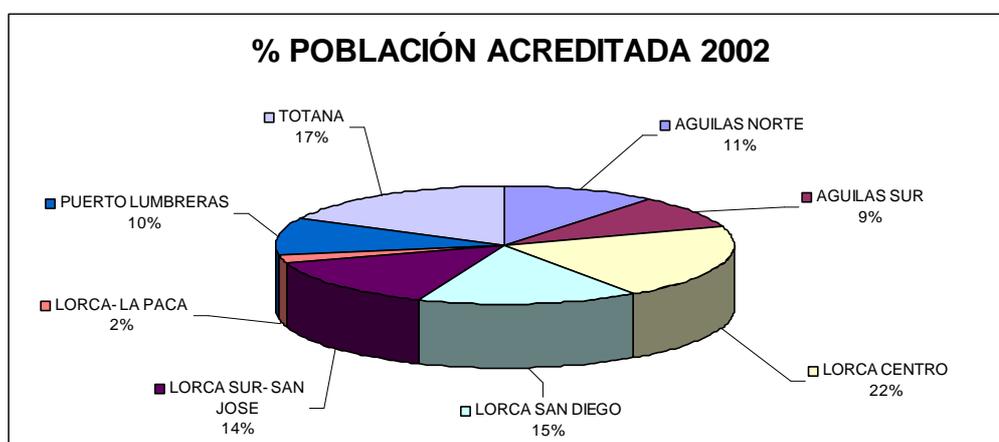


Tabla 52.1.5:

**AREA DE SALUD III. LORCA**

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
AGUILAS NORTE	AGUILAS	E.A.P.	15.542
AGUILAS SUR	AGUILAS	AMBOS	13.049
LORCA CENTRO	LORCA	AMBOS	29.973
LORCA SAN DIEGO	LORCA	AMBOS	22.008
LORCA SUR-SAN JOSE	LORCA	AMBOS	20.390
LORCA-LA PACA	LORCA-LA PACA	E.A.P.	3.554
PUERTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	E.A.P.	14.307
TOTANA	TOTANA	AMBOS	25.126
<b>TOTAL</b>			<b>143.949</b>



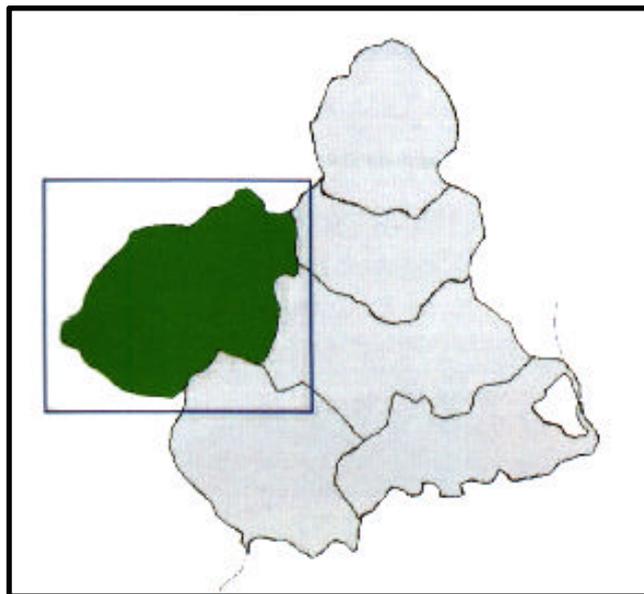
Fuentes: Demarcación territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

### Área de Salud IV. Noroeste<sup>(2)</sup>

El Área de Salud IV del Noroeste comprende la zona interior montañosa de la Región de Murcia, comprendiendo los municipios de Caravaca de la Cruz, Calasparra, Cehegín, Moratalla y Bullas. Limita al Norte con las comunidades de Andalucía y Castilla-La Mancha, al Sur Con el Área III de Lorca y Andalucía, al Este con las Áreas de Murcia y Vega del Segura y al Oeste con Andalucía.

La superficie de esta Área del Noroeste es de 2.386,9 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 21,09 % de la Extensión total de la Comunidad.

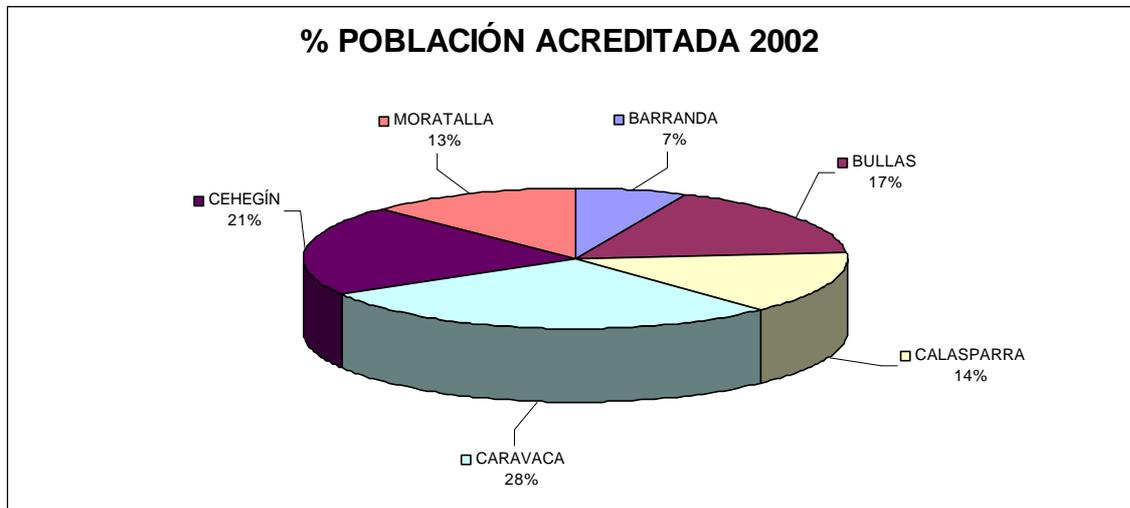
**Gráfico 52.1.5: Área de Salud IV. Noroeste.**



**TABLA 52.1.6:**

**AREA DE SALUD IV. NOROESTE**

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
BARRANDA	BARRANDA	E.A.P.	4.399
BULLAS	BULLAS	E.A.P.	11.059
CALASPARRA	CALASPARRA	E.A.P.	9.425
CARAVACA	CARAVACA	E.A.P.	18.438
CEHEGÍN	CEHEGÍN	AMBOS	13.808
MORATALLA	MORATALLA	E.A.P.	8.171
<b>TOTAL</b>			<b>65.300</b>



Fuentes: Demarcación territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

## Área de Salud V. Altiplano<sup>(2)</sup>

El Área de Salud V del Altiplano comprende la zona interior más al Norte de la Región de Murcia, comprendiendo los municipios de Yecla y Jumilla. Limita al Norte y al Este con la Comunidad de Valencia, al Sur con el Área VI de la Vega del Segura y al Oeste con la Comunidad de Castilla-La Mancha.

La Superficie de esta área del Altiplano es de 1.580 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 13,96 % de la extensión total de la Comunidad.

**Gráfico 52.1.6: Área de Salud V. Altiplano.**

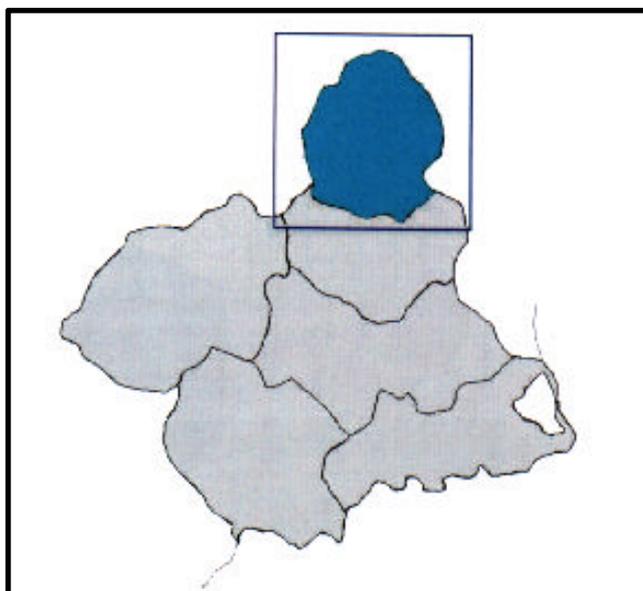
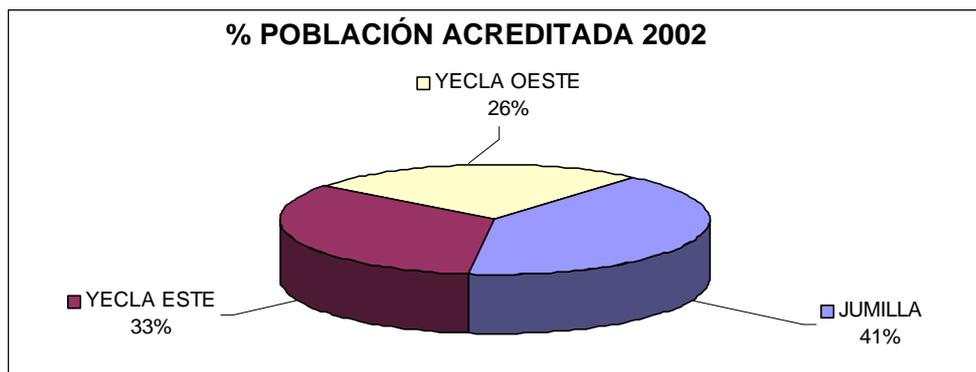


Tabla 52.1.7:

AREA DE SALUD V. ALTIPLANO

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
JUMILLA	JUMILLA	AMBOS	21.597
YECLA ESTE	YECLA	AMBOS	17.609
YECLA OESTE	YECLA	E.A.P.	13.609
<b>TOTAL</b>			<b>52.815</b>



Fuentes: Demarcación territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

## Área de Salud VI. Vega del Segura<sup>(2)</sup>

El Área de Salud VI de la Vega del Segura comprende la zona interior de la Vega murciana que junto al Área de Murcia es por donde discurre el río Segura, comprendiendo los municipios de Abanilla, Abarán, Blanca, Cieza, Fortuna, Ojós, Ricote, Ulea, Villanueva del Río Segura, Alguazas, Archena, Ceutí, Lorquí, Molina del Segura y las Torres de Cotillas. Limita al Norte con el Área V del Altiplano, al Sur con el Área I de Murcia, al Este con la Comunidad Valenciana y al Oeste con el Área IV del Noroeste.

La superficie de esta área de la Vega del Segura es de 1.410,9 Km<sup>2</sup>, lo que supone el 12,46 % de la extensión total de la Comunidad.

**Gráfico 52.1.7: Área de Salud VI. Vega del Segura.**

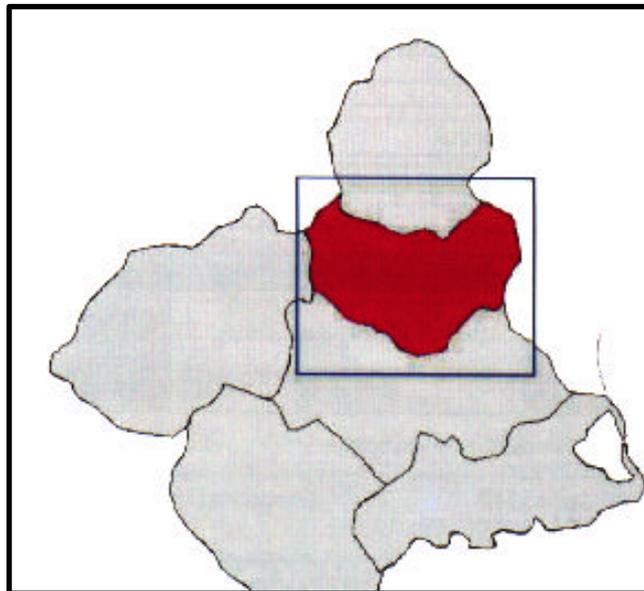
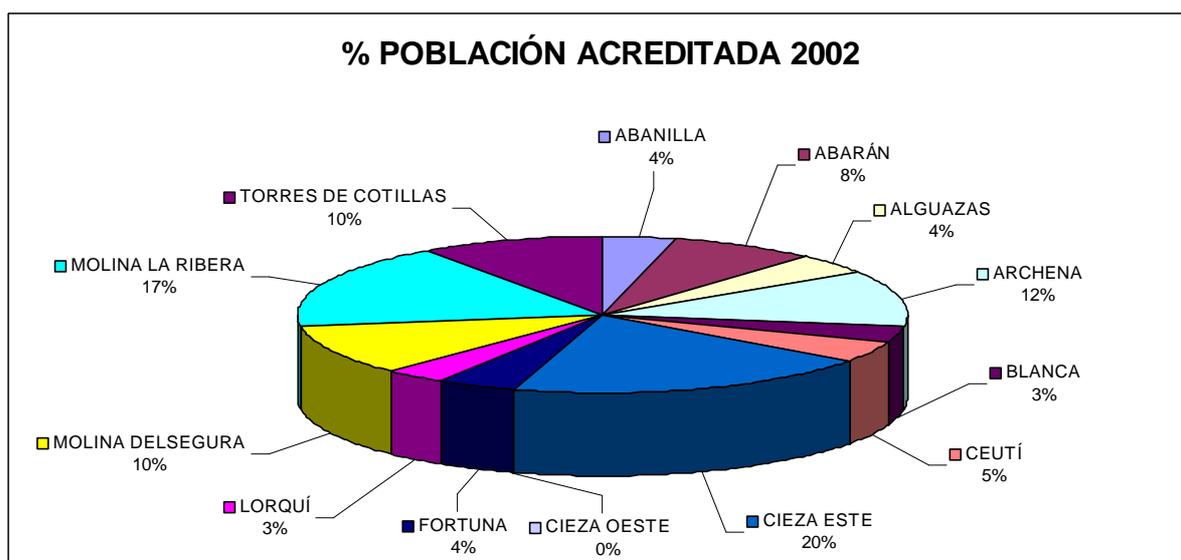


Tabla 52.1.8:

**AREA DE SALUD VI. VEGA DEL SEGURA**

ZONA BASICA DE SALUD	UBICACION DEL CENTRO DE SALUD	EAP O MODELO TRADICIONAL	POBLACIÓN ACREDITADA 2002
ABANILLA	ABANILLA	E.A.P.	6.270
ABARÁN	ABARÁN	AMBOS	12.775
ALGUAZAS	ALGUAZAS	E.A.P.	6.757
ARCHENA	ARCHENA	E.A.P.	18.814
BLANCA	BLANCA	E.A.P.	4.832
CEUTÍ	CEUTÍ	E.A.P.	7.381
CIEZA ESTE	CIEZA	AMBOS	31.869
FORTUNA	FORTUNA	E.A.P.	6.904
LORQUÍ	LORQUÍ	E.A.P.	5.576
MOLINA DELSEGURA	MOLINA DEL SEGURA	AMBOS	16.923
MOLINA LA RIBERA	MOLINA DEL SEGURA	AMBOS	28.389
TORRES DE COTILLAS	TORRES DE COTILLAS	AMBOS	15.836
<b>TOTAL</b>			<b>162.326</b>



Fuentes: Demarcación territorial de Zonas de Salud. Memoria 2000 Dirección Territorial de Murcia

## 52.1.2- Recursos físicos<sup>(4)</sup>:

Tabla 52.1.8:

### GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA

SUAP	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
SUAP - CARTAGENA	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968502830
SUAP - LA UNIÓN	LA UNIÓN	C/ CRISTO DE LOS MINEROS	30360	968541417
SUAP - MAZARRÓN	MAZARRÓN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN	30870	968590411
SUAP - SAN JAVIER	SAN JAVIER	CABO RAS-ESQ. CABO UDRA	30730	968191866
SUAP - TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	C/ VENECIA	30700	968577201

PAC/PEA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PA - FUENTE ÁLAMO	FUENTE ÁLAMO	C/ RONDA DE PONIENTE	30320	968598507
PAC - LA MANGA	LA MANGA	GRAN VÍA	30370	968142060
PEA - LA UNIÓN (PORTMAN)	PORTMAN	MONCADA, 1	30364	968548064
PAC - LOS DOLORES	LOS DOLORES	JARDINES, S/N	30310	968313186
PAC - POZO ESTRECHO	POZO ESTRECHO	AVDA. LA ESTACIÓN, S/N	30594	968166371

UNIDADES DE PSICO-PROFILAXIS OBSTÉTRICA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UPPO - Bº DE PERAL	CARTAGENA	C/ ULLOA, S/N	30300	968314777
UPPO - CARTAGENA CASCO	CARTAGENA	C/ SAN VICENTE, 2	30302	968505267
UPPO - CARTAGENA ESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968124735
UPPO - CARTAGENA OESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968124735
UPPO - FUENTE ÁLAMO	FUENTE ÁLAMO	RONDA DE PONIENTE	30320	968598507
UPPO - LA MANGA	LA MANGA	GRAN VÍA	30370	968142125
UPPO - LA UNIÓN	LA UNIÓN	CRISTO DE LOS MINEROS	30360	968541716
UPPO - LOS ALCÁZARES	LOS ALCÁZARES	CTRA. BALSICAS, S/N	30710	968575800
UPPO - LOS BARREROS	CARTAGENA	C/ ASTORGA, 1- BAJO	30310	968314193
UPPO - LOS DOLORES	LOS DOLORES	C/ JARDINES	30310	968313186
UPPO - MAR MENOR	EL ALGAR	C/ MEJORANA	30366	968135510
UPPO - MAZARRÓN	MAZARRÓN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN	30870	968592151
UPPO - MOLINOS MARFAGONES	MOLINOS MARFAGONES	PUERTO DEL SUSPIRO	30393	968168985
UPPO - POZO ESTRECHO	POZO ESTRECHO	AVDA. DE LA ESTACIÓN	30594	968166371
UPPO - SAN ANTÓN	CARTAGENA	C/ RECOLETOS, 98	30205	968517572
UPPO - SAN JAVIER	SAN JAVIER	CABO RAS - ESQ. CABO UDRA	30730	968192333
UPPO - SAN PEDRO DEL PINATAR	SAN PEDRO DEL PINATAR	AVDA. DE LA SALINERA	30740	968182062
UPPO - SANTA LUCÍA	CARTAGENA	C/ PEDRO JORQUERA	30202	968502713
UPPO - TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	C/ VENECIA	30700	968579311

**Tabla 52.1.9:**

UNIDADES DE FISIOTERAPIA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UF - Bº DE PERAL	CARTAGENA	C/ ULLOA, S/N	30300	968314777
UF - CARTAGENA ESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968528650
UF - LA UNIÓN	LA UNIÓN	C/ CRISTO DE LOS MINEROS	30360	968541716
UF - LOS DOLORES	CARTAGENA	C/ JARDINES	30310	968313186
UF - MAZARRÓN	MAZARRÓN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN	30870	968592151
UF - SAN JAVIER	SAN JAVIER	CABO RAS-ESQ. CABO UDRA	30730	968192333
UF - SAN PEDRO DEL PINATAR	SAN PEDRO DEL PINATAR	AVDA. SALINERA	30740	968182062
UF - TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	C/ VENECIA	30700	968579311

UNIDADES DE SALUD BUCO-DENTAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
USBD - Bº DE PERAL	CARTAGENA	C/ ULLOA,S/N	30300	968314777
USBD - CARTAGENA ESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968124735
USBD - LOS DOLORES	LOS DOLORES	C/ JARDINES	30310	968313186
USBD - MAR MENOR	EL ALGAR	C/ MEJORANA	30366	968135510
USBD - MAZARRÓN	MAZARRÓN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN	30870	968592151
USBD - SAN JAVIER	SAN JAVIER	CABO RAS-ESQ. CABO UDRA	30730	968192333
USBD - TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	C/ VENECIA	30700	968577201

UNIDADES DE TRABAJADOR SOCIAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
TS - Bº DE PERAL	CARTAGENA	C/ ULLOA, S/N	30300	968314777
TS - CARTAGENA CASCO	CARTAGENA	C/ SAN VICENTE,2	30302	968505267
TS - CARTAGENA ESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968124735
TS - CARTAGENA OESTE	CARTAGENA	C/ CABRERA, S/N	30203	968124735
TS - FUENTE ÁLAMO	FUENTE ÁLAMO	RONDA DE PONIENTE	30320	968598507
TS - LA MANGA	LA MANGA	GRAN VÍA	30370	968142125
TS - LA UNIÓN	LA UNIÓN	CRISTO DE LOS MINEROS	30360	968541716
TS - LOS ALCÁZARES	LOS ALCÁZARES	CTRA. BALSICAS, S/N	30710	968575800
TS - LOS BARREROS	CARTAGENA	C/ ASTORGA,1- BAJO	30310	968314193
TS - LOS DOLORES	LOS DOLORES	C/ JARDINES	30310	968313186
TS - MAR MENOR	EL ALGAR	C/ MEJORANA	30366	968135510
TS - MAZARRÓN	MAZARRÓN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN	30870	968592151
TS - MOLINOS MARFAGONES	MOLINOS MARFAGONES	PUERTO DEL SUSPIRO	30393	968168985
TS - POZO ESTRECHO	POZO ESTRECHO	AVDA. DE LA ESTACIÓN	30594	968166371
TS - SAN ANTÓN	CARTAGENA	C/ RECOLETOS, 98	30205	968517572
TS - SAN JAVIER	SAN JAVIER	CABO RAS - ESQ. CABO UDRA	30730	968192333
TS - SAN PEDRO DEL PINATAR	SAN PEDRO DEL PINATAR	AVDA. DE LA SALINERA	30740	968182062
TS - SANTA LUCÍA	CARTAGENA	C/ PEDRO JORQUERA	30202	968502713
TS - TORRE PACHECO	TORRE PACHECO	C/ VENECIA	30700	968579311

Tabla 52.1.10<sup>(5)</sup>:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA

SUAP	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
SUAP – ABARÁN	ABARÁN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN, S/N	30550	968771028
SUAP – ALHAMA	ALHAMA	AVDA. SIERRA ESPUÑA, 14	30840	968630369
SUAP – ARCHENA	ARCHENA	C/ SIRIA, S/N	30600	968670822
SUAP – CARAVACA	CARAVACA	C/ DR. FLEMING, S/N	30400	968707802
SUAP – CEHEGÍN	CEHEGÍN	C/ SAN AGUSTÍN, 34	30430	968740481
SUAP – CIEZA	CIEZA	AVDA. DE ITALIA, S/N	30530	968456792
SUAP – JUMILLA	JUMILLA	C/ SAN ANTÓN, S/N	30520	968782853
SUAP – MULA	MULA	C/ LOS MARTIRES, S/N	30170	968660744
SUAP – YECLA	YECLA	C/ SAN JOSÉ, 8	30510	968750421
SUAP – ALCANTARILLA	ALCANTARILLA	C/ ALC. P. CASCALES VIVANCO, S/N	30820	968800312
SUAP – MOLINA	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968611229
SUAP – SAN ANDRÉS	MURCIA	C/ ESC. JOSÉ SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968290202
SUAP – INFANTE	MURCIA	C/ PINTOR ALMELA COSTA S/N	30011	968267907
SUAP – SANTOMERA	SANTOMERA	C/ SEVERO OCHOA, S/N	30140	968865225
SUAP – ALGEZARES	ALGEZARES	C/ EL PAJARO, S/N	30157	968841066

PAC/PEA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PAC - C.S. ABANILLA	ABANILLA	C/ ANTONIO MACHADO, 26	30640	968681250
PAC - C.S. BLANCA	BLANCA	C/ FEDERICO GARCÍA LORCA, 40	30540	968459202
PAC - C.S. BULLAS	BULLAS	FCO. PUERTA GLEZ-CONDE, S/N	30180	968652150
PAC - C.S. CALASPARRA	CALASPARRA	C/ SANIDAD, S/N	30420	968720154
PAC - C.S. FORTUNA	FORTUNA	AVDA. JUAN DE LA CIERVA, S/N	30620	968686392
PAC - C.S. MORATALLA	MORATALLA	C/ TOMÁS "EL CURA", S/N	30440	968706235
PEA - CONS. BENIZAR	BENIZAR	C/ LA SENDA, S/N	2438	968736110
PEA - CONS. EL SABINAR	EL SABINAR	PLAZA MAYOR, S/N	30196	968738088
PEA - CONS. CAMPOS DEL RÍO	CAMPOS DE RIO	C/ JOSÉ ANTONIO, S/N	30191	968650164
PEA - CONS. CAÑADA DE LA CRUZ	CAÑADA DE LA CRUZ	C/ CAÑADA DE LA CRUZ, S/N	30414	-----
PEA - CONS. LIBRILLA	LIBRILLA	C/ SAN BARTOLOMÉ, 18	30892	968658083
PAC - C.S. BENIEL	BENIEL	C/ FRANCISCO ROBLES, S/N	30130	968602446
PAC - C.S. CAMPO DE CARTAGENA	CORVERA	C/ SAN FÉLIX Nº 1	30153	968380327

UNIDADES DE SALUD MENTAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
USM – ALCANTARILLA – SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968806646
USM – CIEZA	CIEZA	AVDA. DE ABARÁN, S/N	30530	968453245
USM - MOLINA – LA CONSOLACIÓN	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968641350
USM – MURCIA	MURCIA	AVDA. MARQUES D LOS VÉLEZ, S/N	30008	968360901

UNIDADES DE ATENCIÓN A LA MUJER	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UAM – ALCANTARILLA – SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968802533
UAM - MOLINA SEGURA	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968641314
UAM – SANTA MARÍA DE GRACIA	MURCIA	C/ ARTURO DUPERIER, S/N	30009	968290209

UNIDADES DE PSICO-PROFILAXIS OBSTÉTRICA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UPPO - ABANILLA	ABANILLA	C/ ANTONIO MACHADO, 26	30640	968681250
UPPO - ABARÁN	ABARÁN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN, S/N	30550	968451176
UPPO - ALCANTARILLA	ALCANTARILLA	C/ ALC. PEDRO CASCALES VIVANCO S/N	30820	968893022
UPPO - ALCANTARILLA - SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968806646
UPPO - ALGEZARES	ALGEZARES	C/ ASCENSIÓN DE LA FUENSANTA, S/N	30157	968840077
UPPO - ALGUAZAS	ALGUAZAS	C/ SAN ONOFRE, S/N	30560	968621212
UPPO - ALHAMA DE MURCIA	ALHAMA DE MURCIA	AVDA. SIERRA ESPUÑA, 14	30840	968630369
UPPO - ALQUERÍAS	ALQUERÍAS	C/ RAMON FDEZ. MAIÑARRO, 8	30580	968870100
UPPO - ARCHENA	ARCHENA	C/ ARGENTINA, 11	30600	968670822
UPPO - BARRIO DEL CARMEN	MURCIA	C/ MADRE ELISEA OLIVER MOLINA, S/N	30002	968253543
UPPO - BENIAJÁN	BENIAJÁN	C/ SALVADOR DEL REAL, S/N	30570	968823662
UPPO - BENIEL	BENIEL	C/ FRANCISCO ROBLES, S/N	30130	968602446
UPPO - BLANCA	BLANCA	C/ FEDERICO GARCÍA LORCA, 40	30540	968459202
UPPO - BULLAS	BULLAS	FCO. PUERTA GLEZ-CONDE, S/N	30180	968652150
UPPO - CABEZO DE TORRES	CABEZO DE TORRES	C/ CARMEN, S/N	30110	968833012
UPPO - CALASPARRA	CALASPARRA	C/ SANIDAD, S/N	30420	968720154
UPPO - CAMPO DE CARTAGENA	CORVERA	C/ SAN FÉLIX Nº 1	30153	968380327
UPPO – CARAVACA	CARAVACA	C/ JUNQUICOS, S/N	30400	968702412
UPPO - BARRANDA	BARRANDA	CAMINO DE LA CABEZUELA, S/N	30412	968725222
UPPO – CEHEGÍN	CEHEGÍN	CAMINO VERDE, S/N	30430	968742600
UPPO – CEUTÍ	CEUTÍ	AVDA. DE LAS FAROLAS, S/N	30562	968693434
UPPO – CIEZA	CIEZA	AVDA. DE ITALIA, S/N	30530	968762420
UPPO - EL PALMAR	EL PALMAR	C/ BURGOS, S/N	30120	968886305
UPPO – ESPINARDO	ESPINARDO	C/ LA CRUZ(esqu. Juan Carlos I)	30100	968830475
UPPO – FORTUNA	FORTUNA	AVDA. JUAN DE LA CIERVA, S/N	30620	968686392
UPPO – JUMILLA	JUMILLA	AVDA. REYES CATÓLICOS, S/N	30520	968783464

UPPO - LA ALBERCA	LA ALBERCA	C/ JOSÉ PAREDES, S/N	30150	968845362
UPPO - LA ÑORA	LA ÑORA	C/ CARRERAS, S/N	30830	968805153
UPPO - LAS TORRES DE COTILLAS	LAS TORRES DE COTILLAS	AVDA. REYES CATÓLICOS, S/N	30565	968626146
UPPO - LORQUÍ	LORQUÍ	C/ LA NORIA, S/N	30564	968693539
UPPO - MOLINA - ANTONIO GARCÍA	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968641314
UPPO - MOLINA - LA CONSOLACIÓN	MOLINA DE SEGURA	C/ ASOCIACIÓN, S/N	30500	968389257
UPPO - MONTEAGUDO	MONTEAGUDO	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN, S/N	30160	968853187
UPPO - MORATALLA	MORATALLA	C/ TOMÁS "EL CURA" S/N	30440	968706235
UPPO - MURCIA - CENTRO	MURCIA	C/ SIMÓN GARCÍA, 62	30003	968217405
UPPO - MURCIA - INFANTE	MURCIA	C/ PINTOR ALMELA COSTA, S/N	30011	968343000
UPPO - MURCIA - SAN ANDRÉS	MURCIA	C/ ESC. J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394800
UPPO - MULA	MULA	AVDA. JUAN VIÑEGLA, S/N	30170	968637217
UPPO - NONDUERMAS	NONDUERMAS	C/ CONSTITUCIÓN, S/N	30166	968343100
UPPO - PUENTE TOCINOS	PUENTE TOCINOS	PLAZA REINA SOFÍA, S/N	30006	968301409
UPPO - SANTA MARÍA DE GRACIA	MURCIA	C/ ARTURO DUPERIER, S/N	30009	968290209
UPPO - SANTOMERA	SANTOMERA	C/ LA GLORIA Nº 57	30140	968860251
UPPO - VISTA ALEGRE	MURCIA	INGENIERO SEBASTIÁN FERINGÁN, 18	30007	968242439
UPPO - VISTABELLA	MURCIA	C/ ALICANTE, S/N	30003	968340300
UPPO - YECLA-MARIANO YAGO	YECLA	AVDA. DE LA FERIA, S/N	30510	968790818
UPPO - SANGONERA LA VERDE	SANGONERA LA VERDE	C/ COMANDANTE COUSTEAU, S/N	30833	968869077
UPPO - YECLA - OESTE	YECLA	C/ JUAN ALBERT, S/N	30510	968 793315

UNIDADES DE FISIOTERAPIA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UF - ALCANTARILLA - SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968806646
UF - ABARÁN	ABARÁN	AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN, S/N	30550	968451176
UF - JUMILLA	JUMILLA	AVDA. REYES CATÓLICOS, S/N	30520	968783464
UF - MOLINA-LA CONSOLACIÓN	MOLINA DE SEGURA	C/ ASOCIACIÓN, S/N	30500	968389257
UF - MULA	MULA	AVDA. JUAN VIÑEGLA, S/N	30170	968637217
UF - EL PALMAR	EL PALMAR	C/ BURGOS, S/N	30120	968886305
UF - VISTA ALEGRE	MURCIA	PASEO ING. SEBASTIÁN FERINGÁN Nº	30007	968242439
UF - BARRIO DEL CARMEN	MURCIA	C/ MADRE ELISEA OLIVER MOLINA, S/N	30002	968253543
UF - PUENTE TOCINOS	PUENTE TOCINOS	PLAZA REINA SOFÍA, S/N	30006	968301409
UF - MORATALLA	MORATALLA	C/ TOMÁS "EL CURA" S/N	30440	968706235
UF - ARCHENA	ARCHENA	C/ SIRIA, S/N	30600	968670822
UF - BENIEL	BENIEL	C/ FRANCISCO ROBLES, S/N	30130	968602446

UNIDADES DE SALUD BUCO-DENTAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
USBD – ALCANTARILLA – SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968806646
USBD – CARAVACA	CARAVACA	C/ JUNQUICOS, S/N	30400	968702412
USBD – CIEZA	CIEZA	AVDA. DE ITALIA, S/N	30530	968762420
USBD – EL PALMAR	EL PALMAR	C/ BURGOS, S/N	30120	968886305
USBD – JUMILLA	JUMILLA	AVDA. REYES CATÓLICOS, S/N	30520	968783464
USBD – MOLINA – ANTONIO GARCIA	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968641314
USBD – MURCIA – CENTRO	MURCIA	C/ ESC. J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394826
USBD – MURCIA – INFANTE	MURCIA	C/ PINTOR ALMELA COSTA, S/N	30011	968343000
USBD – MURCIA – PLAZA PRECIOSA	MURCIA	PLAZA PRECIOSA, S/N	30008	968247062
USBD – MURCIA – SAN ANDRÉS	MURCIA	C/ ESC. J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394800
USBD – MULA	MULA	AVDA. JUAN VIÑEGLA, S/N	30170	968637217
USBD – MORATALLA	MORATALLA	C/ TOMÁS "EL CURA" S/N	30440	968706235

UNIDADES DE ODONTOLOGIA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
OD – MURCIA – CENTRO	MURCIA	C/ ESC. J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394826
OD – MURCIA – INFANTE	MURCIA	C/ PINTOR ALMELA COSTA, S/N	30011	968343000
OD – MURCIA – SAN ANDRÉS	MURCIA	C/ ESC. J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394800

UNIDADES DE TRABAJADOR SOCIAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
TS – ALCANTARILLA	ALCANTARILLA	C/ ALC. PEDRO CASCALES VIVANCO S/N	30820	968892822
TS – ALCANTARILLA – SANGONERA	ALCANTARILLA	C/ CARMEN, S/N	30820	968806646
TS – ARCHENA	ARCHENA	C/ SIRIA, S/N	30600	968672375
TS – BARRIO DEL CARMEN	MURCIA	C/ MADRE ELISEA OLIVER MOLINA, S/N	30002	968253543
TS – BENIAJÁN	BENIAJÁN	C/ SALVADOR DEL REAL, S/N	30570	968823662
TS – CARAVACA	CARAVACA	C/ JUNQUICOS, S/N	30400	968702412
TS – CARAVACA – BARRANDA	BARRANDA	CAMINO DE LA CABEZUELA, S/N	30412	968725222
TS – CIEZA	CIEZA	AVDA. DE ITALIA, S/N	30530	968762420
TS – LA ÑORA	LA ÑORA	C/ CARRERAS, S/N	30830	968805153
TS – LAS TORRES DE COTILLAS	LAS TORRES DE COTILLAS	AVDA. REYES CATÓLICOS, S/N	30565	968626146
TS – DR. ANTONIO GARCÍA GARCÍA	MOLINA DE SEGURA	AVDA. DE LEVANTE, S/N	30500	968641350
TS – MOLINA - LA CONSOLACIÓN	MOLINA DE SEGURA	C/ ASOCIACIÓN, S/N	30500	968389257
TS - MURCIA – INFANTE	MURCIA	C/ PINTOR ALMELA COSTA, S/N	30011	968343000
TS - SANTA MARÍA DE GRACIA	MURCIA	C/ ARTURO DUPERIER, S/N	30009	968290209
TS – SANTOMERA	SANTOMERA	C/ LA GLORIA Nº 57	30140	968860251
TS – VISTABELLA	MURCIA	C/ ALICANTE, S/N	30003	968340300
TS – YECLA-MARIANO YAGO	YECLA	AVDA. DE LA FERIA, S/N	30510	968790818
TS - YECLA-OESTE	YECLA	C/ JUAN ALBERT, S/N	30510	968793315
TS - CAMPO DE CARTAGENA	CORVERA	C/ SAN FÉLIX Nº 1	30153	968380327
TS - MU-CENTRO	MURCIA	C/ ESCULTOR J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394826
TS - MU-SAN ANDRÉS	MURCIA	C/ ESCULTOR J. SÁNCHEZ LOZANO, 7	30005	968394800

Tabla 52.1.11<sup>(6)</sup>:

**GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LORCA**

SUAP	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
TOTANA	TOTANA	C/ Cruz Hortelanos S/N	30850	968420387
LORCA	LORCA	C/ J.A. Dimas López Hdez S/N	30800	968443424
AGUILAS	AGUILAS	Avda Democracia S/N	30880	968493355

PAC/PEA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
ALMENDRICOS	LORCA (ALMENDRICOS)	C/ Patrón S/N	30893	968440214
LA PARROQUIA	LORCA (LA PARROQUIA)	C/ Dr. Rodríguez S/N	30811	968495041
LA PACA	LORCA (LA PACA)	C/ Centro de Salud S/N	30812	968491111
RAMONETE	LORCA (RAMONETE)	Ctra de la Playa S/N	30876	968150460
PUERTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	Avda Región de Murcia 1	30890	968402116

UNIDADES DE SALUD MENTAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
AGUILAS	AGUILAS	Avda Democracia S/N	30880	968493360

UNIDADES DE PSICO- PROFILAXIS OBSTÉTRICA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
AGUILAS	AGUILAS	Avda Democracia S/N	30880	968493350
LORCA CENTRO	LORCA	Alameda Ramón y Cajal S/N	30800	968463962
LORCA SUR	LORCA	C/ Talleres S/N	30800	968463212
SAN DIEGO	LORCA	C/ J.A. Dimas López Hdez	30800	968443422
TOTANA	TOTANA	C/ Cruz Hortelanos S/N	30850	968420030
PUERTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	Avda Región de Murcia 1	30890	968402116
LA PACA	LORCA (LA PACA)	C/ Centro de Salud S/N	30812	968491111

UNIDADES DE FISIOTERAPIA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
AGUILAS	AGUILAS	Avda Democracia S/N	30880	968493358
LORCA CENTRO	LORCA	C/ Floridablanca 1	30800	968477241
LORCA SUR	LORCA	C/ Talleres S/N	30800	968463212
PUERTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	Avda Región de Murcia 1	30890	968402116
TOTANA	TOTANA	C/ Cruz Hortelanos S/N	30850	968420030

UNIDADES DE SALUD BUCO-DENTAL	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
AGUILAS	AGUILAS	Avda Democracia S/N	30880	968493350
LORCA CENTRO	LORCA	Alameda Ramón y Cajal	30800	968463967
LORCA SUR	LORCA	C/ Talleres S/N	30800	968463212
LORCA SAN DIEGO	LORCA	C/ J.A. Dimas López Hdez	30800	968443422
PUERTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	Avda Región de Murcia 1	30890	968402116
TOTANA	TOTANA	C/ Cruz Hortelanos S/N	30850	968420030
LA PACA	LORCA (LA PACA)	C/ Centro de Salud S/N	30812	968491111

52.1.3- Recursos humanos:

Tabla 52.1.12<sup>(4)</sup>:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA - CARTAGENA. AÑO 2002

PLANTILLA	GRUPO		TOTAL
DIRECTIVOS	DIRECCIÓN GRUPO A		3
	COORDINADOR DE EQUIPOS		3
	DIRECCIÓN GRUPO B		1
FACULTATIVOS	MEDICINA DE FAMILIA	E.A.P	136
		MODELO TRADICIONAL	3
		URGENCIAS	24
	PEDIATRÍA	E.A.P	33
		MODELO TRADICIONAL	2
		ÁREA	1
	OTRO PERSONAL FACULTATIVO	ODONTÓLOGOS	3
		ODONTOESTOMATÓLOGOS	5
		FARMACÉUTICOS	1
		TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA	1
MIR		68	
SANITARIOS NO FACULTATIVOS	ENFERMERO DE E.A.P.		144
	ENFERMERO DE MODELO TRADICIONAL		4
	ENFERMERO DE URGENCIAS		20
	MATRONAS DE ÁREA		12
	MATRONAS DE MODELO TRADICIONAL		
	FISIOTERAPEUTAS DE ÁREA		9
	HIGIENISTAS DENTALES		5
	AUXILIARES DE ENFERMERIA E.A.P.		11
	AUXILIARES DE ENFERMERIA APOYO		10
NO SANITARIO	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO A	4
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO B	2
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO C	4
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO D	99
	OTRO PERSONAL	GRUPO A	2
	OTRO PERSONAL	GRUPO B	4
	OTRO PERSONAL	GRUPO D	
	OTRO PERSONAL	GRUPO E	38
<b>TOTAL</b>			<b>652</b>

Tabla 52.1.13<sup>(5)</sup>:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA - MURCIA. AÑO 2002

PLANTILLA	GRUPO		TOTAL
DIRECTIVOS	DIRECCIÓN GRUPO A		2
	COORDINADOR DE EQUIPOS		4
	DIRECCIÓN GRUPO B		4
FACULTATIVOS	MEDICINA DE FAMILIA	E.A.P	319
		MODELO TRADICIONAL	30
		URGENCIAS	82
	PEDIATRÍA	E.A.P	82
		MODELO TRADICIONAL	8
		ÁREA	1
	OTRO PERSONAL FACULTATIVO	ODONTÓLOGOS	5
		ODONTOESTOMATÓLOGOS	12
		FARMACÉUTICOS	2
		TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA	2
MIR		95	
SANITARIOS NO FACULTATIVOS	ENFERMERO DE E.A.P.		380
	ENFERMERO DE MODELO TRADICIONAL		5
	ENFERMERO DE URGENCIAS		66
	MATRONAS DE ÁREA		26
	MATRONAS DE MODELO TRADICIONAL		4
	FISIOTERAPEUTAS DE ÁREA		12
	HIGIENISTAS DENTALES		10
	AUXILIARES DE ENFERMERIA E.A.P.		59
	AUXILIARES DE ENFERMERIA MOD. TRADICIONAL		8
NO SANITARIO	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO A	6
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO B	5
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO C	6
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO D	229
	OTRO PERSONAL	GRUPO A	4
	OTRO PERSONAL	GRUPO B	11
	OTRO PERSONAL	GRUPO D	41
	OTRO PERSONAL	GRUPO E	106
TOTAL			1626

Tabla 52.1.14<sup>(6)</sup>:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA - LORCA. AÑO 2002

PLANTILLA	GRUPO		TOTAL	
DIRECTIVOS	DIRECCIÓN GRUPO A		2	
	COORDINADOR DE EQUIPOS		2	
	DIRECCIÓN GRUPO B		2	
FACULTATIVOS	MEDICINA DE FAMILIA	E.A.P	74	
		MODELO TRADICIONAL	8	
		URGENCIAS	15	
	PEDIATRÍA	E.A.P	17	
		MODELO TRADICIONAL		
		ÁREA	1	
	OTRO PERSONAL FACULTATIVO	ODONTÓLOGOS		
		ODONTOESTOMATÓLOGOS		5
		FARMACÉUTICOS		1
		TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA		
MIR		21		
SANITARIOS NO FACULTATIVOS	ENFERMERO DE E.A.P.		68	
	ENFERMERO DE MODELO TRADICIONAL		2	
	ENFERMERO DE URGENCIAS		15	
	MATRONAS DE ÁREA		6	
	MATRONAS DE MODELO TRADICIONAL			
	FISIOTERAPEUTAS DE ÁREA		5	
	HIGIENISTAS DENTALES		4	
	AUXILIARES DE ENFERMERIA E.A.P.		12	
	AUXILIARES DE ENFERMERIA MOD. TRADICIONAL			
NO SANITARIO	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO A	1	
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO B	3	
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO C	3	
	FUNCION ADMINISTRATIVA	GRUPO D	47	
	OTRO PERSONAL	GRUPO A	1	
	OTRO PERSONAL	GRUPO B	1	
	OTRO PERSONAL	GRUPO D		
	OTRO PERSONAL	GRUPO E	25	
TOTAL			341	

## **52.2- INFORMATIZACIÓN:**

### **52.2.1- Recursos:**

Vivimos unos momentos en los que existe una importante contribución de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en nuestra sociedad y, en particular, en los aspectos relacionados con la salud y el bienestar de las personas. No en vano, nos encontramos en el tercer milenio y en el seno de lo que se ha dado en denominar la “Sociedad de la información”, precisamente por la amplia presencia de estas tecnologías en todos los campos de nuestra actividad<sup>(7)</sup>.

El Servicio Murciano de Salud ha asumido el papel fundamental que juegan las nuevas tecnologías de la información para responder al compromiso de prestar una atención sanitaria de calidad basada en los principios fundamentales de: cobertura universal, equidad en el acceso, eficacia en la producción de salud y eficiencia en la utilización de los recursos. Por ello, lleva apostando decididamente por la incorporación de las nuevas tecnologías en todos sus centros.

Con el desarrollo de la Telemedicina, con la aplicación de la informática y las telecomunicaciones a la sanidad, estamos logrando un doble objetivo:

- Acercar la sanidad al individuo, dándole mayor calidad sanitaria donde se encuentre y reduciendo las dificultades para el acceso a los servicios sanitarios.
- Favorecer la continuidad de la atención entre los niveles asistenciales y reduciendo los condicionantes administrativos que muchas veces dificultan la prestación de una atención más ágil, y con ello potenciamos la eficiencia del sistema.

Seguidamente vamos a hacer un breve repaso sobre la evolución que está teniendo la informatización en nuestra Región.

La informatización de las distintas Áreas de Salud ha ido siendo paulatina pero constante. Comenzó en alguna de las Áreas de la Comunidad ya en el año 1990. Así en el Área de Cartagena se empezó con ordenadores 386 y con la instalación de la aplicación de SICAP, con las funcionalidades de citas, cumplimentación de episodios médicos, crónicos y explotación de datos fundamentalmente. Durante el año 1995 se montó una red local con cable en todos los Centros de Salud cabecera y algunos consultorios. En este momento ya se usaban procesadores 486 con 8 Mb de memoria RAM y con aplicación SICAP.

En la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena se realizó e implementó una aplicación integrada en el SICAP con las siguientes funcionalidades:

- Creación por parte del médico e impresión en administración de los Carnés de largo tratamiento (CLT).
- Creación por parte del médico e impresión en administración de los partes de Incapacidad Temporal (IT), con la elaboración automática de las estadísticas para Inspección y Gerencia.

En los años 1996-1997 se dotó a los Centros de Salud de un terminal TAIR por médico y varios de ellos para la zona administrativa y un PC por centro para la descarga de los datos capturados con el terminal para la explotación estadística de los mismos.

El Sistema de Tarjeta Sanitaria se cambió en su totalidad en las Gerencias en octubre de 1999 montando un nuevo Sistema operativo y base de datos. El módulo de Tarjeta Sanitaria en los Centros de Salud se instaló a principios del año 2000, permitiendo que transmitieran directamente desde el Centro de Salud los diferentes formularios de tarjeta sanitaria y evitando de esta forma el envío en papel a la Gerencia para su validación.

A partir de 1998 se empezaron a informatizar completamente las Áreas administrativas y Asistenciales – nunca parcialmente – en los Centros de Salud y sustituyendo todos los ordenadores a procesadores Pentium y sistema operativo Windows 95 o 98. Así en septiembre de 1998 se instaló la

aplicación de OMI-AP de gestión integral de Centros de Salud, para la informatización del Área Administrativa y Asistencial.

Actualmente el Servicio Murciano de Salud tiende a la realización de informatizar toda la Zona de Salud, incluyendo sus consultorios periféricos, a través de conexión remota *utilizando Windows 2000 terminal Server*.

Actualmente el % de población en zonas con OMI-AP cubierta por aplicativo (centros de cabecera) es del 85 % y el total de población informatizada con OMI-AP es del 63.80 %. Como vemos existe un alto porcentaje de informatización en nuestras Áreas Sanitarias, lo que redundará en una mejora de la optimización de nuestros recursos para una mejor eficiencia del sistema.

A continuación vamos a ver las distintas fechas de implantación por Áreas, así como el organismo que se encargó de su montaje:

**Tabla 52.2.1:**

**GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA**

<b>GAP</b>	<b>CENTRO</b>	<b>FECHA</b>	<b>MONTAJE</b>
CARTAGENA	C. S. Bº DE PERAL	sep-98	INSALUD
CARTAGENA	CARTAGENA OESTE	ene-99	INSALUD
CARTAGENA	CARTAGENA ESTE	ene-99	INSALUD
CARTAGENA	FUENTE ALAMO	feb-99	CONSEJERÍA
CARTAGENA	LOS BARREROS	mar-99	CONSEJERÍA
CARTAGENA	S. PEDRO	may-99	CONSEJERÍA
CARTAGENA	SAN ANTON	ene-00	CONSEJERÍA
CARTAGENA	LA UNION	feb-00	CONSEJERÍA
CARTAGENA	STA. LUCIA	mar-00	CONSEJERÍA
CARTAGENA	LA MANGA	mar-00	CONSEJERÍA
CARTAGENA	LOS DOLORES	abr-00	INSALUD
CARTAGENA	MAZARRON	abr-00	INSALUD
CARTAGENA	S. JAVIER	oct-00	CONSEJERÍA
CARTAGENA	MAR MENOR	may-01	INSALUD
CARTAGENA	TORRE PACHECO	may-01	INSALUD
CARTAGENA	CARTAGENA CASCO	feb-02	INSALUD
CARTAGENA	MOLINOS MARFAGONES	feb-02	INSALUD
CARTAGENA	LOS ALCAZARES	A LO LARGO DEL 2002	CONSEJERÍA
CARTAGENA	POZO ESTRECHO	A LO LARGO DEL 2002	CONSEJERÍA

Fuentes: Información obtenida de la GAP de Cartagena.

Tabla 52.2.2:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA			
GAP	CENTRO	FECHA	MONTAJE
MURCIA	Acantarilla-Sangonera	dic-98	INSALUD
MURCIA	Murcia-Infante	dic-98	INSALUD
MURCIA	Cieza	dic-98	INSALUD
MURCIA	Molina la Consolación	dic-98	INSALUD
MURCIA	Beniel	feb-99	CONSEJERIA
MURCIA	Abarán	jun-99	INSALUD
MURCIA	Bullas	oct-99	INSALUD
MURCIA	El Palmar	nov-99	INSALUD
MURCIA	Caravaca	nov-99	INSALUD
MURCIA	Santa María de Gracia	feb-00	CONSEJERIA
MURCIA	Vistabella	feb-00	CONSEJERIA
MURCIA	Murcia-Barrio del Carmen	feb-00	CONSEJERIA
MURCIA	Espinardo	feb-00	CONSEJERIA
MURCIA	Benijan	mar-00	INSALUD
MURCIA	Vistalegre	mar-00	INSALUD
MURCIA	Moratalla	mar-00	INSALUD
MURCIA	Yecla	mar-00	INSALUD
MURCIA	Cehegin	mar-00	INSALUD
MURCIA	Jumilla	mar-00	CONSEJERIA
MURCIA	Sangonera la Verde	jun-01	INSALUD
MURCIA	Yecla-Oeste	jun-01	CONSEJERIA
MURCIA	Alcantarilla Casco	oct-01	CONSEJERIA
MURCIA	Mu-San Andres	dic-01	INSALUD
MURCIA	Mu-Centro	dic-01	INSALUD
MURCIA	Molina Antonio Garcia	dic-01	INSALUD
MURCIA	Santomera	dic-01	INSALUD
MURCIA	Archena	abr-02	CONSEJERIA

Fuentes: Información obtenida de la GAP de Murcia.

Tabla 52.2.3:

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LORCA			
GAP	CENTRO	FECHA	MONTAJE
LORCA	Lorca Sur	dic-98	INSALUD
LORCA	Totana	dic-98	INSALUD
LORCA	Aguilas Sur	dic-99	INSALUD
LORCA	Aguilas Norte	dic-99	INSALUD
LORCA	Puerto Lumbreras	dic-00	INSALUD
LORCA	Lorca Centro	A LO LARGO DEL 2002	

Fuentes: Información obtenida de la GAP de Lorca.

### **52.2.2- Uso de la aplicación<sup>(8)</sup>:**

En la actualidad tenemos un alto índice de uso de la aplicación de OMI-AP en nuestra Comunidad. Si analizamos los indicadores de uso informático observamos:

#### *52.2.2.1- Población de TSI con algún apunte informático:*

La media actual en el resto del Territorio del antiguo Insalud está en las 13.638 TSI, en el año 2001, con algún apunte informático. El Área de Cartagena ronda la cifra media de 10.656 TSI, cosa que no está nada mal teniendo en cuenta que tenemos Equipos que todavía son jóvenes en el aplicativo. Estas cifras con respecto al año 2000-2001 han supuesto un aumento del 39 %.

#### *52.2.2.2- Episodios abiertos los últimos 12 meses:*

Se ha tenido un aumento del 39 % también con respecto al año 2000 en el número de episodios abiertos en los últimos 12 meses. Presentamos cifras muy semejantes con respecto a la media del resto del antiguo Territorio Insalud (26.307) y Cartagena (25.041).

#### *52.2.2.3- % de uso informático en el 2001:*

En la actualidad presentamos cifras del 70-75 % de uso de la aplicación en nuestras Áreas de Salud, cifras que consideramos son bastante altas, lo que nos llega a pensar que tenemos bastante introducida la cultura informática entre nuestros profesionales y ésta sería una buena base para seguir profundizando en la elaboración de nuevos sistemas de información, para una mejora de nuestra actividad clínica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000.
- (2) Memoria 2000. Dirección Territorial de Murcia.
- (3) Contrato de Gestión 2002.
- (4) Información obtenida de la GAP de Cartagena. 2002
- (5) Información obtenida de la GAP de Murcia. 2002
- (6) Información obtenida de la GAP de Lorca. 2002
- (7) Plan de telemedicina del Insalud. Madrid 2000.
- (8) Informe sobre Indicadores de Uso del Sistema Informático. Madrid. 2001.

## 53. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

José Gómez Marín<sup>1</sup>..

Ignacio Anza<sup>2</sup>.

Joaquín Palomar Rodríguez<sup>3</sup>.

Adelia Más Castillo<sup>3</sup>.

Pedro Pozo Martínez<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Gerencia de Atención Primaria de Lorca

<sup>2</sup> Gerencia de Atención Primaria Lorca.

<sup>3</sup> Servicio de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

<sup>4</sup> Director Médico Hospital Comarcal del Noroeste de la R. de Murcia.

La accesibilidad geográfica a los servicios representa el tiempo que emplea una persona en recorrer la distancia que la separa de los dispositivos de asistencia sanitaria. Este tiempo depende de la organización territorial de los servicios, de las características de la red de comunicaciones y de los medios de desplazamiento empleados por la población y debe disminuir progresivamente.

La accesibilidad se mide con la crona, que representa la estimación del tiempo máximo invertido por la población de referencia en desplazarse hasta los servicios asistenciales .

En los últimos 6 años se ha producido un reducción significativa de la crona para el acceso a los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Murcia, así:

En los servicios de Medicina de Familia y Enfermería, en 2002 el 100% (98.44 en 1996) de la población residente en núcleos mayores de 100 habitantes emplea menos de 30 minutos en llegar al Centro de Salud o Consultorio Local, el 86.5% ( 79.96 en 1996) lo hace en menos de 20 minutos, y el 86.9% se considera que puede hacerlo a pie. (Tablas 53.1, 53.2 y 53.3). Destacar que en las Áreas III y IV el 100% tienen una crona igual o menor de 15 minutos

TABLA 53.1 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE FAMILIA Y ENFERMERÍA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 2002.

AREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30	A Pie
I MURCIA	437809	16,10%	20,87%	26,69%	16,76%	14,28%	5,30%	0,00%	88,47%
II CARTAGENA	296773	37,42%	8,62%	18,58%	32,22%	3,16%	0,00%	0,00%	87,91%
III LORCA	135528	23,19%	21,04%	8,80%	46,97%	0,00%	0,00%	0,00%	85,45%
IV NOROESTE	64286	14,11%	0,46%	0,00%	66,08%	0,00%	19,36%	0,00%	98,03%
V ALTIPLANO	53905	0,78%	0,50%	1,69%	0,22%	0,00%	96,81%	0,00%	96,78%
VI VEGA DEL SEGURA	156908	13,58%	14,18%	43,11%	29,13%	0,00%	0,00%	0,00%	73,97%
REGION DE MURCIA	1145209	21,29%	14,69%	22,05%	28,03%	6,28%	7,67%	0,00%	86,91%

Fuente: Actualización del inventario de recursos de A.P.S. de la Región de Murcia. Accesibilidad. Anza Aguirrezabala, I. G.A.P. De Lorca

TABLA 53.2 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y ENFERMERÍA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996.

AREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	411661	23,80%	20,65%	15,83%	20,06%	10,18%	9,48%	0,00%
II CARTAGENA	251837	34,73%	7,37%	24,94%	26,89%	2,92%	3,15%	0,00%
III LORCA	122225	19,13%	19,15%	15,01%	14,78%	12,43%	19,50%	0,00%
IV NOROESTE	62640	15,03%	2,46%	0,00%	24,55%	0,00%	31,83%	26,12%
V ALTIPLANO	47454	0,91%	0,39%	0,24%	0,91%	1,05%	96,50%	0,00%
VI VEGA DEL SEGURA	149784	19,17%	10,47%	39,28%	31,08%	0,00%	0,00%	0,00%
REGION DE MURCIA	1045601	23,66%	13,81%	19,63%	22,86%	6,21%	12,27%	1,56%

Fuente: Palomar, J; Más, A; Parra, P; Rodríguez, M.P. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la Región de Murcia. Atención Primaria. 1996; 17 (4): 507-511

TABLA 53.3 DIFERENCIAS DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE FAMILIA Y ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996

ÁREAS DE	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I PRIMARIA	411661	-7,70%	0,22%	10,86%	-3,30%	4,10%	-4,18%	0,00%
II MURCIA	251837	2,69%	1,25%	-6,36%	5,33%	0,24%	-3,15%	0,00%
III MASTAGENA	122225	4,06%	1,89%	-6,21%	32,19%	-12,43%	-19,50%	0,00%
IV VEGA	62640	-0,92%	-2,00%	0,00%	41,53%	0,00%	-12,47%	-26,12%
V ALTIPLANO	47454	-0,13%	0,11%	1,45%	-0,69%	-1,05%	0,31%	0,00%
VI VEGA DEL	149784	-5,59%	3,71%	3,83%	-1,95%	0,00%	0,00%	0,00%
REGIÓN DE	1045601	-2,37%	0,88%	2,42%	5,17%	0,07%	-4,60%	-1,56%

(Diferencia = valores 2002 - valores 1996)

Para la Atención Urgente el 99.99% (99.53% en 1996) de la población evaluada lo hace en menos de 30 minutos y el 92.86% (90.94% en 1996) en menos de 20 minutos. Por Áreas de Salud el 9.22% de los habitantes del Área III y el 19.36% de los del Área IV emplean para sus desplazamientos entre 26 y 30 minutos. (Tablas 53.4, 53.5 y 53.6).

TABLA 53.4 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA

ÁREAS DE	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I PRIMARIA	437809	30,52%	27,38%	20,84%	11,47%	6,05%	3,74%	0,00%
II MURCIA	296773	17,71%	41,04%	18,45%	19,11%	3,39%	0,29%	0,00%
III MASTAGENA	135528	3,35%	33,68%	14,11%	38,96%	0,68%	9,22%	0,00%
IV VEGA	64286	2,79%	5,30%	3,95%	66,58%	1,81%	19,36%	0,21%
V ALTIPLANO	53905	97,02%	0,50%	1,69%	0,22%	0,27%	0,30%	0,00%
VI VEGA DEL	156908	40,15%	16,99%	27,60%	14,96%	0,14%	0,17%	0,00%
REGIÓN DE	1145209	26,88%	27,74%	18,50%	19,75%	3,41%	3,72%	0,01%

Fuente: Actualización del inventario de recursos de A.P.S. de la Región de Murcia. Accesibilidad. Anza Aguirrezabala, I. G.A.P. De

TABLA 53.5 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA

ÁREAS DE	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I PRIMARIA	411661	30,03%	33,11%	17,38%	13,86%	1,36%	3,33%	0,93%
II MURCIA	251837	9,75%	39,70%	24,51%	19,11%	3,50%	3,35%	0,08%
III MASTAGENA	122225	15,89%	12,65%	20,03%	18,38%	12,52%	20,45%	0,09%
IV VEGA	62640	51,08%	6,07%	6,31%	16,38%	0,00%	18,89%	1,24%
V ALTIPLANO	47454	96,96%	0,39%	0,24%	0,91%	1,49%	0,00%	0,00%
VI VEGA DEL	149784	57,11%	17,01%	21,14%	4,41%	0,14%	0,20%	0,00%
REGIÓN DE	1045601	31,68%	26,89%	18,51%	13,86%	2,93%	5,66%	0,47%

Fuente: Palomar, J; Más, A; Parra, P; Rodríguez, M.P. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la Región de Murcia.

Primaria. 1996; 17 (4): 507-511

TABLA 53.6 DIFERENCIAS DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996 -

ÁREAS DE	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I PRIMARIA	411661	0,49%	-5,73%	3,46%	-2,39%	4,69%	0,41%	-0,93%
II MURCIA	251837	7,96%	1,34%	-6,06%	0,00%	-0,11%	-3,06%	-0,08%
III MASTAGENA	122225	-12,54%	21,03%	-5,92%	20,58%	-11,84%	-11,23%	-0,09%
IV VEGA	62640	-48,29%	-0,77%	-2,36%	50,20%	1,81%	0,47%	-1,03%
V ALTIPLANO	47454	0,06%	0,11%	1,45%	-0,69%	-1,22%	0,30%	0,00%
VI VEGA DEL	149784	-16,96%	-0,02%	6,46%	10,55%	0,00%	-0,03%	0,00%
REGIÓN DE	1045601	-4,80%	0,85%	-0,01%	5,89%	0,48%	-1,94%	-0,46%

(Diferencia = valores 2002 - valores 1996)

A las Unidades de Fisioterapia accede el 98.6% (91.3% en 1996) de la población en menos de 30 minutos y el 84.43% (49.5% en 1996) lo hace en menos de 20 minutos. El 96.81% de la población del Área V precisa entre 26 y 30 minutos para acceder al servicio de fisioterapia, pero lo hace caminando. (Tablas 53.7, 53.8 y 53.9).

TABLA 53.7 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 2002

ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	437809	19,95%	22,79%	32,78%	11,83%	5,30%	5,30%	2,05%
II CARTAGENA	296773	17,94%	28,88%	17,08%	28,09%	5,98%	1,85%	0,18%
III LORCA	135528	1,84%	38,50%	7,37%	38,56%	2,32%	9,91%	1,50%
IV NOROESTE	64286	0,00%	20,15%	29,04%	29,77%	3,11%	14,94%	3,00%
V ALTIPLANO	53905	0,51%	0,50%	1,69%	0,22%	0,27%	96,81%	0,00%
VI VEGA DEL SEGURA	156908	3,79%	11,74%	33,96%	41,12%	0,94%	6,76%	1,68%
REGIÓN DE MURCIA	1145209	13,04%	23,51%	24,19%	23,68%	4,17%	10,00%	1,40%

Fuente: Actualización del inventario de recursos de A.P.S. de la Región de Murcia. Accesibilidad. Anza Aguirrezabala, I. G.A.P. De Murcia

TABLA 53.8 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996

ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	411661	3,76%	17,47%	30,24%	30,24%	5,26%	5,33%	7,70%
II CARTAGENA	251837	5,48%	35,10%	18,30%	30,22%	3,31%	4,89%	2,69%
III LORCA	122225	11,41%	20,69%	15,78%	24,63%	1,92%	20,75%	4,79%
IV NOROESTE	62640	0,00%	18,68%	15,36%	5,27%	13,79%	16,58%	30,32%
V ALTIPLANO	47454	0,46%	0,38%	0,24%	0,91%	1,48%	96,50%	0,00%
VI VEGA DEL SEGURA	149784	0,00%	1,81%	30,36%	25,39%	16,22%	5,84%	20,37%
REGIÓN DE MURCIA	1045601	4,16%	19,15%	23,44%	26,06%	6,31%	11,91%	8,97%

Fuente: Palomar, J; Más, A; Parra, P; Rodríguez, M.P. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la Región de Murcia. Atención Primaria; 17 (4): 507-511

TABLA 53.9 DIFERENCIAS DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996 - 2002

ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	411661	16,19%	5,32%	2,54%	-18,41%	0,04%	-0,03%	-5,65%
II CARTAGENA	251837	12,46%	-6,22%	-1,22%	-2,13%	2,67%	-3,04%	-2,51%
III LORCA	122225	-9,57%	17,81%	-8,41%	13,93%	0,40%	-10,84%	-3,29%
IV NOROESTE	62640	0,00%	1,47%	13,68%	24,50%	-10,68%	-1,64%	-27,32%
V ALTIPLANO	47454	0,05%	0,12%	1,45%	-0,69%	-1,21%	0,31%	0,00%
VI VEGA DEL SEGURA	149784	3,79%	9,93%	3,60%	15,73%	-15,28%	0,92%	-18,69%
REGIÓN DE MURCIA	1045601	8,88%	4,36%	0,75%	-2,38%	-2,14%	-1,91%	-7,57%

(Diferencia = valores 2002 - valores 1996)

El 92.69% (81.64% en 1996) de la población accede a su hospital de referencia en menos de 30 minutos y el 82.71% (64.63% en 1996) lo hace en menos de 20 minutos.. El Área VI tiene al 29.89% (53.46% en 1996) de la población a más de 30 minutos. (Tablas 53.10, 53.11 y 53.12).

TABLA 53.10 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS HOSPITALES DE REFERENCIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 2002.

ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	437809	15,53%	40,04%	15,23%	16,58%	2,70%	8,50%	1,42%
II CARTAGENA	296773	28,78%	31,49%	15,24%	10,67%	2,21%	3,79%	7,82%
III LORCA	135528	10,51%	33,62%	7,52%	20,52%	2,03%	22,11%	3,69%
IV NOROESTE	64286	29,68%	18,66%	29,04%	46,12%	1,29%	0,40%	3,00%
V ALTIPLANO	53905	29,68%	18,66%	4,27%	3,90%	22,64%	20,33%	0,52%
VI VEGA DEL SEGURA	156908	0,00%	0,00%	23,95%	17,07%	13,15%	15,93%	29,89%
REGIÓN DE MURCIA	1145209	16,58%	28,94%	15,70%	16,76%	4,73%	9,98%	7,31%

Fuente: Actualización del inventario de recursos de A.P.S. de la Región de Murcia. Accesibilidad. Anza Aguirrezabala, I. G.A.P. De Murcia

TABLA 53.11 ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS HOSPITALES DE REFERENCIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996.

ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	411661	18,27%	20,62%	29,54%	17,62%	2,22%	2,45%	9,28%
II CARTAGENA	251837	27,14%	27,39%	14,79%	14,33%	5,82%	1,81%	8,72%
III LORCA	122225	10,52%	18,90%	14,32%	25,14%	2,43%	2,54%	26,15%
IV NOROESTE	62640	0,00%	18,68%	15,36%	5,27%	13,79%	16,58%	30,32%
V ALTIPLANO	47454	0,00%	0,00%	0,24%	0,39%	41,19%	56,63%	1,55%
VI VEGA DEL SEGURA	149784	0,00%	0,00%	0,00%	1,22%	39,62%	5,70%	53,46%
REGIÓN DE MURCIA	1045601	14,96%	18,04%	17,79%	13,84%	10,93%	6,08%	18,36%

Fuente: Palomar, J; Más, A; Parra, P; Rodríguez, M.P. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la Región de Murcia. Atención Primaria; 17 (4): 507-511

TABLA 53.12 DIFERENCIAS DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS HOSPITALES DE REFERENCIA POR ÁREA DE SALUD E INTERVALOS DE TIEMPO. REGIÓN DE MURCIA 1996 - 2002.

AREAS DE SALUD	POBLACIÓN	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
I MURCIA	411661	-2,74%	19,42%	-14,31%	-1,04%	0,48%	6,05%	-7,86%
II CARTAGENA	251837	1,64%	4,10%	0,45%	-3,66%	-3,61%	1,98%	-0,90%
III LORCA	122225	-0,01%	14,72%	-6,80%	-4,62%	-0,40%	19,57%	-22,46%
IV NOROESTE	62640	9,33%	-7,86%	13,68%	40,85%	-12,50%	-16,18%	-27,32%
V ALTIPLANO	47454	29,68%	18,66%	4,03%	3,51%	-18,55%	36,30%	-1,03%
VI VEGA DEL SEGURA	149784	0,00%	0,00%	23,95%	15,85%	-26,47%	10,23%	-23,57%
REGION DE MURCIA	1045601	1,62%	10,90%	-2,09%	2,92%	-6,20%	3,90%	-11,05%

(Diferencia = valores 2002 - valores1996)

Todos los hospitales de la red se encuentran conectados con el Hospital Virgen de la Arrixaca en su mayor parte por autovía a excepción del Hospital Virgen del Castillo de Yecla que de la distancia total al mencionado hospital (104 km.) solo hay 37 km. por autovía. (Tabla 53.13)

TABLA 53.13 DISTANCIA DESDE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA DE LAS DISTINTAS AREAS DE SALUD DE LA REGION DE MURCIA AL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA (HOSPITAL DE REFERENCIA REGIONAL)

HOSPITALES	Población	Km. Distancia Total	Km. Autovía	Km. Carretera
Hospital Comarcal del Noroeste de la R. de Murcia	Caravaca de la Cruz	73	69	4
Hospital Virgen del Castillo	Yecla	104	37	67
Hospital Los Arcos	Santiago de la Rivera	42	37	5
Hospital Nuestra Señora del Rossell	Cartagena	53	51	2
Hospital Rafael Méndez	Lorca	69	67	2
Hospital General Universitario	Murcia	6	4	2
Hospital Morales Meseguer	Murcia	6	4	2

Fuentes: GAE Area IV. GAP Lorca

Si tenemos en cuenta la población que cubre el Hospital Virgen del Castillo (53905 h. que representan el 4.71 % del total regional) se puede afirmar que el 95.29 % de la población atendida en hospitales de la Región de Murcia está comunicada directamente por autovía con el Hospital Virgen de la Arrixaca.

## **54. PERSONAL Y RATIOS.**

Francisco Agulló Roca<sup>1</sup>.

Juan Antonio Martínez Carrillo<sup>2</sup>.

---

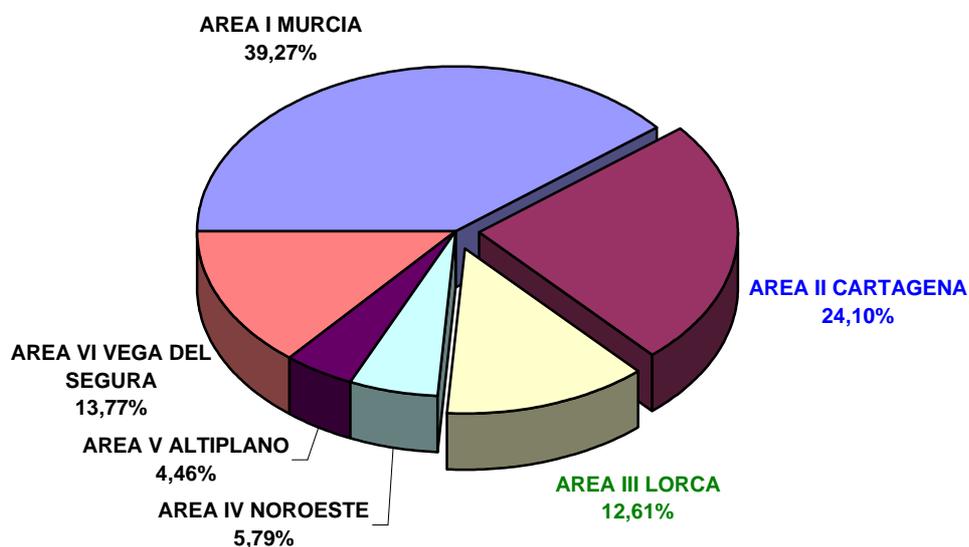
<sup>1</sup> Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

<sup>2</sup> Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Tomando como base las Resoluciones del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por las que modifica y aprueba las plantillas de las Gerencias de Atención Primaria de la Región de Murcia con efectos del día 1 de agosto de 2002, el personal que trabaja en el ámbito de la Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma asciende a 2.419 personas, de las cuales el 63,29 % lo hace en la Gerencia de Murcia y el 24,10 % y 12,61 % en la de Cartagena y Lorca, respectivamente. Su distribución por Áreas de Salud se recoge en la Tabla 54.1 y en la Gráfica 54.1. Del total de profesionales, el 36,92 % corresponde a personal sanitario no facultativo, el 35,55 % a personal facultativo, el 24,06 % a personal no sanitario y el resto (3,47 %) a personal de dirección, coordinación de Área y gestión. La distribución por gerencias según el tipo de personal se recoge en la Tabla 54.2.

<b>TABLA 54.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA POR AREAS DE SALUD</b>		
	<b>Nº PROFESIONALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AREA I MURCIA</b>	<b>950</b>	<b>39,27%</b>
<b>AREA II CARTAGENA</b>	<b>583</b>	<b>24,10%</b>
<b>AREA III LORCA</b>	<b>305</b>	<b>12,61%</b>
<b>AREA IV NOROESTE</b>	<b>140</b>	<b>5,79%</b>
<b>AREA V ALTIPLANO</b>	<b>108</b>	<b>4,46%</b>
<b>AREA VI VEGA DEL SEGURA</b>	<b>333</b>	<b>13,77%</b>
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>2.419</b>	<b>100,00%</b>

**GRAFICA 54.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA POR AREA DE SALUD**



**TABLA 54.2 DISTRIBUCIÓN POR GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PROFESIONALES SEGÚN EL TIPO DE PERSONAL**

TIPO DE PERSONAL	GAP MURCIA		GAP CARTAGENA		GAP LORCA		TOTAL	
	Nº PROFES.	PORC.	Nº PROFES.	PORC.	Nº PROFES.	PORC.	Nº PROFES.	PORC.
DIRECCIÓN, COORDINACIÓN AREAS y GESTIÓN	37	2,42%	30	5,15%	17	5,57%	84	3,47%
PERSONAL FACULTATIVO Médicos, Pediatras, Odont., Farmacéuticos, Téc. Salud Pública	543	35,47%	209	35,85%	108	35,41%	860	35,55%
PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO Enfermeros, Matronas, Fisiot. Hig. Dentales, Aux. Enf.	570	37,23%	214	36,71%	109	35,74%	893	36,92%
PERSONAL NO SANITARIO Función Advtos., Psicólogos, Trab. Social, Celadores, Conductores, Limpiadoras	381	24,89%	130	22,30%	71	23,28%	582	24,06%

Excluyendo por un lado a los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y por otro a aquellos que realizan su actividad en puestos de dirección, gestión y coordinación de Área y en las Gerencias, hay un Médico de Familia de Equipo de Atención

Primaria (EAP) o de cupo por cada 1.742 habitantes de la Región (tomando como población la de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria a 28 de diciembre de 2001), un Pediatra de EAP o cupo por cada 1.303 habitantes menores de 14 años de la Región, una Enfermera de EAP, apoyo o cupo por cada 1.931 habitantes, un Auxiliar de Enfermería por cada 11.642 habitantes, un Auxiliar Administrativo por cada 4.426 habitantes y un Celador por cada 18.479 habitantes. En cuanto a la distribución de éstos por Áreas de Salud (Tabla 54.3), observamos que en el caso de los Médicos de Familia de EAP o de cupo de las Áreas de Salud I y V hay un número de habitantes por profesional superior a la media de la Región (1 por cada 1.818 hab. y 1 por cada 1.916, respectivamente), teniendo el resto de Áreas un número de habitantes por profesional inferior a la media. Respecto a los Pediatras de EAP o de cupo, en todas las Áreas de Salud de la Región a excepción de la I, hay un número de habitantes por profesional superior a la media regional, siendo las tasas más desfavorables las de las Áreas V (1 por cada 1.457 hab.) y IV (1 por cada 1.443 hab.) En la categoría de enfermeras, las Áreas de Salud I, II y III presentan un número de habitantes por profesional superior a la media regional. Por último y considerando en su conjunto como personal de apoyo a los auxiliares de enfermería, a los auxiliares administrativos y a los celadores de los EAP (Tabla 54.4), las Áreas II, III, IV, V y VI presentan un número de habitantes por profesional de apoyo superior a la media de la Región (1 por cada 2.733 habitantes), siendo las tasas más desfavorables las de las Áreas IV y V con 1 / 2.968 y 1 / 2.934, respectivamente.

**TABLA 54.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LOS EAP POR AREAS DE SALUD Y TASAS POR PROFESIONAL**

	Nº Médicos Familia EAP y Cupo	POBLACIÓN ≥ 14 años	TASA Nº HABITANTES ≥ 14 años POR PROFESIONAL	Nº Pediatras EAP y CUPO	POBLACIÓN < 14 años	TASA Nº HABITANTES < 14 años POR PROFESIONAL	Nº Enfermeros EAP y CUPO	POBLACIÓN TOTAL	TASA Nº HABITANTES TOTALES POR PROFESIONAL
<b>AREA I MURCIA</b>	<b>208</b>	<b>378.113</b>	1.818	<b>58</b>	<b>70.719</b>	1.219	<b>219</b>	<b>448.832</b>	2.049
<b>AREA II CARTAGENA</b>	<b>139</b>	<b>241.156</b>	1.735	<b>36</b>	<b>48.425</b>	1.345	<b>148</b>	<b>289.581</b>	1.957
<b>AREA III LORCA</b>	<b>72</b>	<b>120.791</b>	1.678	<b>18</b>	<b>24.531</b>	1.363	<b>70</b>	<b>145.322</b>	2.076
<b>AREA IV NOROESTE</b>	<b>37</b>	<b>55.200</b>	1.492	<b>7</b>	<b>10.100</b>	1.443	<b>43</b>	<b>65.300</b>	1.519
<b>AREA V ALTIPLANO</b>	<b>23</b>	<b>44.073</b>	1.916	<b>6</b>	<b>8.742</b>	1.457	<b>30</b>	<b>52.815</b>	1.761
<b>AREA VI VEGA DEL SEGURA</b>	<b>81</b>	<b>135.915</b>	1.678	<b>20</b>	<b>26.411</b>	1.321	<b>93</b>	<b>162.326</b>	1.745
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>560</b>	<b>975.248</b>	1.742	<b>145</b>	<b>188.928</b>	1.303	<b>603</b>	<b>1.164.176</b>	1.931

**TABLA 54.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE APOYO DE LOS EAP POR AREAS DE SALUD Y TASAS POR PROFESIONAL**

	Aux. Enferm.	Aux. Administ.	Celadores	TOTAL PERSONAL APOYO	POBLACIÓN TOTAL	TASA Nº HABITANTES POR PROFESIONAL
<b>AREA I MURCIA</b>	<b>49</b>	<b>106</b>	<b>18</b>	<b>173</b>	<b>448.832</b>	<b>2.594</b>
<b>AREA II CARTAGENA</b>	<b>21</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>105</b>	<b>289.581</b>	<b>2.758</b>
<b>AREA III LORCA</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>145.322</b>	<b>2.849</b>
<b>AREA IV NOROESTE</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>65.300</b>	<b>2.968</b>
<b>AREA V ALTIPLANO</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>52.815</b>	<b>2.934</b>
<b>AREA VI VEGA DEL SEGURA</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>57</b>	<b>162.326</b>	<b>2.848</b>
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>100</b>	<b>263</b>	<b>63</b>	<b>426</b>	<b>1.164.176</b>	<b>2.733</b>

*Leyenda: Poblaciones según Base de Datos de Tarjeta Sanitaria a fecha 28/12/2001*

A pesar del progresivo desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria en la Región, que se inició en el año 1985 con la creación de los primeros EAP, y que ha llevado a la integración progresiva en dichos Equipos de la mayoría de los profesionales del modelo tradicional (médicos, pediatras y enfermeros de cupo, zona o APD), a fecha 1 de agosto de 2002, todavía existen en la Región y en el ámbito de la Atención Primaria 37 Médicos de Familia de cupo o APD no integrados, 10 Pediatras de cupo y 7 Enfermeras de modelo tradicional, lo que representa un 6,61 % de los Médicos de Familia, un 6,90 % de los Pediatras y un 1,16 % de las Enfermeras de la Región. Su distribución por Áreas de Salud se recoge en la Tabla 54.5.

**TABLA 54.5 DISTRIBUCIÓN POR AREAS DE SALUD DEL PERSONAL PERTENECIENTE A MODELO TRADICIONAL**

	Médicos de Familia	Pediatras	Odontolestom.	Enfermeros	Matronas	TOTAL
AREA I MURCIA	15	7	5	4	3	34
AREA II CARTAGENA	3	2	3	2	0	10
AREA III LORCA	5	0	0	0	0	5
AREA IV NOROESTE	1	0	0	0	0	1
AREA V ALTIPLANO	4	0	0	1	0	5
AREA VI VEGA DEL SEGURA	9	1	0	0	1	11
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>66</b>

En los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) trabajan un total de 341 personas, de las cuales 118 son Médicos de SUAP, 98 son Enfermeros de SUAP, 85 Celadores de SUAP y 40 Conductores de SUAP. La distribución de éstos por Áreas de Salud se recoge en la Tabla 54.6.

**TABLA 54.6 DISTRIBUCIÓN POR AREAS DE SALUD DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)**

	Médicos SUAP	Enfermeros SUAP	Conductor SUAP	Celador SUAP	TOTAL
AREA I MURCIA	45	33	33	28	139
AREA II CARTAGENA	24	20	0	17	61
AREA III LORCA	12	12	0	12	36
AREA IV NOROESTE	8	8	0	6	22
AREA V ALTIPLANO	8	8	0	7	23
AREA VI VEGA DEL SEGURA	21	17	7	15	60
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>118</b>	<b>98</b>	<b>40</b>	<b>85</b>	<b>341</b>

En relación con las Unidades de apoyo, en la Región hay 30 Odontostomatólogos, con una tasa de 1 por cada 38.806 habitantes, existiendo entre éstos 8 Odontólogos de cupo (26,67 % del total), teniendo las Áreas de Salud V y VI un número de habitantes por odontostomatólogo superior a la media de la Región. En cuanto a las Matronas hay 47 en la Región, con una tasa de 1 por cada 10.511 mujeres mayores de 14 años y existiendo entre ellas 4 Matronas de cupo. Las Áreas de Salud I, II y V tienen un número de mujeres mayores de 14 años por Matrona superior a la media regional. Hay 26 fisioterapeutas de Atención Primaria, con una tasa de 1 por cada 44.776 habitantes, con tasas superiores a la media en las Áreas de Salud I, IV, V y VI. Por último hay 16 Trabajadores Sociales, 1 por cada 74.805 habitantes, con tasas superiores a la media regional en las Áreas de Salud I y III (1 / 74.805 hab. y 1 / 145.322 hab.). La distribución de los profesionales de las Unidades de Apoyo por Áreas de Salud se recoge en la Tabla 54.7.

**TABLA 54.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE APOYO POR AREAS DE SALUD Y TASAS POR PROFESIONAL**

	Nº Odontostomatólogos	POBLACIÓN TOTAL	TASA Nº HABITANTES POR PROFESIONAL	Nº Matronas	Mujeres > 14 años	TASA Nº HABITANTES POR PROFESIONAL	Nº Fisioterapeutas	POBLACIÓN TOTAL	TASA Nº HABITANTES POR PROFESIONAL	Nº Trabajadores Sociales	POBLACIÓN TOTAL	TASA Nº HABITANTES POR PROFESIONAL
<b>AREA I MURCIA</b>	12	448.832	37.403	18	194.834	10.824	7	448.832	64.119	6	448.832	74.805
<b>AREA II CARTAGENA</b>	8	289.581	36.198	11	120.073	10.916	9	289.581	32.176	4	289.581	72.395
<b>AREA III LORCA</b>	5	145.322	29.064	6	60.370	10.062	5	145.322	29.064	1	145.322	145.322
<b>AREA IV NOROESTE</b>	2	65.300	32.650	3	27.761	9.254	1	65.300	65.300	1	65.300	65.300
<b>AREA V ALTIPLANO</b>	1	52.815	52.815	2	22.141	11.071	1	52.815	52.815	1	52.815	52.815
<b>AREA VI VEGA DEL SEGURA</b>	2	162.326	81.163	7	68.825	9.832	3	162.326	54.109	3	162.326	54.109
<b>TOTAL AREAS</b>	<b>30</b>	<b>1.164.176</b>	<b>38.806</b>	<b>47</b>	<b>494.004</b>	<b>10.511</b>	<b>26</b>	<b>1.164.176</b>	<b>44.776</b>	<b>16</b>	<b>1.164.176</b>	<b>72.761</b>

Legenda: Poblaciones según Base de Datos de Tarjeta Sanitaria a fecha 28/12/2001

En la Gráfica 54.2 observamos la evolución temporal del personal que presta sus servicios en Equipos de Atención Primaria o Unidades de Apoyo, por categoría profesional, para Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos y Celadores, destacando la tendencia ascendente de los últimos años en todas ellas, salvo para la categoría de Celador que ha sufrido un ligero retroceso, imputable a la necesidad creciente en Atención Primaria de un personal de apoyo con un perfil más cercano al de Auxiliar Administrativo que al resto de las categorías profesionales que componen el denominado Personal de Apoyo.

GRAFICA 54.2 EVOLUCIÓN Nº PROFESIONALES

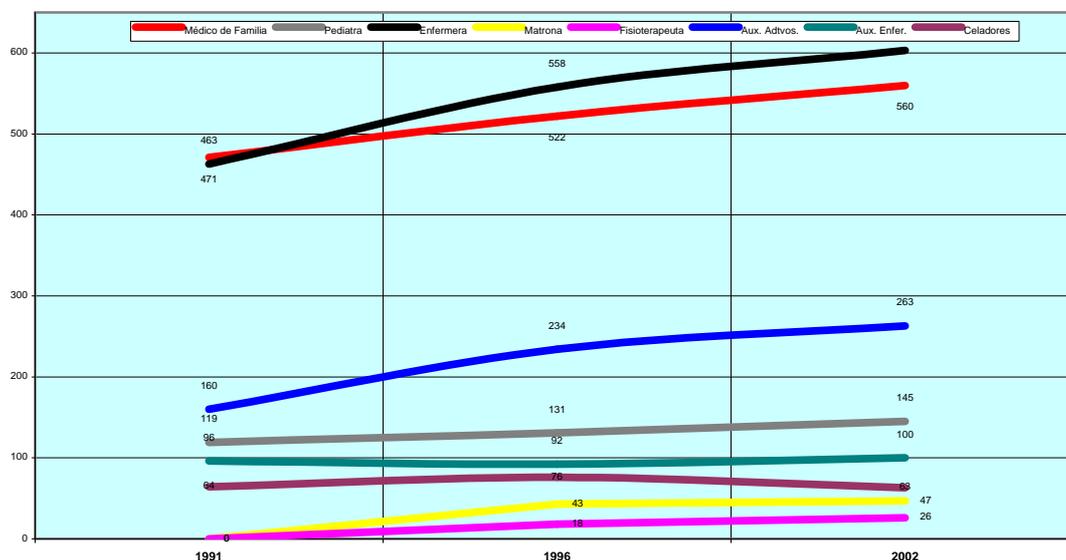


TABLA EVOLUCIÓN Nº PROFESIONALES EAP y CUPO

	Médico de Familia	Pediatra	Enfermera	Matrona	Fisioterapeuta	Aux. Advtos.	Aux. Enfer.	Celadores
1991	471	119	463	nd	nd	160	96	64
1996	522	131	558	43	18	234	92	76
2002	560	145	603	47	26	263	100	63

Fuentes: Años 1991 y 1996: Plan de Saldu de la Región de Murcia 1998-2000  
 Año 2002: Resolución Director Gerente SMS aprobación plantillas con efecto 1/8/2002

# **55.- CARTERA DE SERVICIOS E INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Alberto Javier Barragán Pérez.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud

## 55.1.- CARTERA DE SERVICIOS

### 55.1.1.-Introducción y Evolución Histórica

La Cartera de Servicios explicita parte del catálogo de prestaciones de Atención Primaria. Desde su inicial diseño por el Insalud, en 1991, ha sufrido diversas modificaciones en el número y definición de los servicios que la componen. Así, de los 55 servicios(1) que se relacionaban en su estructura inicial organizados en 10 grupos, las variaciones contempladas durante éstos años los han resumido en 38(2) (Tabla 55.1). El resto, han desaparecido de los últimos documentos de Cartera de Servicios y constituyen, por sí mismos, otros grupos de servicios relacionados con la Atención al Usuario, Gestoría y Tramitación de Prestaciones y Medios Diagnósticos.

A lo largo del periodo comprendido entre los años 1991 y 2001, la evolución(3) ha sido:

- 1991.- Primera relación de servicios y definición del término **cobertura**, que expresa el porcentaje de personas incluidas en un servicio respecto a la población susceptible de recibir dicho servicio, es decir, respecto a la población diana del servicio en cuestión.

- 1992.- Se comenzaron a definir (por grupos de trabajo interdisciplinarios de profesionales) las **Normas Técnicas** de cada servicio, que son criterios de correcta atención y, a partir de entonces, se diseñaron indicadores que permitieron conocer el grado de cumplimiento de las mismas.

- 1993.- Nueva relación de servicios y se concreta un documento que incluye las Normas Técnicas para cada uno. Se realiza el primer estudio de fiabilidad.

- 1994.- Se constituye un Grupo Básico y uno Técnico para la continua revisión de la Cartera de Servicios en sus aspectos estructural y metodológico.

- 1995.- Aparece una nueva relación de servicios.

- 1996.- Se incluye el servicio "Prevención y Detección de Problemas en el Anciano".

- 1997.- Se crea un nuevo grupo de trabajo constituido por representantes de las sociedades científicas que se enmarcan en el ámbito de la Atención Primaria. Propusieron la definición de criterios de evaluación de patologías agudas en el Niño (Infección Urinaria Aguda, Gastroenteritis Aguda, Procesos Traumatológicos, Dolor Abdominal e Infección Respiratoria Aguda) y en el Adulto

(Dolor Lumbar, Dolor Torácico, Dolor Abdominal, Síndrome Vertiginoso, Infección Respiratoria Aguda y Otitis Aguda).

- 1998.- La denominación del servicio "Información Sanitaria en la Escuela" que se dirigía a centros con escolarización entre los 6 y 14 años, fue sustituida en 1998 por "Educación para la Salud en Centros Educativos", ampliando la población diana a centros con escolarización entre los 6 y los 18 años. En éste mismo año, se incluyó en la Cartera el servicio "Atención a la Mujer en el Climaterio".

- 1999.- Se incluye el servicio "Cirugía Menor en Atención Primaria". También se modifican los criterios de inclusión referidos a las edades de los usuarios en los servicios "Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama" y "Atención a Pacientes Crónicos: Epec", que explican las grandes diferencias de coberturas existentes en éstos servicios entre los años 1998 y 1999. Así mismo se comienzan a definir protocolos sobre Planes de Cuidados Estandarizados.

- 2000.- Tras las pertinentes encuestas de opinión, se decide no incluir en las evaluaciones los criterios de patología aguda hasta la informatización completa de los sistemas de registro, dada la importante carga de trabajo que ocasiona.

- 2001.- Se comienza a definir el nuevo servicio de "Atención al Joven", que está previsto implantar para el año 2002.

La concepción de la Cartera de Servicios permite, desde su inicio, por su carácter dinámico y abierto a las sugerencias de los profesionales, la permanente actualización de sus contenidos. Ello ha sido posible gracias a las actividades de evaluación que, con periodicidad anual, se han venido sucediendo desde el año 1993 y a las aportaciones de los grupos de trabajo creados al efecto.

A pesar de la integralidad en la prestación de la mayoría de los servicios por las Unidades Clínico-Asistenciales (UCAS) dependientes de las Gerencias de Atención Primaria, algunos de ellos son considerados "exclusivos" de algunas de las UCAS. Así, el servicio "Prevención de la Caries Infantil" se considera responsabilidad de las Unidades de Salud Bucodental aunque para determinadas actividades (aplicación de flúor tópico y educación para la salud bucodental) cuentan con la colaboración de personal de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (UPPO) son las responsables de la prestación de los servicios "Preparación

al Parto" y "Visita en el Primer Mes de Postparto", pero contribuyen, también, en los servicios "Captación y Valoración de la Mujer Embarazada" y "Seguimiento de la Mujer Embarazada". Los servicios "Tratamientos Fisioterapéuticos" y "Tratamientos Psicoterapéuticos" dependen de las Unidades de Fisioterapia y de Salud Mental, respectivamente. El resto de servicios pueden considerarse en exclusiva de los EAP.

**TABLA 55.1.- CARTERA DE SERVICIOS CORRESPONDIENTE AL AÑO 2001**

<b>SERVICIOS</b>	
<b>ATENCIÓN AL NIÑO</b>	CONSULTA NIÑOS
	VACUNACIONES (0 - 14 a.)
	REVISIONES DEL NIÑO SANO (0 - 23 m.)
	REVISIONES DEL NIÑO SANO (2 - 5 a.)
	REVISIONES DEL NIÑO SANO (6 - 14 a.)
	EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS
	PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL
<b>ATENCIÓN A LA MUJER</b>	CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA
	SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA
	PREPARACION AL PARTO
	VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO
	INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
	VACUNACION DE LA RUBEOLA
	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE CERVIX
	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE ENDOMETRIO
	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE MAMA
	ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO
<b>ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO</b>	CONSULTA ADULTOS
	VACUNACION DE LA GRIPE
	MAYORES O IGUAL A 65 AÑOS
	MENORES DE 65 AÑOS
	VACUNACION DEL TETANOS
	VACUNACION DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO
	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS : HIPERTENSOS
	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS : DIABETICOS
	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS : EPOC
	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS : OBESOS
	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA
	ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH - SIDA
	EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETICOS
	EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: OTRAS PATOLOGIAS
	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS
	ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES
	ATENCIÓN AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL
	PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO
CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS BASICOS
	TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS

### **55.1.2.- Coberturas**

La oferta de la Cartera de Servicios es completa en las áreas geográficas que comprenden cada una de las tres Gerencias de Atención Primaria de la Región de Murcia, si bien no en todas las zonas de salud se prestan la totalidad de los servicios de la Cartera. Así, determinados servicios incluidos en los últimos años como ocurre, p. ej. con el de "Cirugía Menor" requieren de recursos y formación que, a pesar de su implantación progresiva, todavía no forman parte de la oferta de todos los EAP(4).

Los datos presentados respecto al número de personas incluidas y a población diana (en todos los servicios excepto en el de "Educación para la Salud en Centros Educativos" que se dirige a centros y no a usuarios) vienen dados en valor absoluto. Pero como las coberturas son expresadas en porcentaje, es preciso aclarar que un decremento en éste indicador no se corresponde siempre a una disminución de incluidos. En ocasiones, a pesar de un importante aumento de usuarios incluidos, la cobertura puede haber disminuido si la población diana ha experimentado un aumento mayor. Todas las cifras obtenidas son el resultado de las evaluaciones que cada una de las tres Gerencias ha realizado utilizando la Metodología(5) indicada por el Insalud.

El proceso de progresiva informatización de los sistemas de registro experimentado en los centros y consultorios dependientes de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca, explica algunas diferencias entre las coberturas obtenidas en 1997 y las obtenidas en 2001, por la necesaria depuración de los registros, no equiparando en todos los casos la disminución del número de registros (que es en definitiva a lo que se equipara la cobertura) con el número de personas incluidas en los servicios.

#### *55.1.2.1.- Servicios de Atención al Niño*

El eje lo constituyen los servicios de "Revisiones del Niño Sano" en los tres intervalos de edad a los que se dirigen (0 a 23 meses, 2 a 5 años y 6 a 14 años), así como las actividades desarrolladas en Consulta a Niños, Vacunaciones Infantiles de 0 a 14 años, Educación para la Salud

a Centros Educativos y Prevención de la Caries Infantil. Las coberturas de éstos servicios ya partían de cifras altas en 1997(6) (Tabla 55.2), sobre todo en el intervalo de 0 a 23 meses. La explicación de que éstas fueran superiores al 100% en las 3 Gerencias (Murcia, Cartagena y Lorca) en 1997 como en el año 2001 en las de Cartagena y Lorca (Tabla 55.3), es por el criterio de inclusión que define la Cartera, que permite incluir en éste servicio, también a los niños de hasta 35 meses. En la Gerencia de Murcia el número de niños incluidos en éste servicio ha permanecido estable. A nivel regional, se ha producido una disminución de cobertura durante el periodo 1997-2001 en los servicios de "Revisiones del Niño Sano de 2 a 5 años" (por disminución en las 3 Gerencias) y "de 6 a 14 años" (por la disminución en la Gerencia de Murcia)(7).

Las cifras de cobertura por Gerencia y Regionales en el servicio "Educación para la Salud en Centros Educativos" (Tablas 55.4 y 55.5) pueden considerarse adecuadas al tener en cuenta para su inclusión la demanda de los propios centros como requisito para su prestación(8) y que, en la mayoría de los casos, es imposible organizarlo dentro de la jornada laboral. No obstante, es de destacar la cobertura de la Gerencia de Lorca, cercana a la totalidad.

El incremento de los recursos destinados al Programa de Salud Bucodental, ha permitido obtener unas cifras de cobertura en el servicio "Prevención de la Caries Infantil" progresivamente mayores (Tablas 55.2 y 55.3).

**TABLA 55.2.- COBERTURAS ALCANZADAS EN EL AÑO 1997 POR EL CONJUNTO DE UNIDADES CLÍNICO ASISTENCIALES DEPENDIENTES DE CADA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EXPRESADAS EN VALOR ABSOLUTO Y PORCENTAJE.**

SERVICIOS	MURCIA			CARTAGENA			LORCA		
	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA
CONSULTA NIÑOS	75.139	120.889	62,16	36.339	27.009	134,54	16.277	13.015	125,06
VACUNACIONES (0 - 14 a.)	93.722	120.889	77,53	51.515	45.015	114,44	17.819	21.693	82,14
REVISIONES DEL NIÑO SANO (0 - 23 m.)	14.446	12.475	115,80	7.533	4.264	176,67	3.300	1.997	165,25
REVISIONES DEL NIÑO SANO (2 - 5 a.)	21.585	30.992	69,65	10.648	11.292	94,30	4.851	5.478	88,55
REVISIONES DEL NIÑO SANO (6 - 14 a.)	43.868	77.422	56,66	19.612	29.459	66,57	8.529	14.218	59,99
INFORMACION SANITARIA EN LA ESCUELA	46	664	6,93	49	125	39,20	57	57	100,00
PREVENCION DE LA CARIES INFANTIL	18.886	77.422	24,39	22.211	29.459	75,40	4.259	14.218	29,95
CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA	5.491	5.885	93,31	2.663	1.972	135,04	1.402	1.384	101,30
SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA	5.814	4.414	131,72	1.996	1.479	134,96	1.483	585	253,50
PREPARACION AL PARTO	3.475	5.885	59,05	1.326	1.972	67,24	543	487	111,50
VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO	3.860	5.885	65,59	1.267	1.972	64,25	739	756	97,75
INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	29.482	169.704	17,37	17.500	64.328	27,20	4.472	31.738	14,09
VACUNACION DE LA RUBEOLA	33.057	109.937	30,07	15.264	41.874	36,45	1.556	20.553	7,57
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE CERVIX	12.497	108.155	11,55	9.081	40.466	22,44	3.116	20.563	15,15
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE ENDOMETRIO	40.632	103.162	39,39	21.750	38.320	56,76	7.037	20.720	33,96
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	12.446	79.813	15,59	12.194	29.735	41,01	2.727	15.740	17,33
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO									
CONSULTA ADULTOS	249.981	526.009	47,52	140.746	119.685	117,60	48.283	61.515	78,49
VACUNACION DE LA GRIPE									
MAYORES O IGUAL A 65 AÑOS	54.603	95.267	57,32	21.889	34.988	62,56	10.746	20.012	53,70
MENORES DE 65 AÑOS	28.779	64.611	44,54	12.213	31.425	38,86	4.863	15.631	31,11
VACUNACION DEL TETANOS	146.522	526.009	27,86	58.242	199.475	29,20	6.964	102.526	6,79

VACUNACION DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO	6.095	6.838	89,13	4.451	4.890	91,03	441	2.050	21,51
PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	302.012	526.009	57,42	185.476	199.475	92,98	67.287	102.526	65,63
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERTENSOS	36.830	105.202	35,01	22.908	39.895	57,42	6.910	20.505	33,70
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : DIABETICOS	16.249	31.561	51,49	10.349	11.969	86,47	3.518	6.151	57,19
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : EPOC	3.602	19.313	18,65	3.079	15.958	19,29	748	8.202	9,12
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : OBESOS	5.176	63.121	8,20	9.800	15.958	61,41	1.777	8.202	21,67
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA	16.517	105.202	15,70	12.476	39.895	31,27	3.122	20.505	15,23
ATENCION A PACIENTES CON VIH - SIDA	296	1.578	18,76	283	598	47,29	56	307	18,24
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETICOS	901	31.561	2,85	1.674	11.969	13,99	204	6.151	3,32
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: OTRAS PATOLOGIAS	808	105.202	0,77	2.216	39.895	5,55	130	20.505	0,63
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	4.792	10.479	45,73	3.266	3.849	84,86	805	2.201	36,57
ATENCION A PACIENTES TERMINALES	582	1.294	44,98	349	489	71,37	103	248	41,53
ATENCION AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL	3.874	52.601	7,36	748	19.948	3,75	3.146	10.252	30,69
PREVENCION Y DETECCION DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	14.294	37.035	38,60	14.531	13.390	108,52	6.420	8.120	79,06
CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA									
TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS BASICOS	2.396	11.644	20,58	3.812	4.401	86,62	1.620	2.101	77,10
TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS	766			615			3.006		

Fuente: Evaluación anual realizada por las Gerencias de Atención Primaria.

			20,58			86,62			
--	--	--	-------	--	--	-------	--	--	--

**TABLA 55.3.- COBERTURAS ALCANZADAS EN EL AÑO 2001 POR EL CONJUNTO DE UNIDADES CLÍNICO ASISTENCIALES DEPENDIENTES DE CADA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EXPRESADAS EN VALOR ABSOLUTO Y PORCENTAJE.**

SERVICIOS	MURCIA			CARTAGENA			LORCA		
	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA
CONSULTA NIÑOS	98.778	124.371	79,42	42.388	35.129	120,67	18.348	16.985	108,02
VACUNACIONES (0 - 14 a.)	90.236	124.371	72,55	49.877	46.838	106,49	20.083	22.647	88,68
REVISIONES DEL NIÑO SANO (0 - 23 m.)	14.473	14.946	96,84	8.736	5.754	151,82	4.307	2.960	145,51
REVISIONES DEL NIÑO SANO (2 - 5 a.)	16.572	31.122	53,25	9.125	11.704	77,96	4.420	5.719	77,29
REVISIONES DEL NIÑO SANO (6 - 14 a.)	31.649	78.303	40,42	20.829	29.380	70,90	9.976	13.968	71,42
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	74	664	11,14	40	133	30,08	53	57	92,98
PREVENCION DE LA CARIES INFANTIL	33.543	78.303	42,84	31.078	29.380	105,78	9.198	13.968	65,85
CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA	7.338	7.473	98,19	3.206	2.877	111,44	1.801	1.480	121,69
SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA	7.269	5.605	129,69	2.622	2.158	121,52	1.714	1.110	154,41
PREPARACION AL PARTO	3.384	7.473	45,28	1.616	2.877	56,17	651	1.480	43,99
VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO	3.779	7.473	50,57	1.791	2.877	62,25	1.305	1.480	88,18
INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	37.629	187.621	20,06	31.699	72.307	43,84	8.904	35.532	25,06
VACUNACION DE LA RUBEOLA	31.245	115.927	26,95	22.195	44.883	49,45	6.078	22.323	27,23
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE CERVIX	23.629	122.209	19,33	14.068	46.395	30,32	5.319	22.918	23,21
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE ENDOMETRIO	41.603	113.043	36,80	29.296	41.839	70,02	10.897	22.386	48,68
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	32.191	50.515	63,73	14.155	18.901	74,89	5.762	9.709	59,35
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	8.470	33.877	25,00	5.983	12.639	47,34	3.049	6.673	45,69
CONSULTA ADULTOS	359.479	585.386	61,41	178.118	136.238	130,74	63.664	69.052	92,20
VACUNACION DE LA GRIPE									
MAYORES O IGUAL A 65 AÑOS	63.500	109.603	57,94	24.542	39.873	61,55	12.408	22.386	55,43
MENORES DE 65 AÑOS	31.439	90.023	34,92	12.002	35.104	34,19	4.898	17.302	28,31

VACUNACION DEL TETANOS	170.167	585.386	29,07	82.700	227.063	36,42	22.642	115.086	19,67
VACUNACION DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO	5.120	14.195	36,07	4.616	5.478	84,26	970	2.755	35,21
PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	201.893	585.386	34,49	182.994	227.063	80,59	71.043	115.086	61,73
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERTENSOS	52.460	117.077	44,81	30.352	45.413	66,84	8.149	23.017	35,40
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : DIABETICOS	25.289	35.123	72,00	14.691	13.624	107,83	4.115	6.905	59,59
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : EPOC	4.000	20.583	19,43	2.725	7.736	35,22	356	4.079	8,73
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : OBESOS	12.274	70.246	17,47	14.016	27.248	51,44	2.596	13.810	18,80
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA	23.224	117.077	19,84	20.129	45.413	44,32	3.577	23.017	15,54
ATENCION A PACIENTES CON VIH - SIDA	216	1.756	12,30	381	681	55,93	61	345	17,67
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETICOS	2.231	35.123	6,35	1.624	13.624	11,92	435	6.905	6,30
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: OTRAS PATOLOGIAS	3.559	117.077	3,04	2.837	45.413	6,25	383	23.017	1,66
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	6.169	12.056	51,17	3.341	4.386	76,20	898	2.462	36,47
ATENCION A PACIENTES TERMINALES	569	1.420	40,08	357	548	65,17	68	275	24,69
ATENCION AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL	1.595	58.539	2,72	1.425	22.706	6,28	301	11.509	2,62
PREVENCION Y DETECCION DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	12.652	46.382	27,28	8.831	16.455	53,67	3.101	9.918	31,27
CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA	1.500	9.582	15,65	2.555	3.698	69,10	78	1.859	4,19
TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS BASICOS	4.401	12.776	34,45	4.717	4.930	95,68	1.844	2.479	74,38
TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS	4.766			197			3.829		

Fuente: Evaluación anual realizada por las Gerencias de Atención Primaria.

**TABLA 55.4.- DIFERENCIAS EN LAS COBERTURAS ALCANZADAS ENTRE LOS AÑOS 1997 Y 2001 POR EL CONJUNTO DE UNIDADES CLÍNICO ASISTENCIALES DEPENDIENTES DE CADA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EXPRESADAS EN VALOR ABSOLUTO.**

SERVICIOS	MURCIA			CARTAGENA			LORCA		
	COBERTURA 1997	COBERTURA 2001	DIFERENCIA 2001-1997	COBERTURA 1997	COBERTURA 2001	DIFERENCIA 2001-1997	COBERTURA 1997	COBERTURA 2001	DIFERENCIA 2001-1997
CONSULTA NIÑOS	75.139	98.778	23.639	36.339	42.388	6.049	16.277	18.348	2.071
VACUNACIONES (0 - 14 a.)	93.722	90.236	-3.486	51.515	49.877	-1.638	17.819	20.083	2.264
REVISIONES DEL NIÑO SANO (0 - 23 m.)	14.446	14.473	27	7.533	8.736	1.203	3.300	4.307	1.007
REVISIONES DEL NIÑO SANO (2 - 5 a.)	21.585	16.572	-5.013	10.648	9.125	-1.523	4.851	4.420	-431
REVISIONES DEL NIÑO SANO (6 - 14 a.)	43.868	31.649	-12.219	19.612	20.829	1.217	8.529	9.976	1.447
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	46	74	28	49	40	-9	57	53	-4
CIÓN DE LA CARIES INFANTIL	18.886	33.543	14.657	22.211	31.078	8.867	4.259	9.198	4.939
CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA	5.491	7.338	1.847	2.663	3.206	543	1.402	1.801	399
SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA	5.814	7.269	1.455	1.996	2.622	626	1.483	1.714	231
PREPARACION AL PARTO	3.475	3.384	-91	1.326	1.616	290	543	651	108
VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO	3.860	3.779	-81	1.267	1.791	524	739	1.305	566
INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	29.482	37.629	8.147	17.500	31.699	14.199	4.472	8.904	4.432
VACUNACION DE LA RUBEOLA	33.057	31.245	-1.812	15.264	22.195	6.931	1.556	6.078	4.522
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE CERVIX	12.497	23.629	11.132	9.081	14.068	4.987	3.116	5.319	2.203
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE ENDOMETRIO	40.632	41.603	971	21.750	29.296	7.546	7.037	10.897	3.860
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	12.446	32.191	19.745	12.194	14.155	1.961	2.727	5.762	3.035
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO		8.470	8.470		5.983	5.983		3.049	3.049
CONSULTA ADULTOS	249.981	359.479	109.498	140.746	178.118	37.372	48.283	63.664	15.381
VACUNACION DE LA GRIPE									

MAYORES O IGUAL A 65 AÑOS	54.603	63.500	8.897	21.889	24.542	2.653	10.746	12.408	1.662
MENORES DE 65 AÑOS	28.779	31.439	2.660	12.213	12.002	-211	4.863	4.898	35
VACUNACION DEL TETANOS	146.522	170.167	23.645	58.242	82.700	24.458	6.964	22.642	15.678
VACUNACION DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO	6.095	5.120	-975	4.451	4.616	165	441	970	529
PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	302.012	201.893	-100.119	185.476	182.994	-2.482	67.287	71.043	3.756
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERTENSOS	36.830	52.460	15.630	22.908	30.352	7.444	6.910	8.149	1.239
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : DIABETICOS	16.249	25.289	9.040	10.349	14.691	4.342	3.518	4.115	597
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : EPOC	3.602	4.000	398	3.079	2.725	-354	748	356	-392
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : OBESOS	5.176	12.274	7.098	9.800	14.016	4.216	1.777	2.596	819
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA	16.517	23.224	6.707	12.476	20.129	7.653	3.122	3.577	455
ATENCION A PACIENTES CON VIH - SIDA	296	216	-80	283	381	98	56	61	5
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETICOS	901	2.231	1.330	1.674	1.624	-50	204	435	231
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: OTRAS PATOLOGIAS	808	3.559	2.751	2.216	2.837	621	130	383	253
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	4.792	6.169	1.377	3.266	3.341	75	805	898	93
ATENCION A PACIENTES TERMINALES	582	569	-13	349	357	8	103	68	-35
ATENCION AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL	3.874	1.595	-2.279	748	1.425	677	3.146	301	-2.845
PREVENCION Y DETECCION DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	14.294	12.652	-1.642	14.531	8.831	-5.700	6.420	3.101	-3.319
CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA		1.500	1.500		2.555	2.555		78	78
TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS BASICOS	2.396	4.401	2.005	3.812	4.717	905	1.620	1.844	224
TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS	766	4.766	4.000	615	197	-418	3.006	3.829	823

Fuente: Evaluación anual realizada por las Gerencias de Atención Primaria.

**TABLA 55.5.- DIFERENCIAS EN LAS COBERTURAS ALCANZADAS ENTRE LOS AÑOS 1997 Y 2001 POR EL CONJUNTO DE UNIDADES CLÍNICO ASISTENCIALES DEPENDIENTES DE LAS 3 GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, EXPRESADAS EN VALOR ABSOLUTO Y PORCENTAJE.**

SERVICIOS	1997			2001			DIFERENCIA S 2001-1997		
	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA	ALCANZADO	POBLACIÓN DIANA	% COBERTURA
CONSULTA NIÑOS	127.755	160.913	79,39	159.514	176.485	90,38	31.759	15.572	10,99
VACUNACIONES (0 - 14 a.)	163.056	187.597	86,92	160.196	193.856	82,64	-2.860	6.259	-4,28
REVISIONES DEL NIÑO SANO (0 - 23 m.)	25.279	18.736	134,92	27.516	23.660	116,30	2.237	4.924	-18,62
REVISIONES DEL NIÑO SANO (2 - 5 a.)	37.084	47.762	77,64	30.117	48.545	62,04	-6.967	783	-15,60
REVISIONES DEL NIÑO SANO (6 - 14 a.)	72.009	121.099	59,46	62.454	121.651	51,34	-9.555	552	-8,12
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	152	846	17,97	167	854	19,56	15	8	1,59
PREVENCION DE LA CARIES INFANTIL	45.356	121.099	37,45	73.819	121.651	60,68	28.463	552	23,23
CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA	9.556	9.241	103,41	12.345	11.830	104,35	2.789	2.589	0,94
SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA	9.293	6.478	143,46	11.605	8.873	130,80	2.312	2.395	-12,66
PREPARACION AL PARTO	5.344	8.344	64,05	5.651	11.830	47,77	307	3.486	-16,28
VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO	5.866	8.613	68,11	6.875	11.830	58,11	1.009	3.217	-9,99
INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	51.454	265.770	19,36	78.232	295.460	26,48	26.778	29.690	7,12
VACUNACION DE LA RUBEOLA	49.877	172.364	28,94	59.518	183.133	32,50	9.641	10.769	3,56
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE CERVIX	24.694	169.184	14,60	43.016	191.522	22,46	18.322	22.338	7,86
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE ENDOMETRIO	69.419	162.202	42,80	81.796	177.268	46,14	12.377	15.066	3,34
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	27.367	125.288	21,84	52.108	79.125	65,86	24.741	-46.163	44,01
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO				17.502	53.189	32,91			
CONSULTA ADULTOS	439.010	707.209	62,08	601.261	790.675	76,04	162.251	83.466	13,97
VACUNACION DE LA GRIPE									
MAYORES O IGUAL A 65 AÑOS	87.238	150.267	58,06	100.450	171.862	58,45	13.212	21.595	0,39
MENORES DE 65 AÑOS	45.855	111.668	41,06	48.339	142.429	33,94	2.484	30.762	-7,12

VACUNACION DEL TETANOS	211.728	828.010	25,57	275.509	927.535	29,70	63.781	99.525	4,13
VACUNACION DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO	10.987	13.778	79,74	10.706	22.428	47,74	-281	8.650	-32,01
PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	554.775	828.010	67,00	455.930	927.535	49,16	-98.845	99.525	-17,85
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERTENSOS	66.648	165.602	40,25	90.961	185.507	49,03	24.313	19.905	8,79
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : DIABETICOS	30.116	49.680	60,62	44.095	55.652	79,23	13.979	5.972	18,61
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : EPOC	7.429	43.473	17,09	7.081	32.399	21,86	-348	-11.074	4,77
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : OBESOS	16.753	87.281	19,19	28.886	111.304	25,95	12.133	24.023	6,76
ATENCION A PACIENTES CRONICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA	32.115	165.602	19,39	46.930	185.507	25,30	14.815	19.905	5,91
ATENCION A PACIENTES CON VIH - SIDA	635	2.483	25,57	658	2.783	23,65	23	299	-1,92
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETICOS	2.779	49.680	5,59	4.290	55.652	7,71	1.511	5.972	2,11
EDUC. A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: OTRAS PATOLOGIAS	3.154	165.602	1,90	6.779	185.507	3,65	3.625	19.905	1,75
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	8.863	16.529	53,62	10.408	18.905	55,05	1.545	2.376	1,43
ATENCION A PACIENTES TERMINALES	1.034	2.031	50,92	994	2.243	44,32	-40	212	-6,60
ATENCION AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL	7.768	82.800	9,38	3.321	92.754	3,58	-4.447	9.953	-5,80
PREVENCION Y DETECCION DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	35.245	58.545	60,20	24.584	72.755	33,79	-10.661	14.210	-26,41
CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA				4.133	15.139	27,30			
TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS BASICOS	7.828	18.146	43,14	10.962	20.185	54,31	3.134	2.039	11,17
TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS	4.387			8.792			4.405		

Fuente: Evaluación anual realizada por las Gerencias de Atención Primaria.

### *55.1.2.2.- Servicios de Atención a la Mujer*

En los servicios relacionados con el Embarazo y Puerperio ("Captación y Valoración de la Mujer Embarazada", "Seguimiento de la Mujer Embarazada", "Preparación al Parto" y "Visita en el Primer Mes de Postparto"), ha habido un incremento de coberturas notable entre los años 1997 y 2001 a nivel regional (Tabla 55.5) y por Gerencias, si exceptuamos una pequeña disminución en la de Murcia en los servicios de "Preparación al Parto" y "Visita en el Primer Mes de Postparto" (Tabla 55.4).

Es de destacar que la totalidad de la población diana regional está incluida en los servicios de "Captación y Valoración de la Mujer Embarazada" y "Seguimiento de la Mujer Embarazada", siendo las cifras de cobertura en porcentaje superiores al 100%, probablemente debido a la imposibilidad de actualizar el número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a lo largo del periodo anual de evaluación por imposición de la propia metodología de la misma. Las cifras son superiores a las obtenidas por el conjunto del Insalud (83,1% en el primer servicio y 78,5% en el segundo).

El resto de servicios de Atención a la Mujer han experimentado, también un incremento en el periodo 1997-2001 por Gerencias y a nivel regional (Tabla 55.4 y 55.5), si exceptuamos una pequeña disminución en el número de inclusiones en el servicio "Vacunación de la Rubeola" en la Gerencia de Murcia, probablemente debido a procesos de depuración en los sistemas de registro. No obstante, en éste último servicio el porcentaje de cobertura regional ha sido superior al obtenido por el Insalud (32,50% frente a 31,8%). Igual ha ocurrido con el servicio "Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama" (65,86% frente a 57,3%).

### *55.1.2.3.- Servicios de Atención al Adulto*

Del grupo de servicios relacionados con los Programas de Inmunización, los de "Vacunación Antigripal" y "Vacunación Antitetánica" han incrementado el número de personas incluidas a nivel Gerencias y, por tanto, a nivel regional (Tablas 55.4 y 55.5). El porcentaje de cobertura del servicio "Vacunación Antitetánica" es superior al del Insalud (29,70% en la Región y 25,60% en el Insalud). En el servicio "Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo" se ha producido una disminución en el

porcentaje de cobertura (Tabla 55.5) por el importante aumento de la población diana, aunque la disminución de los usuarios incluidos ha sido inapreciable.

El servicio de "Prevención de Enfermedades Cardiovasculares" disminuyó el número de incluidos entre los años 1997 y 1998 debido a la depuración de los sistemas de registro tras la evaluación de los criterios de inclusión que se realizó en 1998. Por ello, se aprecia (Tabla 55.4) la diferencia de cobertura en el período 1997-2001, si bien se acusó más en los resultados de la Gerencia de Murcia que en las de Cartagena y Lorca. Las cifras son menores en la Región (49,16%) que en el Insalud (58,5%).

El grupo de servicios de Atención a las Patologías Crónicas ha aumentado las coberturas con la excepción del servicio "Atención al Paciente con EPOC" que disminuyó ligeramente cuando en el año 2000 se evaluó el criterio de inclusión. Es de destacar la cobertura del servicio de "Atención al Paciente con Diabetes" que presenta cifras a nivel regional muy altas (79,23%), incluyendo en algunas Gerencias (Cartagena) a la totalidad de la población diana (Tablas 55.3 y 55.5). Este servicio es el único que supera las coberturas en porcentaje del Insalud (67,7%) de todo el grupo.

Los servicios de Educación para la Salud "Educación a Grupos de Pacientes Diabetes" y "Educación a Grupos de Pacientes con otras Patologías Crónicas" presentan coberturas todavía bajas, aunque han experimentado un aumento a nivel regional y por Gerencias (Tablas 55.4 y 55.5). Las cifras de cobertura a nivel del Insalud son mayores (8,1% y 5,2%).

Los resultados en los servicios "Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados" y "Atención a Pacientes Terminales" ofrecen buenas coberturas (Tabla 55.3) a pesar de la confusa definición de los criterios de inclusión(8) que dificultan la decisión de en cual de los dos servicios se incluye al paciente. Se han incrementado las cifras del primero de los servicios en las tres Gerencias (Tabla 55.4) y son superiores a la media del Insalud (42,0%). En el servicio "Atención a Pacientes Terminales" han disminuido las coberturas en el conjunto de la Región (tabla 55.5) por el efecto de la disminución en las Gerencias de Murcia y Lorca, habiéndose experimentado un ligero aumento en la Gerencia de Cartagena (Tabla 55.4) y en la que, con toda probabilidad, ha contribuido la creación en

su área del Equipo de Soporte de Atención a Domicilio, unidad de apoyo destinada específicamente a la atención de los pacientes incluidos en éstos dos servicios.

También en el servicio "Prevención y Detección de Problemas en el Anciano", se ha producido una disminución de las coberturas en todas las Gerencias en el periodo 1997-2001 (Tabla 55.4), siendo el porcentaje de personas incluidas inferior al del Insalud (43,3%). A ello, de igual modo que en algunos servicios referidos, contribuyó la evaluación de los criterios de inclusión en los años 2000 y 2001, con la consiguiente depuración de los sistemas de registro.

El servicio "Cirugía Menor en Atención Primaria" ha ido aumentando sus coberturas paralelamente a la progresiva implantación y prestación por los EAP, habiendo obtenido cifras adecuadas para su corta historia en la Gerencia de Cartagena (Tabla 55.3). No obstante son todavía bajas en la Gerencia de Murcia y muy bajas en la de Lorca (Tabla 55.3). En el conjunto de la Región, el porcentaje de cobertura es inferior al del Insalud (42,4%).

El servicio "Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos" ya partía de una cobertura aceptable en 1997 (Tabla 55.2), pero ha continuado aumentando en las tres Gerencias (Tabla 55.4), aunque continúa por debajo de los resultados del conjunto del Insalud (64,0% frente al 54,31% regional).

### **55.1.3.- Normas Técnicas**

Durante el periodo 1997-2001 se han evaluado (siguiendo las indicaciones y la metodología del Insalud) Normas Técnicas en sólo 7 servicios (Tabla 55.6), si bien 3 de ellos lo han sido en 2 ocasiones cada uno(3).

**TABLA 55.6.- NORMAS TÉCNICAS. EVOLUCIÓN 1997-2001**

AÑO	SERVICIOS	REGIÓN DE MURCIA	INSALUD
		% Cumplimiento	% Cumplimiento
1997	REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 6 A 14 AÑOS	60	61
	ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS	57	55
1998	VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO	67	78
	ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS	60	61
1999	ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	60	69
	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVOLIZADOS	86	74
2000	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVOLIZADOS	90	82
	PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	65	62
2001	ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES	87	79
	PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO	71	67

Fuente: "Atención Primaria en el Insalud: 17 Años de Experiencia".

El servicio "Atención a Pacientes Diabéticos" obtuvo un grado de cumplimiento de sus Normas Técnicas superior al de la media del Insalud en 1997, pero disminuyó por debajo en 1998. En 1999, el cumplimiento de Normas Técnicas (datos regionales) en el servicio "Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados" fue superior a la media del Insalud y al obtenido por las otras 11 Comunidades Autónomas (incluidas Ceuta y Melilla), lo que volvió a producirse en el año 2000, incrementándolo al 90%. Ese mismo año, el cumplimiento de Normas Técnicas en el servicio "Prevención y Detección de Problemas en el Anciano", también fue superior a la media del Insalud, al igual que ha ocurrido en el año 2001 a pesar de haberlo incrementado respecto al año anterior. En el mismo ejercicio, el cumplimiento en el servicio "Atención a Pacientes Terminales", obtuvo un grado de cumplimiento mayor que el del Insalud y superior al de todas las demás Comunidades Autónomas.

#### **55.1.4.- Resumen**

Puede considerarse que la implantación de la actual Cartera de Servicios tiene un carácter general en las Unidades Clínico-Asistenciales dependientes de todas las Gerencias de la Región, con un nivel de desarrollo muy aceptable en la mayoría de los servicios, debiendo, no obstante, incrementar el número de usuarios incluidos en aquéllos considerados como prioritarios por las instituciones responsables de su prestación: "Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama", "Atención

Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados", "Atención a Pacientes Terminales" y "Prevención y Detección de Problemas en el Anciano"(7).

#### **55.1.5.- Líneas de Futuro**

Asociado a la utilidad de la Cartera de Servicios y a las ventajas derivadas de su uso, unido a la situación postransferencial una vez asumido por el Servicio Murciano de Salud las competencias en Sanidad, se aprecia la necesidad de evolucionar la Cartera para alcanzar su máximo desarrollo por medio de las propuestas de los profesionales de las UCAS, de los Equipos Directivos de las Gerencias y de los miembros de las sociedades científicas(3), desarrollando las siguientes actividades:

- adecuar la relación de servicios que incluye la Cartera a la realidad y necesidades de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- flexibilizar la incorporación de servicios a la oferta, adaptando la Cartera de Servicios a la realidad asistencial de las UCAS.
- desarrollar estudios para conocer resultados intermedios en salud (patologías crónicas).
- definición de estándares de calidad en Coberturas y en Normas Técnicas.
- introducir el conocimiento de costes por proceso.
- aumentar la implicación de los profesionales a través de estrategias que mejoren la comunicación.
- facilitar la informatización de los sistemas de registro dirigidos a la total mecanización de los procesos de evaluación.

#### **55.2.- INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (SIAP)**

Se analizan los dos grupos de indicadores más utilizados en el Sistema de Información (Frecuentación y Presión Asistencial) y para los colectivos de profesionales más numerosos en Atención Primaria (Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería) considerando los resultados del conjunto de la Región y no por Gerencias.

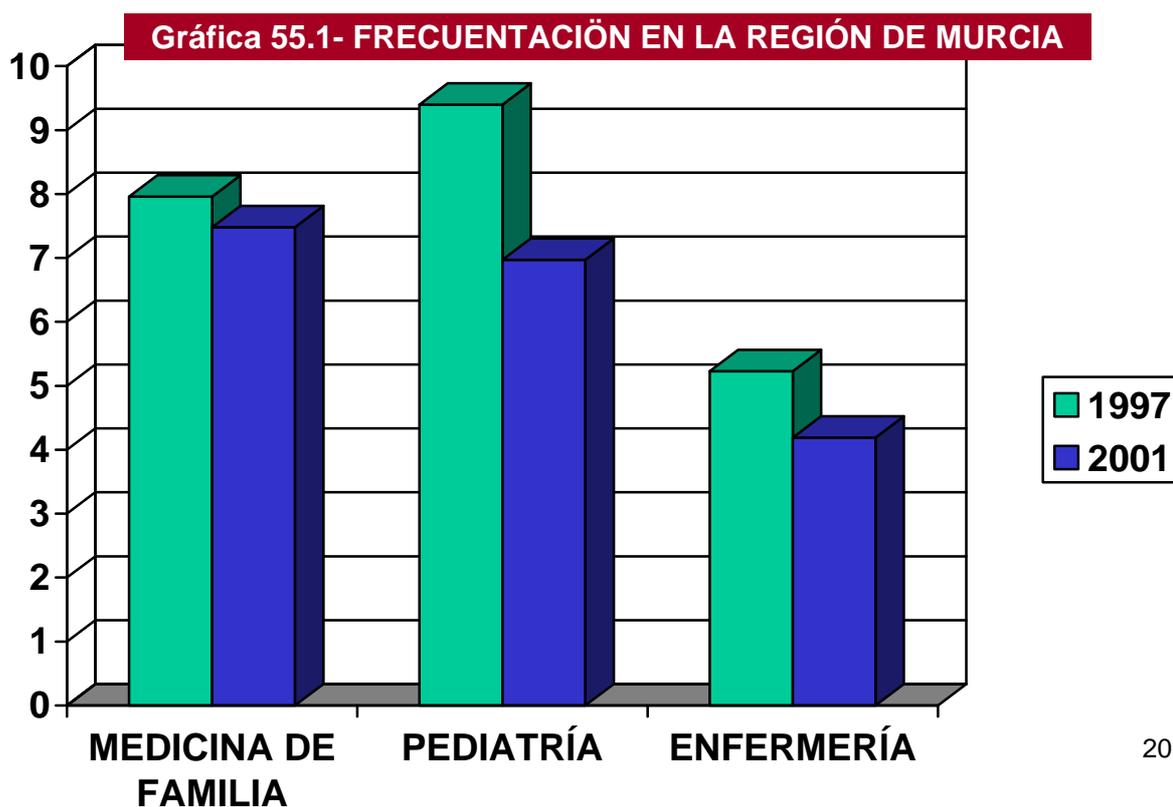
### 55.2.1.- Frecuentación

El indicador se expresa en número de consultas atendidas por habitante y año, teniendo en cuenta que la población de referencia es la población adscrita y no la población atendida. Los valores (Tabla 55.7) han experimentado un descenso (Gráfica 55.1) entre los años 1997 y 2001(3) en los tres colectivos de profesionales, siendo más importante en el de Pediatría, pero pudiera no estar justificado por la disminución en el número de consultas sino por el gran aumento demográfico mantenido constantemente durante éstos años en el conjunto de la Comunidad Autónoma. La misma tendencia ha obtenido el conjunto del Insalud en los tres indicadores (Gráfica 55.2), aunque siguen siendo superiores las cifras de Murcia a las del Insalud en todos ellos.

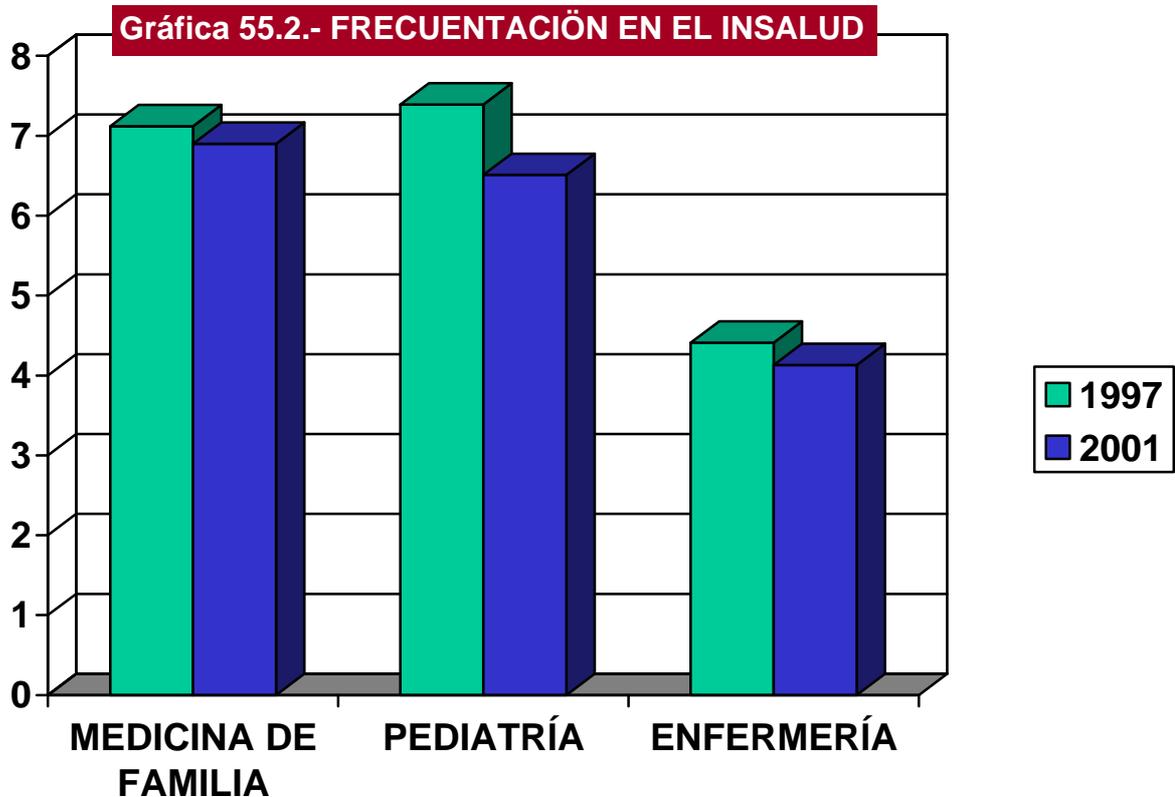
TABLA 55.7.- FRECUENTACIÓN

COLECTIVO PROFESIONAL	REGIÓN DE MURCIA		INSALUD	
	1997	2001	1997	2001
MEDICINA DE FAMILIA	7,96	7,48	7,12	6,9
PEDIATRÍA	9,4	6,97	7,39	6,51
ENFERMERÍA	5,23	4,19	4,41	4,13

Fuente: "Atención Primaria en el Insalud: 17 Años de Experiencia".



Fuente: "Atención Primaria en el Insalud: 17 Años de Experiencia".



Fuente: "Atención Primaria en el Insalud: 17 Años de Experiencia".

#### 55.2.2.- Presión Asistencial

El indicador viene expresado como número de pacientes atendidos por profesional y día. Para Medicina de Familia y Pediatría se consideran la Presión Asistencial Global y las obtenidas en Consulta a Demanda (por iniciativa del usuario) y Concertada/programada (a iniciativa del profesional)(9). Para Enfermería, se evalúa la Presión Asistencial Global, así como la existente en Consulta de Enfermería (actividades con cita previa y valoraciones diagnósticas)(9) y la desarrollada en Visita Domiciliaria Concertada para la realización de actividades derivadas de un Programa de Salud.

La Presión Asistencial Global ha disminuido para los tres grupos de profesionales en el periodo 1997-2001 (Tabla 55.8 y Gráficas 55.3-55.4), siguiendo la misma tendencia que el Insalud para Pediatría y Enfermería. No así para Medicina de Familia que aumentó ligeramente. Sigue siendo muy superior en Murcia respecto al Insalud en los tres colectivos profesionales(3).

La Presión Asistencial en Consulta a Demanda de Medicina de Familia ha aumentado en la Región, al contrario que en el Insalud (Tabla 55.8). En Pediatría ha disminuido más de 3 puntos el indicador en la Región, con mayor incidencia que el descenso experimentado en el Insalud. Pero son superiores las cifras actuales (año 2001) que las del Insalud.

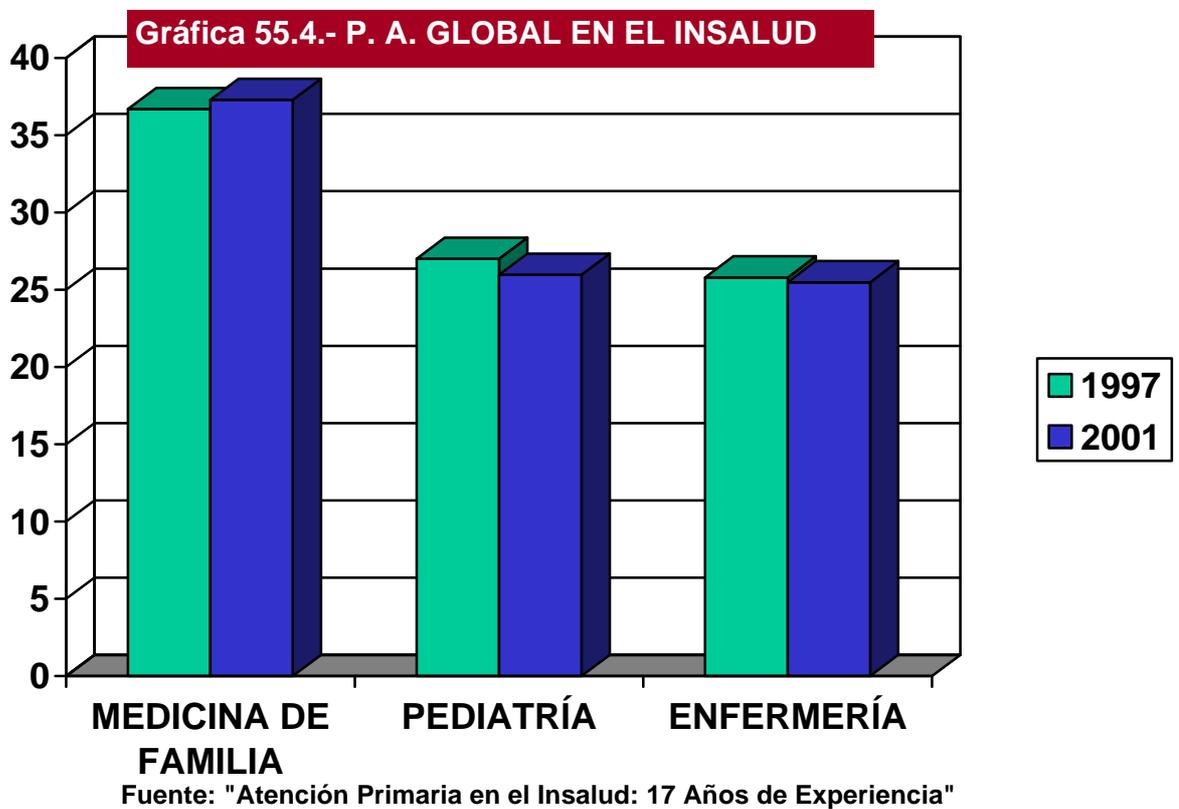
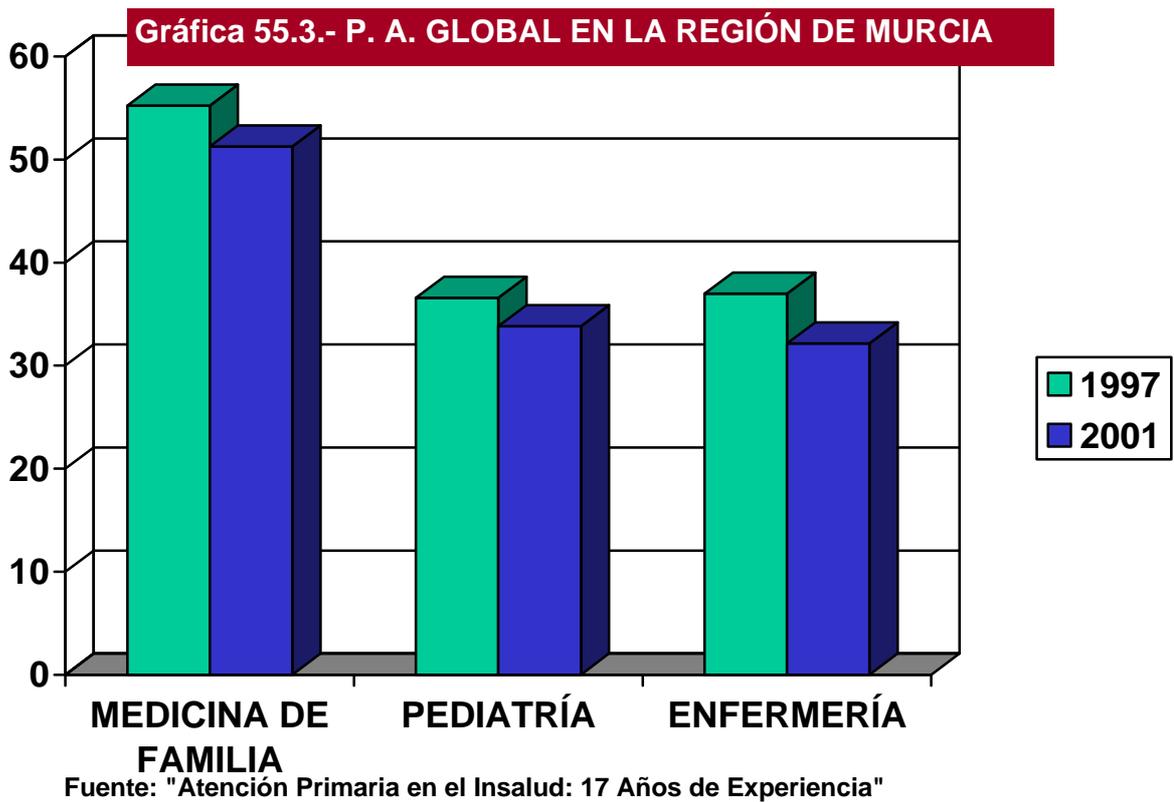
La Presión Asistencial en Consulta Concertada ha aumentado en el periodo 1997-2001 en Medicina de Familia y Pediatría (Tabla 55.8), aunque sus cifras están por debajo de las obtenidas en el Insalud.

La Presión Asistencial en Consulta de Enfermería se ha incrementado en la Región, con cifras superiores a las del Insalud (tabla 55.8). Las visitas domiciliarias concertadas en 2001 son inferiores a las obtenidas en 1997 en la Región, pero siguen siendo superiores a las del Insalud que experimentó una situación inversa durante esos años.

**TABLA 55.8.- PRESIÓN ASISTENCIAL (P.A.)**

COLECTIVO PROFESIONAL	INDICADORES	REGIÓN DE MURCIA		INSALUD	
		1997	2001	1997	2001
MEDICINA DE FAMILIA	P.A. GLOBAL	52,22	51,26	36,69	37,28
	P.A. EN CONSULTA A DEMANDA	43,12	43,79	29,99	29,22
	P.A. EN CONSULTA CONCERTADA	1,25	1,32	2,19	2,85
PEDIATRÍA	P.A. GLOBAL	36,57	33,82	27	25,97
	P.A. EN CONSULTA A DEMANDA	33,74	30,91	23,51	22,13
	P.A. EN CONSULTA CONCERTADA	2,32	2,41	3,23	3,56
ENFERMERÍA	P.A. GLOBAL	36,97	32,15	25,79	25,48
	P.A. EN CONSULTA DE ENFERMERÍA	13,58	16,54	12,97	15,33
	P.A. EN VISITA DOMICILIARIA CONCERTADA	2,16	1,99	1,19	1,3

Fuente: "Atención Primaria en el Insalud: 17 Años de Experiencia".



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Insalud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 1991.
- (2) Insalud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2002.
- (3) Insalud. Atención Primaria en el INSALUD: 17 Años de Experiencia. 2002.
- (4) Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca. Informes de la Evaluación de la Cartera de Servicios 2001.
- (5) Insalud. Manuales de Procedimiento para las Evaluaciones de la Cartera de Servicios 1997-2001.
- (6) Insalud. Informe de la Evaluación de la Cartera de Servicios 1997.
- (7) Insalud. Informe de la Evaluación de la Cartera de Servicios 2001.
- (8) Insalud. Cartera de Servicios 2001.
- (9) Insalud. Glosario de Términos para la cumplimentación del Sistema de Información de Atención Primaria. 2001.

## **56 – INCAPACIDAD LABORAL**

La Incapacidad Laboral es aquella situación en la que un trabajador, por causa de una enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social.

El subsidiado de Incapacidad Laboral permite mantener el nivel de vida del trabajador durante su obligada ausencia del puesto de trabajo, hasta la recuperación funcional de la capacidad laboral. Esta prestación económica por Incapacidad Laboral constituye en la actualidad uno de los capítulos de mayor trascendencia cuantitativa en el equilibrio del presupuesto de la Seguridad Social.

Asegurar el derecho de los trabajadores a una protección económica suficiente y a una situación de descanso como pacientes, con unos recursos cuyo desembolso pueda ser asumido por la sociedad, es un objetivo difícil. Por ello es preciso una eficiente gestión de la prestación en la que influyen aspectos sanitarios, laborales, económicos y sociales.

Son diversos los agentes implicados en la gestión de esta prestación.

Entidades Gestoras:

- Servicio Público de Salud
- Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Instituto Social de la Marina

Entidades Colaboradoras:

- Mutuas de Accidentes de trabajo y enfermedad profesional
- Colaboración voluntaria de empresas.

Las funciones que el Servicio Público de Salud tiene encomendadas en materia de Incapacidad Laboral son desarrolladas por Facultativos Asistenciales de Atención Primaria, Especializada y por la Inspección de Servicios Sanitarios y son las siguientes:

- Prestación de asistencia sanitaria
- Determinación de la situación de Incapacidad Laboral, mediante la extensión del parte de baja, confirmación y alta por el facultativo de Atención Primaria o Especializada.
- Evaluación, gestión y control de la Incapacidad Laboral, por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios.

Dada la complejidad de la gestión de la prestación y con el fin de evitar un uso desviado de la prestación es necesario incrementar la coordinación de todos los agentes implicados en la misma.

Con el fin de medir, cuantificar y conocer la prestación se usan diferentes indicadores por las entidades implicadas, los más comunes son:

- Tasa media de incidencia: Resultado de dividir el número de bajas iniciadas en el mes, entre la población protegida por la contingencia correspondiente y multiplicada por cien.
- Tasa media de prevalencia de bajas: resultado de dividir el número de bajas que hay en cada momento (generalmente fin de mes), entre la población protegida en la contingencia correspondiente y multiplicado por cien.

Percentiles 25, 50 y 75 de las duraciones de las bajas

- Duración media de las bajas: resultado de dividir el total de días que estuvieron en baja las altas tramitadas, entre el número total de las altas del periodo estudiado (mes o año).

- Duración Media por Asegurado: Resultado de dividir el número total de las altas tramitadas, entre el número de población protegida en la contingencia correspondiente, en el periodo estudiado (mes o año).

Los citados indicadores posibilitan el conocimiento y la trayectoria de la situación de IT.

En el total del Territorio Nacional nos encontramos entre las Comunidades con mayor incidencia de esta prestación. En el ámbito de Comunidad Autónoma los indicadores son más desfavorables en la Comarca del Noroeste (Lorca y Cartagena), encontrándose la mejor situación en el Municipio de Murcia.

Desde las Transferencias Sanitarias se han adoptado diversas medidas con el fin de corregir esta situación, como crear dentro de la Dirección General de Atención al Ciudadano, Coordinación Institucional e Inspección Sanitaria, un Servicio de Incapacidad Laboral y Salud Laboral. Dotar de mejores herramientas informáticas, incrementar los efectivos humanos dedicados a estas tareas, así como ampliar la colaboración ya referida con el resto de agentes implicados en la gestión de la prestación.

## **57. FARMACIA**

Pilar Jiménez de Zadava Lissón López.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> DGACRIIS

El Servicio Murciano de Salud financia la atención farmacéutica tanto a los pacientes ingresados como a los pacientes ambulatorios.

### **57.1. ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Los tratamientos que se llevan a cabo en los hospitales del Servicio Murciano de Salud son prescritos por los facultativos en una orden de dispensación y dispensados por los Servicios Farmacéuticos por cualquiera de los sistemas establecidos (reposición de botiquines, dosis unitaria, etc). Actualmente existen Servicios de Farmacia en los hospitales Virgen de la Arrixaca, General, Santa María del Rosell, Rafael Méndez, Comarcal del Noroeste, Virgen del Castillo y Morales Meseguer. Al frente de estos Servicios hay un farmacéutico.

### **57.2. ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS**

La dispensación de medicamentos a estos pacientes se hace fundamentalmente a través de oficinas de farmacia, servicios de farmacia hospitalarios y centros de salud.

A través de las **oficinas de farmacia** se dispensan mayoritariamente las especialidades farmacéuticas, los efectos y accesorios, las fórmulas magistrales, extractos hiposensibilizantes y los productos Dietoterápicos Complejos y la Nutrición Enteral Domiciliaria.

Las Oficinas de Farmacia pueden dispensar los medicamentos prescritos en una receta oficial por un facultativo del Servicio Murciano de Salud siempre que los mismos hayan sido seleccionados para su financiación por el Sistema Nacional de Salud. En determinados casos, la receta precisa para su dispensación el visado previo de la Inspección de Servicios Sanitarios. La dispensación de Hormona de Crecimiento, requiere además la autorización previa de la Comisión Asesora Regional para la utilización de la Hormona del Crecimiento.

Los efectos y accesorios se dispensan principalmente a través de las oficinas de farmacia, aunque las Gerencias de Atención Primaria suministran absorbentes de orina a algunas residencias de tercera edad.

Los tratamientos Dietoterápicos Complejos y la Nutrición Enteral Domiciliaria regulados por las Órdenes de 30 de abril de 1997 y 2 de junio de 1998 se facilitan por las oficinas de farmacia según el procedimiento establecido en las Resoluciones de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD de 19 de diciembre de 1997 y 30 de septiembre de 1998 (prescripción por especialista hospitalario, receta visada por Inspección y dispensación en oficina de farmacia).

Los **Servicios de Farmacia Hospitalarios** dispensan a los pacientes ambulatorios Medicamentos de Uso Hospitalario, Interferón  $\beta$  y productos relacionados para pacientes con esclerosis múltiple, tratamientos para enfermos con fibrosis quística y especialidades de Diagnóstico Hospitalario de dispensación exclusiva en Servicios de Farmacia Hospitalarios.

Los **centros de la red sanitaria** entregan las Tiras Reactivas para la determinación de glucosa y las agujas para plumas y jeringuillas de insulina.

El suministro de medicamentos a través de las oficinas de farmacia con cargo al Servicio Murciano de Salud actualmente viene regulado por el Concierto firmado el 17 de noviembre de 1998 entre el INSALUD y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos estando próximo a su vencimiento.

Los medicamentos son gratuitos para los enfermos cuando la dispensación es realizada por Servicios de Farmacia Hospitalarios o en centros propios los enfermos no tienen que participar con ninguna cantidad en la financiación del medicamento. Si la dispensación se realiza a través de oficina de farmacia y el beneficiario es activo, éste tendrá que participa con un 40 % en el precio de las especialidades, efectos y accesorios, extractos hiposensibilizantes y formulas magistrales.

Determinadas especialidades y efectos y accesorios, por sus especiales características, tienen aportación del 10% hasta un máximo de 2,64 €. La aportación es nula en el caso de los pensionistas. Los productos dietoterápicos complejos y la nutrición enteral domiciliaria no tiene aportación.

La actuación sobre la prestación farmacéutica debe tener dos objetivos prioritarios, impulsar la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica y contener el gasto farmacéutico en niveles razonables. Ambas líneas de trabajo son interdependientes y es fomentando el USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO como pensamos se pueden conseguir ambo objetivos.

Según la OMS, el Uso Racional del Medicamento (URM) “es el acto por el que los enfermos reciben el fármaco indicado para la situación clínica, en dosis que satisfaga sus necesidades individuales, durante el periodo adecuado y al menor coste posible para ellos y la Comunidad”.

Este Uso Racional del Medicamento se ha impulsado con diversas medidas adoptadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma, Servicios Centrales del INSALUD, las Gerencias de Atención Primaria y la Inspección de Farmacia.

El **Ministerio** reguló mediante el R. D. 83/1993, de 22 de enero, la Orden de 6 de abril de 1993, el R. D. 1663/98, de 24 de julio, y el R. D. 9/1996 de 15 de julio la selección de medicamentos y efectos y accesorios a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, excluyendo específicamente de la financiación determinados productos, especialidades farmacéuticas y efectos y accesorios. Asimismo, la Ley 13/96, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, introdujo modificaciones en distintos artículos de la Ley 25/90 del Medicamento en relación con las especialidades farmacéuticas genéricas al objeto de favorecer su implantación y utilización. Esta misma Ley, la Ley 66/97, de 30 de diciembre, Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social y el R. D. 1.035/99, de 18 de junio, la Orden Ministerial de 13 de julio de 2000 y la Orden de 27 de diciembre de 2001 establecen y desarrollan el Sistema de Precios de Referencia,

determinan los conjuntos homogéneos y aprueban los precios de referencias relativos a la entrada en vigor del Sistema de Precios de Referencia, que actualmente afecta a 140 conjuntos homogéneos.

Desde el punto de vista de una utilización más racional de los recursos financieros, el Ministerio mediante el Real Decreto- Ley 5/2000, de 28 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos modifica, el margen del beneficio profesional de los almacenes farmacéuticos y las oficinas de farmacia por la distribución, dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. En ambos casos y con el fin de impulsar el uso de las especialidades genéricas, revisa a la baja los márgenes para especialidades farmacéuticas no E.F.G. y aumenta los márgenes de las E.F.G. Además este Real Decreto-Ley establece que sobre la facturación mensual de las oficinas de farmacia se aplicará una escala de deducciones por tramos de ventas correspondientes a las especialidades farmacéuticas dispensadas con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad.

La **Consejería de Sanidad y Consumo**, mediante la Ley 3/1997 de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia, obliga a todos los establecimientos y Servicios regulados en la misma a colaborar en el fomento del uso racional del medicamento. Así mismo firma el 4 de junio de 2002 un Convenio Marco de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos que especifica que la participación de la oficina de farmacia en la dispensación de las prestaciones farmacéuticas debe impulsar dicho uso racional.

Desde la **Dirección General del INSALUD** se regulan mediante la Circular 5/93 los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria, se establecen las funciones de estos Servicios y se define la figura del farmacéutico de Atención Primaria cuya actuación va enfocada a promover el uso racional de los medicamentos entre todos los profesionales sanitarios, asesorando a los médicos en materia de Uso Racional del Medicamento, al equipo directivo en prestación farmacéutica y proveyendo y gestionando atención farmacéutica.

El funcionamiento de la Comisión del Uso Racional del Medicamento fue regulado por la Circular 4/93 del 11 de junio INSALUD, teniendo el carácter de órgano asesor de la Gerencia en la planificación y coordinación del Uso Racional del Medicamento.

Por otra parte el INSALUD suscribió el 13 de mayo de 1997 un Acuerdo Marco con fabricantes, distribuidores y oficinas de farmacia en materia de absorbentes de incontinencia de orina mediante el cual en el abono de la facturación de absorbentes de incontinencia de orina de las oficinas de farmacia se aplica una deducción del 11% sobre el precio de venta al público.

En las **Gerencia de Atención Primaria**, los farmacéuticos son piezas fundamentales en el funcionamiento de la CURM, en la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica y de la Guía de Antimicrobianos, han colaborado en la puesta a punto de sistemas informáticos de información de consumo farmacéutico que permiten su análisis, así como en la elaboración de los perfiles farmacoterapéuticos de centros y facultativos, realizan sesiones farmacoterapéuticas con los profesionales de atención primaria, promueven la elaboración de protocolos de tratamiento y procuran una correcta información de medicamentos mediante la elaboración de boletines de información terapéutica y resolución de consultas. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de medicamentos están entre las funciones de estos profesionales menos desarrolladas en nuestra Comunidad, debido a que todavía no han sido autorizados por la Consejería de Sanidad.

La **Inspección de Farmacia**, garantizando el acceso del beneficiario a la Atención Farmacéutica y que éste se desarrolle de acuerdo a lo normativa vigente, también juega un papel fundamental en la consecución del uso racional del medicamento.

No obstante y a pesar de los esfuerzos realizados por los distintos implicados en la gestión de la prestación farmacéutica, el gasto abonado por el Servicio Murciano de Salud durante el periodo Enero-Agosto de 2002 por la facturación de recetas fue de 158.783.045,41 €, lo que supone un incremento de un 12,79% respecto al mismo periodo del año anterior. La tabla I refleja un resumen de los indicadores de la prestación farmacéutica del Servicio Murciano de Salud durante el periodo mencionado.

**TABLA I**

	Nº RECETAS EFECTIVO	LÍQUIDO A PAGAR	PRECIO MEDIO RECETA	PERSONAS PROTEGIDAS	RECETA POR PERS. PROTEG.	GASTO POR PERS. PROTEG.
AGOSTO 2002	1.540.487	18.708.541,23 €	12,145 €	1.162.216	1,325	16,097 €
△ AGOSTO 2001/2002	6,81%	9,96%	2,95%	4,49%	2,23%	5,24%

Analizando la situación de la gestión de la prestación farmacéutica encontramos lo siguiente:

- Todavía no disponemos de un Sistema de Información Integral de Farmacia que nos facilite el análisis adecuado del consumo farmacéutico.

- La implantación de la prescripción informatizada mediante OMI-AP oscila entre el 60 y 70%, por lo que no conocemos realmente a quien van destinados los medicamentos que el Servicio de Salud financia.

- En el ámbito hospitalario, el Servicio de Farmacia y la Comisión de Farmacia funcionan desde hace muchos años, siendo el Uso Racional del Medicamento objetivo fundamental de ambos, pero en Atención Primaria, la figura del farmacéutico de Atención Primaria y la Comisión del Uso Racional del Medicamento no aparecen hasta el año 93, no habiendo conseguido hasta ahora una fuerte consolidación. Únicamente tres de las seis Áreas Sanitarias de la Comunidad cuentan con farmacéuticos de Atención Primaria y hasta el momento no ha sido acreditado ningún Servicio Farmacéutico de Atención Primaria en Murcia.

- Las Guías Farmacoterapéuticas de las tres Áreas precisan ser actualizadas y es necesario, por una parte, contar con la participación del farmacéutico de Oficina de Farmacia, y por otra, establecer indicadores de adhesión a las mismas que permitan conocer si los facultativos están utilizando la terapia farmacológica seleccionada con el consenso de los profesionales, en el marco de la evidencia científica y sobre la base de criterios de coste / eficacia.

- Existe todavía una descoordinación importante entre Atención Primaria y Atención Especializada que provoca que la inducción de la prescripción de la primera influya muy negativamente en la financiación de la Prestación Farmacéutica.

- A pesar de la regulación de las E.F.G. y de los precios de referencia, existen en el mercado especialidades farmacéuticas que perteneciendo a un mismo conjunto homogéneo tienen diferencias de precio superiores a 16 € y el Servicio de Salud abona la E.F.G. más cara, bien porque el médico la ha prescrito o bien porque, amparándose en la causa legítima reflejada en la Ley del Medicamento se sustituya en la dispensación la especialidad más eficiente por la menos. También se dan casos de especialidades no E.F.G. con precio menor al de cualquier E.F.G. del mismo grupo homogéneo. Sería conveniente estudiar la conveniencia de prescripción por principio activo y la determinación de precios máximos de financiación de los grupos de intercambio.

- No existe un acuerdo con el C.O.F. sobre la identificación en la factura de los productos dietoterápicos complejos o de nutrición enteral domiciliaria, ni se ha establecido un precio máximo de financiación para los mismos que eviten las diferencias en los precios abonados por el mismo producto en el mismo mes.

- La regulación de la visita médica, necesita una actualización y adaptación a los objetivos que persigue la Ley del Medicamento y el Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio, ya que las últimas instrucciones relativas a ello son del año 1988.

- La Inspección Farmacéutica no cuenta con medios suficientes para la detección y manejo de los usos indebidos y fraudulentos de los recursos destinados a prestación farmacéutica.

## **Bibliografía:**

- Ley General de Sanidad. Ley 14/86 de 25 de abril.
- Ley 25/90 de 20 de diciembre del Medicamento
- Real Decreto 83/1993 de 22 de enero regulando la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.
- Orden Ministerial de 6 de abril de 1993 que desarrolla el anterior.
- Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio que amplía la relación de especialidades farmacéuticas excluidas de la financiación.
- Real Decreto 9/1996 de 15 de julio que regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.
- Ley 13/96 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.
- Ley 66/1997 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.
- Real Decreto 1035/1999 de 18 de junio, regula el sistema de precios de referencia.
- Orden Ministerial de 13 de julio de 2000, que determina 114 conjuntos homogéneos y aprueba sus Precios de Referencia
- Orden Ministerial de 27 de diciembre de 2001, que amplía el número de conjuntos homogéneos y actualiza los Precios de Referencia.
- Real Decreto-Ley 5/2000 de 28 de junio de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Gasto Farmacéutico.
- Ley 3/1997, de 28 de mayo de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.
- Convenio Marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma, Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia por la que se establecen las líneas generales en materia de actuación farmacéutica. 4 de junio 2002
- Circular 4/93 (11-6) Creación del Uso Racional del Medicamento.
- Circular 5/93 (22-6) Regulación de los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria.
- Concierto de 17 de noviembre de 1998 entre INSALUD y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Acuerdo Marco de 13 de mayo de 1997 entre INSALUD, fabricantes, distribuidores y oficinas de farmacia en materia de absorbentes de incontinencia de orina.

## **58. PLANIFICACION FAMILIAR**

Gregorio Brustenga<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sección de Planificación Familiar. D.G.Asistencia Sanitaria. S.M.S.

A comienzos de los años 80, y poco después de la despenalización de los métodos anticonceptivos, la Consejería de Sanidad inició por primera vez en Murcia la asistencia pública en Planificación Familiar, creando un punto de asistencia en locales de la propia Consejería. Desde entonces fue incrementando los servicios de manera uniforme por toda la Región, hasta llegar a la red asistencial que describimos más adelante.

La paulatina creación de los diferentes Centros de Planificación Familiar no se hizo al azar, sino teniendo básicamente en cuenta -a través de un procedimiento de priorización- la distribución geográfica, las necesidades de la población, la accesibilidad a los servicios y criterios de aprovechamiento óptimo de los recursos. Todo ello además se fue realizando de modo dinámico, por lo que se efectuaron algunos cambios cuando las circunstancias lo pedían, llegando al número de 26 centros de Planificación Familiar, unos propios y otros concertados y subvencionados a diferentes Ayuntamientos mediante convenio de colaboración, pero todos dirigidos técnica y centralizadamente desde la Consejería de Sanidad a través de su Sección de Planificación Familiar.

Paralelamente a la Consejería, el INSALUD también creó tres servicios más, todo lo cual nos lleva al circuito público actual de Planificación Familiar, ya perteneciente en su totalidad al Servicio Murciano de Salud desde el pasado 1º de enero de 2002, en que recibió la transferencia del INSALUD.

Recogemos en la siguiente tabla la relación actual de Centros de Planificación Familiar y los municipios adscritos a cada uno de ellos:

CENTRO	POBLACION ADSCRITA
Abanilla	Abanilla, Fortuna y pedanías
Aguilas	Aguilas y pedanías
Alcantarilla	Alcantarilla
Alguazas	Alguazas y pedanías
Alhama	Alhama, Librilla y pedanías
Archena	Archena, Ulea, Villanueva, Ojós, Ricote y pedanías
Bullas	Bullas y pedanías
Calasparra	Calasparra y pedanías
Caravaca	Caravaca y pedanías
Cartagena	Cartagena, diputaciones, La Unión y pedanías

Cehegín	Cehegín y pedanías
Ceutí	Ceutí, Lorquí y pedanías
Cieza	Cieza, Abarán, Blanca y pedanías
Fuente Alamo	Fuente Alamo y pedanías
Jumilla	Jumilla y pedanías
Lorca	Lorca y diputaciones
Mazarrón	Mazarrón y pedanías
Molina de Segura	Molina de Segura y pedanías
Moratalla	Moratalla y pedanías
Mula	Mula y pedanías
Murcia-Hospital General	Z.B.S. de su área de influencia de Murcia
Murcia-Sta. M <sup>a</sup> de Gracia	Z.B.S. St <sup>a</sup> María de Gracia
Murcia-Vistalegre	Resto de Murcia respecto a los dos anteriores
Puerto Lumbreras	Puerto Lumbreras y pedanías
Hospital Los Arcos	S Javier, S.Pedro Pinatar, Los Alcázares, T.Pacheco
Santomera	Santomera, Beniel y pedanías
Torres de Cotillas	Torres de Cotillas y pedanías
Totana	Totana, Aledo y pedanías
Yecla	Yecla y pedanías

Las actividades básicas de los Centros de Planificación Familiar son: educación para la salud en anticoncepción, sexualidad y E.T.S.; administración de métodos anticonceptivos; orientación a parejas infértiles; diagnóstico precoz del cáncer de cérvix; información sobre demandas de I.V.E.; consejo genético; cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica.

En cuanto a los indicadores más ilustrativos, para hacerse una idea general del grado de actividad, recogemos con carácter aproximativo anual:

INDICADOR	Número de casos
Historias nuevas anuales	8.000
Revisiones anuales	30.000
Citologías practicadas anualmente	15.000

Por último, hay que hacer referencia el proyecto de reestructuración del Programa, cuyo puesta en marcha está previsto sea en enero de 2003.

En efecto, y tras la integración de toda la asistencia sanitaria de la Región en el Servicio Murciano de Salud, parece oportuno remodelar el Programa de Planificación Familiar, de modo que se aprovechen coordinadamente todos los recursos existentes, se dé cobertura a toda la población y

se aproximen aún más los servicios a ésta. Ello significa la creación del nuevo Programa de Atención a la Mujer, cuyo estado de preparación se encuentra muy avanzado.

Dicho Programa incluye como actividades básicas:

- Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama
- Atención al embarazo, parto y puerperio
- Prescripción de métodos anticonceptivos
- Atención al climaterio femenino

En cuanto a los dispositivos asistenciales para realizar las actividades anteriores, la mayoría de ellos se llevarán a cabo en el nivel de Atención Primaria, contando con equipos propios y específicos de apoyo ginecológico para aquellos casos o circunstancias en que éstos sean precisos. Todo el Programa estará coordinado por la Sección de Planificación Familiar del Servicio Murciano de Salud.

## 59. URGENCIAS-EMERGENCIAS-061

Pedro Manuel Hernández López<sup>1</sup>

Ramón Horn Ureña <sup>1</sup>

Jesús Fernández Lorencio.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> 061

<sup>2</sup> DGAS

La capacidad de respuesta frente a una demanda urgente, precisa de unos dispositivos sanitarios que actúen de forma escalonada, toda vez que la urgencia puede tener una gravedad variable, y que los dispositivos asistenciales existentes pueden solaparse en cuanto a sus horarios de funcionamiento.

Las Urgencias – Emergencias extrahospitalarias, pueden ser atendidas por:

1. Dispositivos de Emergencias (Unidad Medicalizada de Emergencia UME): son las bases del 061 con Unidades Móviles de Emergencia.
2. Los Equipos de Atención Primaria (EAP), en el horario de funcionamiento del Centro de Salud.
3. Los Dispositivos de Atención Continuada que son:
  - 3.1. Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): engloban a los antiguos Servicios Normales de Urgencias (SNU) y a los Servicios Especiales de Urgencias (SEDU). El horario va desde las 17 horas a las 9 horas del día siguiente, excepto los festivos, que son 24 horas del día para los que eran SNU y siempre las 24 horas para los SEDU.
  - 3.2. Los Puntos de Atención Continuada (PAC): existen en Zonas Básicas de Salud sin servicio de urgencias, y son cubiertos por personal del EAP de la zona eventualmente con refuerzos. El horario es superponible al de un SUAP.
  - 3.3. Los Puntos de Especial Aislamiento (PEA): se definen en el BORM y se dan en aquellos núcleos de población que por su ubicación geográfica presentan problemas de accesibilidad y/o comunicaciones deficientes.

El escalonamiento en la asistencia debería venir determinado por la gravedad de la demanda urgente, por el momento en que se produzca la misma y por el lugar donde se origine (en un punto asistencial, en el domicilio de un usuario o fuera de estos dos supuestos anteriores), de forma que se utilicen los dispositivos sanitarios de la forma más eficiente posible.

Es importante resaltar que en el año 2000 la tasa de utilización de la Atención Continuada en Atención Primaria en nuestra Región fue de 864 consultas urgentes por cada 1.000 habitantes, la tercera más alta en el extinto territorio INSALUD tras Extremadura y Castilla la Mancha. La tasa media de INSALUD estaba en 641 por 1.000 habitantes, siendo de gran importancia la comprobación del crecimiento constante de la utilización de estos dispositivos.

#### DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (Figura 1)

- GERENCIA DE MURCIA:
  - PUNTOS DE ESPECIAL AISLAMIENTO: 5, localizados en Benizar, Campos del Río, Cañada de la Cruz, Librilla y El Sabinar.
  - PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA: 8, localizados en Abanilla, Beniel, Blanca, Bullas, Campo de Cartagena, Calasparra, Fortuna y Moratalla.
  - SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: 9, localizados en Abarán, Alhama, Archena, Caravaca, Cehegín, Cieza, Jumilla, Mula y Yecla.
  - SERVICIOS ESPECIALES DE URGENCIA: 6, localizados en Murcia-San Andrés, Murcia-Infante, Alcantarilla, Santomera, Algezares y Molina de Segura.
- GERENCIA DE CARTAGENA:
  - PUNTOS DE ESPECIAL AISLAMIENTO. 1, localizado en Portman.
  - PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA: 7, localizados en La Manga, Pozo Estrecho, Fuente Álamo y Los Dolores.
  - SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: 5, localizados en Cartagena, La Unión, Torre Pacheco, San Javier y Mazarrón.

- GERENCIA DE LORCA:

- PUNTOS DE ESPECIAL AISLAMIENTO: 3, localizados en Ramonete, Almendricos y La Parroquia.
- PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA: 2, localizados en La Paca y Puerto Lumbreras.
- SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: 3, localizados en Águilas, Totana y Lorca.

DISPOSITIVO DE URGENCIAS – EMERGENCIAS DEL 061 (Figura 1)

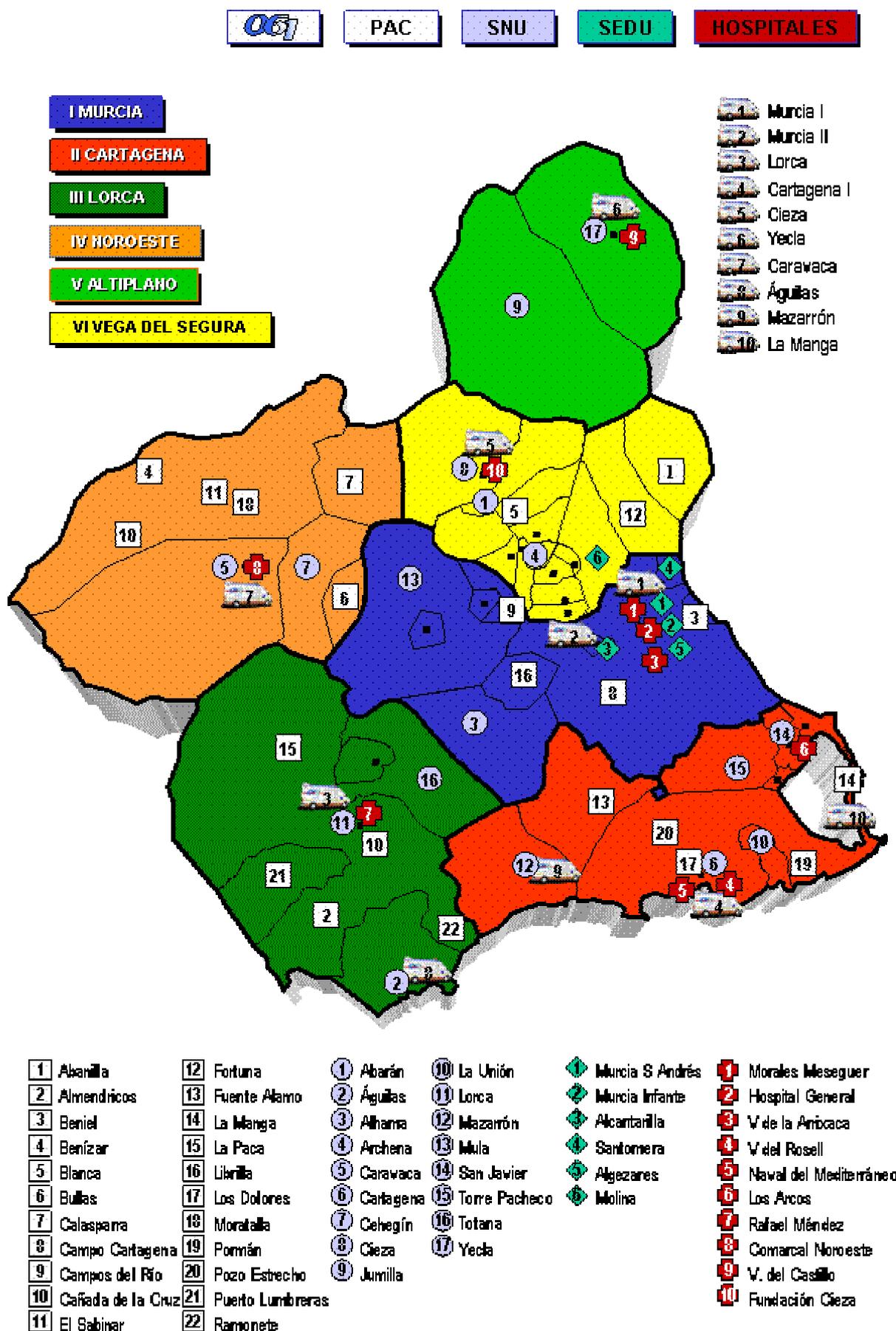
El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU) es el responsable de regular, coordinar y activar la respuesta más adecuada a cada demanda asistencial, movilizando el recurso necesario. Su ámbito de actuación es provincial y la cobertura que presta a la población es del 100%. Está ubicado en las dependencias del 1-1-2 de la Dirección General de Protección Civil dependiente de la Consejería de Presidencia.

Actualmente se dispone de 10 Bases y 1 CCU. Cada base dispone de una UME o ambulancia asistencial dotada de Soporte Vital Avanzado (SVA) tipo UVI móvil que presta servicio ininterrumpido las 24 horas del día y cuenta con un médico, un enfermero, un técnico y un conductor. Estas Unidades Móviles de Emergencia, están situadas en 10 Bases en las siguientes poblaciones: Murcia-La Flota, Murcia-Alcantarilla, Lorca, Cartagena, Cieza, Yecla, Caravaca, Águilas, Mazarrón y La Manga.

En el año 2002, se ha iniciado el análisis de situación para elaborar el Plan Director de Urgencias Sanitarias para la Región de Murcia, que intentará lograr una atención integral a las urgencias médicas con la finalidad de optimizar el cuidado del paciente desde el momento en que se produce el cambio en su estado de salud, o la demanda de atención urgente, hasta su resolución o estabilización, a través de las siguientes actuaciones:

- Análisis y Ordenación de los Dispositivos de Urgencias–Emergencias existentes en Atención Primaria, Atención Especializada y otras administraciones.
- Orientación de los recursos a mejorar la accesibilidad de los usuarios y los tiempos de respuesta.
- Mejorar la información y difusión a la población de la existencia de estos dispositivos.
- Definir el CCU como el receptor de las demandas de urgencias médicas de los usuarios.
- Ordenación y utilización conjunta de recursos de las distintas administraciones.

Figura 1. Localización de los dispositivos de urgencias en la Región de Murcia



## BIBLIOGRAFÍA.

Plan Estratégico 061 de Murcia.

Ley General de Sanidad. 1986

Decreto 67/1997. Implantación del teléfono 1-1-2

Plan Director de Urgencias. INSALUD.

Documento "Atención de Urgencias en Atención Primaria". Subdirección General de Atención Primaria. Noviembre 1999.

Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. SGAP. Madrid, 2002-09-19

Proyecto de asistencia médica urgente extrahospitalaria de la Región de Murcia. SAMU. 1996.

# **60.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA**

Luz García Carrillo

Mariano Guerrero Fernández

Carlos Giribert Muñoz

La normativa legal básica que regula la organización de la asistencia sanitaria en España, es la Ley General de Sanidad, Ley 14/ 1986 de 25 de abril. En desarrollo de la citada Ley se promulgó el RD 521/1987 sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por INSALUD, que fue modificado parcialmente por los Reales Decretos 571/1990 y 118/1991.

En este marco legal se estructura y organiza la asistencia especializada como el segundo nivel de atención sanitaria, al cual se accede una vez que las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios de atención primaria hayan sido superados, excepto en los casos de urgencia vital.

Todos los hospitales se adscriben a un área de salud, siendo ésta el marco territorial donde se presta la asistencia sanitaria integral en los dos niveles de atención, primaria y especializada. Su delimitación corresponde a la Comunidad Autónoma. En la Región de Murcia se establecieron seis áreas de salud.

En los últimos años, la asistencia sanitaria especializada en nuestra Región la han prestado dos redes asistenciales distintas. Por un lado, la Comunidad Autónoma como titular de los establecimientos sanitarios que pertenecían a Instituciones que desaparecieron, así como otros servicios sanitarios que se crearon a lo largo de estos años. Por otro lado el INSALUD con mayor cantidad de recursos. Pertenecían a la Comunidad Autónoma, dos hospitales generales, uno monográfico (Hospital Psiquiátrico "Román Alberca"), y la red de centros de Salud Mental y de Planificación Familiar. El INSALUD, disponía de seis hospitales generales que se correspondían con las seis Áreas de Salud.

Para la adecuada complementariedad de la asistencia, durante este periodo de competencias compartidas, se hicieron convenios entre ambas redes asistenciales.

La Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia, encomienda al Ente Público Servicio Murciano de Salud (SMS), la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios,

prestaciones y programas sanitarios atribuidos por la Administración a la Comunidad Autónoma. El RD 1474/2.001 realiza el traspaso a la Comunidad, de las funciones y servicios del INSALUD, que son aceptados por el Decreto 93/2.001, de 28 de diciembre. A uno de enero de este año 2.002, la Comunidad Autónoma asume plenas competencias en gestión de la asistencia sanitaria, encomendándose las al Servicio Murciano de Salud.

En el organigrama actual del SMS, dependiendo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se encuentran las gerencias y direcciones de los hospitales y la red de salud mental.

La distribución de los hospitales, según las áreas de salud, es la siguiente:

- **Área de Salud I, Murcia.** Tiene asignadas 448.833 tarjetas. Prestan servicios dos hospitales, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que además es un hospital terciario con servicios de referencia para toda la Comunidad, y el Hospital General Universitario. Una parte de esta área, aproximadamente unas 70.000 tarjetas, es atendida por el Hospital Morales Meseguer.

- **Área de Salud II, Cartagena.** Tiene asignadas 289.577 tarjetas.. Existen dos hospitales en el área, Hospital Santa María del Rosell y Hospital de los Arcos.

- **Área de Salud III, Lorca.** Tiene asignadas 143.816 tarjetas. Su hospital de área es el Hospital Dr. Rafael Méndez.

- **Área de Salud IV, Noroeste.** Tiene asignadas 65.300 tarjetas. Su hospital de área es el Hospital Comarcal del Noroeste.

- **Área de Salud V, Altiplano.** Tiene asignadas 52.815 tarjetas. Su hospital de área es el Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

- **Área de Salud VI, Vega del Segura**, su hospital de área es el Hospital Morales Meseguer, que tiene asignadas 162.326 tarjetas. Además, este hospital atiende una parte del área I como ya se ha comentado.

En esta área está incluido el Hospital Fundación de Cieza, que nació como un hospital quirúrgico. Recientemente ha ampliado su cartera de servicios prestando, para determinadas especialidades, asistencia a la población de su zona, que son unos 50.000 habitantes.

Por lo que respecta a la hospitalización psiquiátrica, el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, actúa como hospital de área para los pacientes de las áreas IV, V y VI que no disponen de unidad psiquiátrica para la hospitalización de agudos. Además es referencia para toda la Comunidad, de la Media Estancia psiquiátrica y es el único hospital que contempla la rehabilitación, dentro de su cartera de servicios.

El modelo asistencial de la salud mental en nuestra Comunidad, está integrado en la asistencia sanitaria general, como dispone la LGS. La sectorización actual está recogida en la Orden de la Consejería de Sanidad de mayo de 1995. Esta situación presenta una serie de deficiencias, debido sobre todo a la distribución de los recursos, dándose la paradoja de que las zonas de salud, no se corresponden con los centros de salud mental ni con los programas asistenciales. No nos extenderemos en este tema ya que es objeto de otro capítulo.

En cuanto a la estructura de gestión de los hospitales, siguiendo el RD 521/1987, los servicios y actividades se agrupan en las siguientes divisiones:

1. Gerencia
2. División Médica
3. División de Enfermería
4. División de Gestión y Servicios Generales

En los hospitales donde existe Director Gerente, este asume la superior autoridad y responsabilidad al frente del mismo, correspondiéndole la representación del hospital y la organización de los servicios y unidades. Estas funciones son asumidas por el Director Médico cuando no existe la figura de director gerente, y en los supuestos de vacante o ausencia del mismo. El Director Médico organizará la actividad asistencial a través de los Jefes de Servicio o responsables de las Unidades inferiores al Servicio, proponiendo al Gerente las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de los mismos.

El Director de Enfermería es el responsable del funcionamiento de las Unidades y Servicios de la división de enfermería; promueve y evalúa la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de su división.

Por último el Director de Gestión y Servicios Generales proporciona el soporte administrativo y técnico, así como de Servicios Generales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las restantes divisiones, organizando el funcionamiento de las Unidades y Servicios adscritos a su división.

La célula de la organización son los Servicios Médicos. Los servicios, basados en los conocimientos científicos y tecnológicos de las especialidades, han tenido un considerable desarrollo en los últimos años, y han contribuido a que la asistencia sanitaria alcance unos niveles adecuados y acordes con la sociedad desarrollada a la que pertenecemos. Por el contrario, la organización en Servicios, ha tenido un efecto indeseado: la fragmentación del acto asistencial. Hoy se habla de la gestión de los procesos clínicos como la nueva cultura dirigida hacia lo fundamental de la empresa sanitaria, que es el acto médico. Creemos que se debe intentar el paso de esta estructura organizativa basada en los Servicios, a una estructura diseñada en Unidades multidisciplinarias, dirigidas al paciente, El concepto gestión integral de las patologías consiste en actuar en todo el ciclo asistencial, desde los servicios de atención primaria hasta los servicios sociosanitarios, llevando la gestión de los procesos más allá del hospital. Valgan estas últimas líneas, como elemento de reflexión para caminar en los nuevos modelos de organización y gestión de la asistencia sanitaria, que de forma indudable requerirán cambios de todo tipo: culturales, organizativos normativos...,etc.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Ley General de Sanidad.1986
- RD 521/1.987
- RD 571/1.990
- RD118/1.991
- Ley 4/1.994
- RD 1474/2.001
- Decreto 95/2.001
- Orden de la Consejería de Sanidad 1.995

## **61. INFRAESTRUCTURAS**

**Domingo Coronado Romero<sup>1</sup>.**

**Luz García Carrillo<sup>2</sup>.**

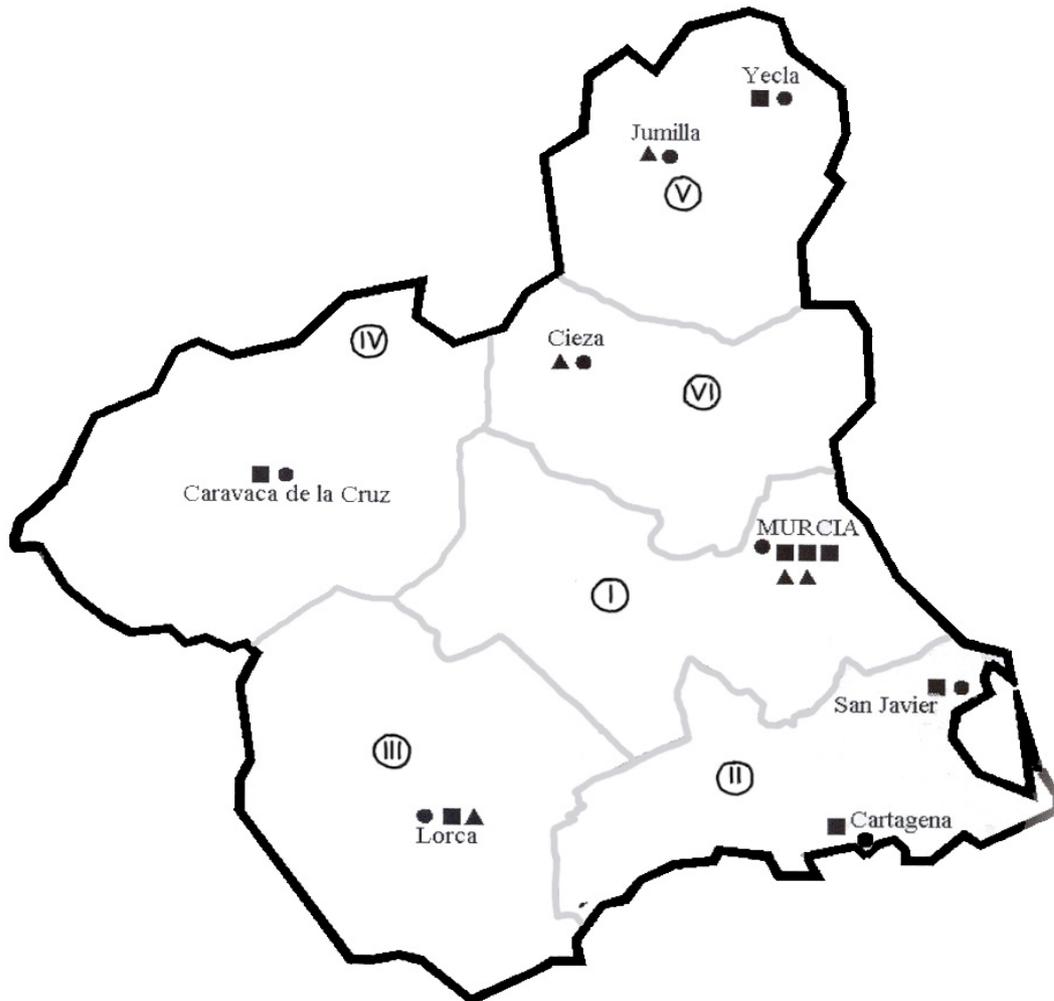
---

<sup>1</sup> Director Gerente Hospital Morales Meseguer

<sup>2</sup> Dirección General de Asistencia Sanitaria

Como se muestra en el siguiente Mapa de Atención Especializada de la Comunidad Autónoma de Murcia, ésta se encuentra dividida en las siguientes seis Areas de Salud:

- Area I: Murcia
- Area II: Cartagena
- Area III: Lorca
- Area IV: Noroeste
- Area V: Altiplano
- Area VI: Vega del Segura



LEYENDA:

- Límite de Comunidad Autónoma
- Límite de Área de Salud
- ..... Límite de provincia no coincidente con el Área de Salud
- Área de Salud
- ▲ Centro de Especialidades
- Hospital

Antes de describir la situación de las infraestructuras hospitalarias en nuestra Región, debemos resaltar el hecho de que en el momento actual la mayoría de hospitales públicos, están en pleno proceso de reformas que afectan a la mayoría de áreas hospitalarias, consultas externas, quirófanos, hospitalización etc. que incluso modificarán la cartera de servicios en los próximos años. En este capítulo, describiremos la situación a día de hoy, aunque se indica en cada uno de los hospitales los cambios que van a suceder. Por otro lado las infraestructuras de Salud Mental las describiremos separadas, como también haremos mención a los recursos hospitalarios privados de la Región.

Sucintamente las infraestructuras de cada área son las siguientes:

***Area I. En la actualidad se sitúan en este área tres hospitales de titularidad pública:***

- El Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Es el Hospital de Referencia de la Comunidad Autónoma integrando la mayoría de especialidades y servicios de cobertura regional. Como hospital de Area tiene adscrita una población de 259.526 habitantes del Area I. Tras la reforma, el hospital disminuyó su número de camas quedando en 881.
- El Hospital General Universitario Morales Meseguer atiende a una población de 164.886 habitantes pertenecientes a las 8 Zonas Básicas de Salud (Z.B.S.) del Area VI y a 63.015 habitantes que corresponden a 3 Z.B.S. del Area I. Dispone de 444 camas y de las infraestructuras que se detallarán.
- Hospital General: Situado provisionalmente en el antiguo hospital de la Cruz Roja que dispone de 75 camas. Actualmente se está construyendo el Hospital que sustituirá al antiguo Hospital General Universitario en el mismo emplazamiento donde se encontraba aquel. Entre tanto la población del área que correspondía a dicho área está siendo atendida, además de por el citado centro, por los servicios desplazados en el Hospital Morales Meseguer y en el Hospital Virgen de la Arrixaca, así como en las Consultas Externas del Hospital General situadas en la Calle

Proclamación que actúa como Centro de Especialidades. Como hospital de área tiene adscritas 134.794 tarjetas.

- En este área encontramos además como recursos de titularidad pública otros dos Centros de Especialidades: el Dr. Quesada Sanz actualmente gestionado por el Hospital Virgen de la Arrixaca y el de El Carmen adscrito al Hospital Morales Meseguer.

***Area II. En el se localizan dos hospitales de titularidad pública:***

- Hospital Santa María del Rosell situado en el Municipio de Cartagena con 384 camas y que atiende a un área de población de 224.133 habitantes. Está prevista la construcción de un nuevo hospital que sustituya al citado. Este hospital se encuentra actualmente en obras, tiene previsto abrir 32 camas más y amplia sus quirófanos en dos.
- Hospital Los Arcos localizado en el Municipio de San Pedro del Pinatar con 102 camas y que da cobertura de atención especializada a un área de 75.037 habitantes.

***Area III.*** El hospital público que da cobertura a la población de esta área es el Hospital Rafael Méndez situado en Lorca y que dispone de 224 camas. En las obras que actualmente se llevan a cabo el hospital aumenta en 36 camas su capacidad. El área dispone además de un Centro de Especialidades, Santa Rosa de Lima, también situado en el municipio de Lorca. La población de este Área de Salud es de 146.763 habitantes.

***Area IV.*** En él se encuentra el Hospital Comarcal del Noroeste situado en Caravaca que da cobertura a los 65.964 habitantes pertenecientes a este área de salud . Dispone de 105 camas instaladas, también como los anteriores hospitales está en proceso de reformas. Ampliará sus quirófanos en uno.

***Area V.*** Desde el dispositivo de Atención Especializada los 53.780 habitantes de esta área son atendidos en el Hospital Virgen del Castillo, que dispone de 98 camas, y el Centro de

Especialidades de Jumilla. El hospital está reformando todas sus consultas externas, y creará un hospital de día con instalaciones específicas.

**Area VI.** Aunque oficialmente el área de referencia de esta población es el Hospital Morales Meseguer gran parte de la asistencia está siendo realizada por la Fundación Hospital de Cieza. Este centro dispone de 172 camas que todavía no han sido puestas en funcionamiento en su integridad. La población de las tres zonas básicas de salud, que está atendiendo en algunas especialidades suponen 52.716 habitantes.

Los datos de población a que hemos hecho referencia ,son datos ofrecidos por la Unidad Técnica Regional de Tarjeta Sanitaria a fecha 31 de agosto de 2.002.

En el cuadro siguiente se resume la información aquí descrita por Areas de Salud y Centros de Gestión:

**RELACION DE RECURSOS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

ÁREA	HOSPITALES S.M.S	GRUPO	POBLACION ADSCRITA	CAMAS INST.	CENTROS DE ESPECIALIDADES
I	H. U Virgen de la Arrixaca	4	457.335	881	C. E. Quesada Sanz (Murcia)
	H. V. De Arrixaca General				
	H. V. De Arrixaca Materno-Infantil				
	H. Morales Meseguer	2	75	444	C. E. El Carmen (Murcia)
	H. General Universitario	2			
II	H. Sta. M <sup>a</sup> del Rosell	2	299.170	384	Consultas Externas del Hospital General
	Los Arcos	1		102	
III	H. Dr. Rafael Mendez	2	146.763	224	C. E. Sta. Rosa de Lima (Lorca)
	H. del Noroeste	1	65.964	105	
V	H. Virgen del Castillo	1	53780.	98	C. E. de Jumilla
VI	H. Morales Meseguer	1	164.8866	172	
	Fundación Hospital de Cieza				
	<b>TOTAL</b>		<b>1187.898</b>	<b>2.465</b>	



**EQUIPAMIENTOS TECNOLÓGICOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN**

Equipo tecnológico	V.ARRIXACA	MORALES MESEGUER	STA. M <sup>a</sup> ROSELL	RAFAEL MÉNDEZ	COMARCAL NOROESTE	VIRGEN CASTILLO	GENERAL UNIVERS.	LOS ARCOS	F.CIEZA
Eco. Serv. Radiodiág.	5	3	3	3	2	2	1	1	2
Eco. Serv. Cardiolog.	2	2		1	1	1	1	1	1 (*)
Eco. Otros Serv.	3	1	6	3	3	2	1	2	1
<b>TC</b>									
TC convencional	2		1		1 (*)	1 (*)	1	1	
TC helicoidal	1	1		1					1
Mamógrafos	2	1	1	1	1	1	1		1
Angiógrafos digi.	1								
RM	1	1	1						
Sala convencional Rx	8	13	5	3	3	2	3	2	2
Telemando Rx	6	2	2	2	1	2	1	1	1
Arco multifunc. Rx					1				
Equipo radioquir.				2		1		1	
Gammacámaras	3								
Salas Hemodinámica	2								
Aceler. Lineales	3								

(\*) Entraran en funcionamiento a finales de este año.

Las camas destinadas a ingresos psiquiátricos de agudos son las siguientes:

RECURSOS ESTRUCTURALES HOSPITALARIOS	NÚMERO CAMAS
4 Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (Hospitales Generales)	46
2 Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (Hospital Psiquiátrico)	52
1 Unidad Desintoxicación Hospitalaria (Hospital General)	3-4*
1 Unidad de Media Estancia (Hospital Psiquiátrico)	48

(\*) No tiene número definido de camas. 3-4 es el n° de camas ocupadas de media al año.

ÁREA SALUD	HOSPITALES	NÚMERO/ UNIDAD	CAMAS AGUDOS	CAMAS SUBAGUDOS	CENTROS DE DÍA	U.T.O.	PISOS TERAPEUTICOS	UNIDADES REHABILITACIÓN	CENTROS SALUD MENTAL
I	Psiquiátrico Román Alberca	(2 U.)	52	(1 UME) - 50		1-Murcia		C/Día – 60 plazas	I S. Andrés. Adultos
	Morales Meseguer	(1 U.)	16			1-Mula			II Infante. Adultos
	Virgen Arrixaca	(1 U.)	14						M.Meseguer. Adultos
	General Universit.			(1UDH) - 2-4					V. Arrixaca. Adultos
	San Andrés				I.Juvenil – 24 pl				Alcantarilla. Adultos
	Programa drogas				25 pl (convenio)				S. Andrés. I.Juvenil
	CAD – Murcia	1 U.Móvil						5 (25 plazas)	
II	S.Mª del Rosell	(1 U.)	6	(1 UDH) 2					Cartagena. Adultos
	Programa drogas				25 pl (convenio)			C/Día – 40 plazas	Cartagena. I.Juvenil
III						1 Cartagena			Cartagena. Drogas
						1 – La Unión*			
						1 – Mazarrón*			
	Rafaél Méndez	(1 U.)	10			Lorca			Lorca. Adultos
	Lorca					Águilas*		C/Día – 20 plazas	Lorca. I.Juvenil
						Totana*			Lorca. Drogas
IV									Águilas Adultos
									Águilas. I.Juvenil
									Águilas. Drogas
V	Caravaca								Caravaca: Adultos, I.Juvenil y Drogas
						Jumilla			Yecla: Ad. I.Juv. Drog
VI						Yecla			Jumilla: Ad. I.J. y Dr.
	CAD	Cieza				Cieza*			Molina: Adultos, I.Juv. Cieza: Adultos, I.Juv.

(\*) Concierto Ayuntamiento y Servicio Murciano de Salud.

Por último, los centros privados distribuidos por áreas sanitarias son los siguientes:

**CENTROS PRIVADOS POR AREAS**

<b>NOMBRE HOSPITAL</b>	<b>CAMAS</b>	<b>SERVICIOS CONCERTADOS</b>
<b>SANATORIO SAN CARLOS</b>	<b>125</b>	Trauma, Cirugía, Urología, Ginecología, O.R.L., Maxilofacial.
<b>HOSPITAL DE MOLINA</b>	<b>90</b>	Trauma, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Maxilofacial, Radiología, Ginecología.
<b>HOSPITAL DE LA REAL PIEDAD</b>	<b>80</b>	Medicina Interna.
<b>CLÍNICA DR. BERNAL</b>	<b>22</b>	Medicina Interna.
<b>CLÍNICA SAN JOSÉ</b>	<b>80</b>	Trauma, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Maxilofacial, Dermatología, Ginecología.
<b>CENTRO MED. VIRGEN DEL ALCÁZAR</b>	<b>68</b>	Trauma, Cirugía, Maxilofacial, O.R.L., Oftalmología, Urología, Dermatología.
<b>SANATORIO DR. MESA DEL CASTILLO</b>	<b>72</b>	Cirugía, Urología, Oftalmología, Medicina Interna.
<b>SANATORIO PERPETUO SOCORRO</b>	<b>127</b>	Trauma, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Ginecología, Medicina Interna.
<b>SANATORIO HOSPITAL DE LA CARIDAD</b>	<b>122</b>	Medicina Interna.
<b>SANATORIO Nª Sª DE BELÉN</b>	<b>15</b>	
<b>SANATORIO PSIQUIÁTRICO DR. MUÑOZ</b>	<b>28</b>	
<b>SANATORIO VIRGEN DE LA VEGA</b>	<b>110</b>	Servicios Médicos y Quirúrgicos.
<b>HOSPITAL MUTUAMUR</b>	<b>14</b>	
<b>HOSPITAL CRUZ ROJA- CARTAGENA</b>	<b>105</b>	

Bibliografía:

1.- INSALUD, Subdirección General de Coordinación Administrativa. Mapa de recursos de asistencia especiali

## **62.- PERSONAL, RATIOS.**

Manuel Alcaraz Quiñonero<sup>1</sup>

Juan Antonio Martínez Carrillo<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dirección Médica . Hospital “Virgen del Castillo”. Yecla. Servicio Murciano de Salud.

<sup>2</sup> Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

## 62.1 INTRODUCCIÓN.

Más de 9.800 profesionales trabajan en los nueve hospitales de titularidad pública generales de la Región de Murcia a fecha 1 de agosto de 2002 (Tabla 62.1). De ellos, aproximadamente el 20% son facultativos, el 55% corresponde al resto del personal sanitario y el otro 25% al personal no sanitario. El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca posee el 40,5% del total de los recursos humanos de atención especializada.

Tabla 62.1. Recursos humanos en los hospitales públicos generales de la Región de Murcia.  
Año 2002

	PERSONAL FACULTATIVO	PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO	PERSONAL NO SANITARIO	TOTAL
H. VIRGEN ARRIXACA	827	2.167	959	3.968
H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA	163	476	196	848
H. SANTA MARIA DEL ROSELL	249	768	378	1.402
H. LOS ARCOS	77	195	73	352
H.DR. RAFAEL MENDEZ	135	435	215	792
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE	69	206	115	397
H. VIRGEN DEL CASTILLO	65	199	121	393
H. MORALES MESEGUER	279	762	323	1.372
FUNDACION HOSPITAL CIEZA	44	179	50	279
TOTAL	1.908	5.387	2.430	9.802

FUENTE. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

## 62.2 RATIOS DE PERSONAL.

En la Tabla 62.2 aparecen los ratios de personal referidos a 1000 Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) y al recurso cama, según datos publicados por el INSALUD. Según estos datos la situación en nuestra Región era similar al conjunto del territorio INSALUD, tal vez con una ligera diferencia a favor en lo que se refiere a personal sanitario no facultativo.

Tabla 62.2. Ratios de personal por 1000 TIS y por cama a 31 de diciembre de 2000

	R. HUMANOS/1000 HABITANTES			R. HUMANOS POR CAMAS		
	Facultativos	Sanitarios (no facultativos)	No sanitario	Facultativos	Sanitarios (no facultativos)	No sanitario
MURCIA	1.3	4.6	2.2	0.5	1.9	0.9
INSALUD	1.3	4.5	2.4	0.5	1.7	0.9

FUENTE. Mapa de recursos de asistencia especializada 2000. INSALUD.

Analizando las ratios de personal en los distintos hospitales de la Comunidad Autónoma, tanto al tomar como referencia la población asistida o el recurso cama, se puede observar que el Hospital General Universitario de Murcia se encuentra sustancialmente por encima de la media. Posiblemente esté en relación con la situación provisional de adscripción de camas y población en tanto en cuanto no se termine de construir el nuevo hospital. En cuanto al resto, el Hospital Morales Meseguer dispone de ratios inferiores a la media. La Fundación Hospital de Cieza no goza de un concierto sustitutorio por lo que no podemos referir su plantilla a una base poblacional, de ahí las diferencias con el resto de los hospitales que sí cubren áreas sanitarias en su conjunto.

Tabla 62.3 Ratios de personal por cama en los hospitales públicos generales de la Región de Murcia. Año 2002.

	PERSONAL FACULTATIVO POR CAMA	PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO POR CAMA	PERSONAL NO SANITARIO POR CAMA	TOTAL PERSONAL POR CAMA
H. VIRGEN ARRIXACA	0,88	2,30	1,02	4,19
H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA	2,17	6,35	2,61	11,25
H. SANTA MARIA DEL ROSELL	0,65	2,00	0,98	3,64
H. MORALES MESEGUER	0,63	1,72	0,73	3,08
H.DR. RAFAEL MENDEZ	0,60	1,94	0,96	3,52
H. LOS ARCOS	0,75	1,91	0,72	3,41
H COMARCAL DEL NOROESTE	0,66	1,96	1,10	3,74
H. VIRGEN DEL CASTILLO	0,66	2,03	1,23	3,96
FUNDACION HOSPITAL CIEZA	0,26	1,04	0,29	1,59
TOTAL	0,75	2,11	0,95	3,83

FUENTE. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Tabla 62.4 Ratios de personal por 1000 TIS en los hospitales públicos generales de la Región de Murcia. Año 2002.

	PERSONAL FACULTATIVO POR 1000 TIS	PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO POR 1000 TIS	PERSONAL NO SANITARIO POR 1000 TIS	TOTAL PERSONAL POR 1000 TIS
H. VIRGEN ARIXACA	3,35	8,77	3,88	16,05
H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA	1,09	3,19	1,31	5,69
H. SANTA MARIA DEL ROSELL	1,14	3,51	1,73	6,41
H. MORALES MESEGUER	1,09	2,75	1,03	4,96
H.DR. RAFAEL MENDEZ	0,94	3,02	1,49	5,50
H. LOS ARCOS	1,06	3,15	1,76	6,08
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE	1,23	3,77	2,29	7,44
H. VIRGEN DEL CASTILLO	1,53	4,18	1,77	7,53
FUNDACION HOSPITAL CIEZA	0,89	3,62	1,01	5,64
TOTAL	1,62	4,57	2,06	8,31

FUENTE. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

(1) Mapa de recursos de asistencia especializada 2000. INSALUD.

## **63. CARTERA DE SERVICIOS**

La cartera de servicios es la relación de servicios sanitarios que pueden ser prestados a la población por parte de una institución sanitaria, o por un conjunto de ellas, durante un periodo de tiempo.

La existencia de esta oferta de servicios responde a estos tres determinantes.

- Necesidades y demandas de la población
- Criterios científicos técnicos
- Prioridades de política sanitaria

El estudio de la cartera de servicios de un ámbito determinado, y en este caso del Servicio Murciano de Salud de Atención Especializada, se puede realizar desde distintos niveles de profundidad y complejidad.

- Descripción de servicios clínicos o especialidades médicas existentes, y que por tanto ofrecen sus servicios en cada centro.

- Identificación de técnicas y procedimientos disponibles en cada uno de estos servicios y para cada hospital de la red. Asociadamente, detalle de los equipamientos que permiten la realización de las referidas técnicas.

- Indicación del área de población a cubrir en cada una de estas técnicas por cada uno de los servicios.

- Descripción de los circuitos de derivación de pacientes resultantes de las diferencias entre centros en la cartera de servicios.

Un sistema de información que estudiase de una manera profunda la cartera de servicios redundaría en una serie de análisis, explotaciones y evaluaciones de gran trascendencia para la mejora de la práctica asistencia y para la toma de decisiones de política y gestión sanitaria como son:

- Se posee un mayor conocimiento del ajuste oferta-demanda para cada una de las técnicas y procedimientos.

- Se facilita la coordinación entre servicios que trabajen en líneas asistenciales comunes favoreciendo la gestión del conocimiento.

- Permite afinar los procesos de evaluación y acreditación.
- Permitiría la mejora.

Existe un ambicioso proyecto, Sistema de Información de la Cartera de Servicios de Atención Especializada (SICAR), que pretendía la obtención de la información descrita en los hospitales del INSALUD. La cumplimentación de la información requerida sobre Técnicas, Procedimientos, Equipamientos, etc. Ha sido desigual por parte de los distintos hospitales, lo que dificulta la adecuada explotación de dicho sistema de información.

En el ANEXO I se detalla la información sobre Cartera de Servicios que se recoge en el Contrato de Gestión 2002 para cada uno de los hospitales públicos de la Región. En él se presentan las distintas especialidades médicas y se señala la existencia o no de la misma en cada uno de los centros con la siguiente nomenclatura:

- **C:** El hospital no dispone de ese servicio.
- **A:** Si dispone del mismo atendiendo al Área de cobertura propia.
- **RA:** Atiende no sólo a su Área de cobertura sino a algún Área adicional.
- **RR:** Es el servicio de referencia de la Región y, salvo excepciones, atiende a los pacientes de todas las Áreas en esa especialidad.

En la columna de la derecha se totaliza el número de servicios existentes en la región.

A partir de la recepción de las competencias en materia de sanidad, en Enero de 2002, se debe abordar la reordenación de la Cartera de Servicios que afectaría sobre todo a tres de las seis Áreas de Salud:

- **Área I – Murcia.** La población del Municipio está siendo atendida por tres hospitales, uno de los cuales es el Hospital de Referencia Regional (Hospital Virgen de la Arrixaca). La construcción del nuevo hospital en Vistabella (que sustituye al antiguo Hospital General

Universitario) y la progresiva puesta en marcha de los hospitales de Cieza y Molina de Segura en el área de referencia del Hospital Morales Meseguer obligan al replanteamiento de la adscripción de la población en la atención especializada de esta área.

- **Área II- Cartagena.** En esta área encontramos dos hospitales en proceso de redefinición y la existencia de un déficit actual en la provisión de servicios de Atención Especializada.

- **Área VI- Vega del Segura.** Aunque de hecho la Fundación Hospital de Cieza está atendiendo a la población de su entorno, en alguna especialidades, este hecho no ha sido regulado de forma precisa en el mapa sanitario. También está por definir el papel del Hospital de Molina y como consecuencia la cobertura que deba realizar el Hospital Morales Meseguer, actualmente Hospital de referencia de esta población.

## ANEXO I – ESTRUCTURA Y CARTERA DE SERVICIOS

ESPECIALIDADES MÉDICAS	H.V.A.	H.M.M.	H.S.M.R.	H.R.M.	H.G.U.	H.C.N.	H.V.C.	H. ARCOS	TOTAL
ALERGIA	A	A	A	A	A	C	A	C	6
ANÁLISIS CLÍNICOS	A	A	A	A	A	A	A	A	8
ANATOMÍA PATOLÓGICA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	A	A	A	A	A	A	A	A	8
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR	C	C	C	C	C	C	C	C	0
APARATO DIGESTIVO	A	A	A	A	A	A	A	A	8
BIOQUÍMICA CLÍNICA	A	A	C	C	A	C	C	C	3
CARDIOLOGÍA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
CIRUGÍA G. Y APARATO DIGESTIVO	A	A	A	A	A	A	A	A	8
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	RR	C	C	C	A	C	C	C	2
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
CIRUGÍA TORÁCICA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
CIRUGIA PLÁSTICA Y REPARADORA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	A	A	A	A	A	A	A	C	7
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	C	C	C	C	C	C	C	C	0
FARMACIA HOSPITALARIA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
GERIATRÍA	A	C	A	C	C	C	C	C	2
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	RA	RA	A	A	A	A	A	A	8
INMUNOLOGÍA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
MEDICINA INTENSIVA	A	A	A	A	A	C	C	C	5
MEDICINA INTERNA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
MEDICINA NUCLEAR	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOL	A	A	A	A	A	C	C	A	6
NEFROLOGÍA	A	C	A	A	C	C	C	C	3
NEUMOLOGÍA	A	A	A	A	A	C	A	A	7
NEUROCIROLOGÍA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	A	A	A	C	A	C	C	C	4
NEUROLOGÍA	A	A	A	A	A	A	A	C	7
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	RA	C	A	A	A	A	A	A	7
OFTALMOLOGÍA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
ONCOLOGÍA MÉDICA	A	A	A	C	C	A	C	C	4
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	RR	C	C	C	C	C	C	C	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
PEDIATRÍA	RA	C	A	A	C	A	A	A	6
PSIQUIATRÍA	A	A	A	A	A	C	C	C	5
RADIDIAGNÓSTICO	A	A	A	A	A	A	A	A	8
REHABILITACIÓN	RA	A	A	A	C	A	A	A	7
REUMATOLOGÍA	A	A	A	A	A	C	C	A	6
TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
UROLOGÍA	A	A	A	A	A	A	A	A	8
MEDICINA PREV. Y SALUD PÚBLICA	A	C	C	C	A	C	C	C	2
ESTOMATOLOGÍA	C	C	C	C	A	C	C	C	1
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	C	C	C	C	A	C	C	C	1
MEDICINA DEL TRABAJO	A	A	A	A	C	C	C	C	4
ARCHIVO HISTORIAS CLÍNICAS	A	A	A	A	A	C	A	C	6
MEDICINA FAMILIR Y COMUNITARIA	A	A	A	A	C	A	A	A	7

Carece: C      Referencia Área: RA

Area: A      Referencia Regional: RR

## 64.- INDICADORES DE ACTIVIDAD

Manuel Alcaraz Quiñonero<sup>1</sup>

José Miguel Artero Galán<sup>2</sup>

José Eduardo Calle Urra<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Dirección Médica . Hospital “Virgen del Castillo”. Yecla.

<sup>2</sup> Dirección Gerencia. Hospital “Rafael Méndez”. Lorca.

<sup>3</sup> Servicio de Planificación y coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

## 64.1 INTRODUCCIÓN.

La actividad que se desarrolla, en el ámbito de la Atención Especializada, en los Centros dependientes del Servicio Murciano de Salud es ingente y no homogénea, estando determinada por la función del propio Hospital: general o monográfico (Hospital Psiquiátrico ) y por las características del propio edificio y las instalaciones del mismo, así como por la cartera de servicios del Centro y su carácter comarcal o regional.

Esta enorme y compleja actividad que generan los Centros Hospitalarios es en algunos casos fácil de medir (número de intervenciones quirúrgicas, pruebas de laboratorio, número de partos, etc ), pero es de difícil cuantificación en otros, como en el caso de los cuidados médicos y de enfermería que precisa cada paciente y que constituye el producto final y la justificación de la propia existencia del Centro.

Por otro lado , la simple medición de la actividad que realiza cada Centro Hospitalario, no tiene en cuenta la eficiencia en el uso de los recursos ni la calidad con la que se prestan los cuidados, aspectos estos que constituyen auténticos resultados de la producción hospitalaria.

Para la valoración de la eficiencia se hace necesario la agrupación de la casuística a través de Sistemas de Clasificación de Pacientes como los GRD,s ( grupos relacionados con el diagnóstico). Una vez agrupada la misma, es posible realizar comparaciones entre hospitales con las mismas características estructurales, obteniendo unos índices resumen como el IEMA (Índice de Estancia Media Ajustado), el IC (Índice de Complejidad) y el Impacto de Estancias, que nos permiten valorar fácilmente si nuestro funcionamiento es mejor o peor que el estándar de comparación y la magnitud de la diferencia.

Finalmente, la incorporación a los análisis del funcionamiento hospitalario de indicadores de calidad, es un aspecto de vital importancia. La calidad se mide a través de la valoración de los datos de mortalidad, complicaciones, reingresos, nivel de utilización de determinados procedimientos, etc.

## 64.2. INDICADORES DE ACTIVIDAD CLÁSICOS.

La transformación funcional que han sufrido los Hospitales en los últimos años, adecuándose a criterios de eficiencia y calidad, ha tenido como consecuencia la realización de nuevas actividades , como la que se lleva a cabo en los Hospitales de Día de los Centros y que está reflejada en el apartado de Hospital de Día (tratamientos /día hábil) y en el de Actividad Quirúrgica ( índice de sustitución CMA). ( Tabla 64.1 y 64.2).

Del mismo modo se ha introducido, dentro de la Actividad Obstétrica, el % de partos con epidural (Tabla 64.1 y 64.2) como indicador de calidad dentro de la Asistencia Sanitaria.

Tabla 64.1. Indicadores de actividad hospitalaria. Región de Murcia 1997-2001.

	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001	%variación 97/01
<b>Hospitalización</b>						
Estancia Media	7.32	7.22	7.23	7.17	6.76	0.56
l. ocupación	81.67	81.51	83.15	81.38	75.86	5.81
l. rotación	40.71	41.23	41.97	41.55	42.75	-2.04
l. mortalidad	2.96	2.90	3.26	3.26	3.59	-0.63
l. necropsias	2.74	1.79	1.26	1.70	4.86	-2.12
Ingresos /día	220.83	218.87	229.10	238.49	209.30	11.53
Altas /día				240.51	267.49	
<b>Hospital de Día</b>						
Tratamientos / día hábil				207.05		
<b>Urgencias</b>						
Urgencias/día	1029.44	1052.32	1178.59	1249.81	1616.87	-587.43
Presión de urgencias	74.99	77.50	80.96	79.27	78.16	-3.17
%Urgencias ingresadas	16.09	15.93	15.43	14.90	12.83	3.26

<b>Consultas</b>						
Consultas total/día hábil	5639.19	5598.80	5701.69	6065.44	6684.84	-1045.65
Relación sucesivas/primeras	1.60	1.73	1.67	1.88	1.94	-0.34
<b>Actividad quirúrgica</b>						
Interv. Urgentes/día	23.92	22.18	25.67	27.12	31.16	-7.24
Interv. Programadas/día hábil	82.23	82.24	78.79	78.28	92.46	-10.23
% ambulatorias /totales						
I. sustitución de CMA						
<b>Actividad Obstétrica</b>						
Partos / día	29.08	28.34	29.44	31.36	36.47	-7.39
% Cesáreas / partos	15.75	17.30	18.41	18.43		
% Partos con epidural						

Tabla 64.2 Indicadores de actividad hospitalaria Hospitales de titularidad pública. Región de Murcia. 2001

	Hospital V.Arrixaca	Hospital Sta. M <sup>a</sup> Rosell	Hospital Rafael Méndez	Hospital Comarcal Nororeste	Hospital Morales Meseguer	Hospita l Virgen Castillo	Hospital General Murcia	Hospital Los Arcos
<b>Hospitalización</b>								
Estancia Media	7.62	6.61	5.84	5.73	7.63	4.88	8.31	4.73
I. ocupación	76.75	79.01	72.63	62.62	79.14	67.06	79.20	71.65
I. rotación	39.42	43.92	43.89	49.96	40.54	50.20	57.05	56.95
I. mortalidad	3.88	3.76	3.03	2.71	4.11	3.20	1.64	2.98
I. necropsias	8.54	0	0	0	0	0.62	78.57	0
Ingresos /día	95	46	27	13	46	13	12	15
Altas /día	95	46	29	13	46	13	12	15

<b>Hospital de Día</b>								
Tratamientos / día hábil	39	17	3	17	66	1.05		
<b>Urgencias</b>								
Urgencias/día	480.19	259.69	177.65	94.55	250.27	68.15	128.10	186.32
Presión de urgencias	82.51	79.45	88.84	74.92	71.36	79.99	31.83	76.55
%Urgencias ingresadas	16.35	13.99	13.35	10.41	13.14	14.09	2.91	6.35
<b>Consultas</b>								
Consultas total/día hábil	2589.65	1019.52	667.85	345	1302.14	334.23	296.48	168.16
Relación sucesivas/primeras	2.35	1.36	1.82	1.44	2.05	1.85	2.24	1.41
<b>Actividad quirúrgica</b>								
Interv. Urgentes/día	9.75	4.68	3.67	1.52	5.58	1.76	1.23	3.23
Interv. Programadas/día hábil	31.80	11.82	8.15	5.37	17.13	4.34	8.41	7.08
% ambulatorias /totales								
I. sustitución de CMA						37.42		
<b>Actividad Obstétrica</b>								
Partos / día	19.02	6.24	4.27	1.81		2.11		3.01
% Cesáreas / partos						14.43		
% Partos con epidural						22.37		

### **64.3 ANÁLISIS DEL CMBD**

La información aportada por los Hospitales en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de las altas hospitalarias permite el análisis de la casuística de estos Centros y conocer la complejidad de lo que se hace en el mismo y como es el funcionamiento.

En la tabla 64.3 se observan los indicadores de gestión extraídos del análisis del CMBD, siendo el % de altas codificadas un indicador de la calidad de la información analizada.

Los indicadores mostrados ponen de manifiesto que la casuística atendida en los Hospitales de la Región de Murcia en el año 2001 es un 2% menos compleja que la del estándar de comparación. Sin embargo, el funcionamiento de los Centros ha sido, en este año 2001, un 6% mejor que la del estándar.

Por otro lado, los Hospitales tuvieron en funcionamiento un 3% mejor que en el año 2000.

Finalmente , el incremento es un 6,47% en el nº de UCH,s (Unidades de Complejidad Hospitalaria) respecto al año anterior, manteniéndose el mismo Peso Medio, hay que atribuirlo a un incremento del número de episodios atendidos.

Tabla 64.3. Indicadores de gestión de los Hospitales de titularidad pública. Región de Murcia 20001.

	Hospital V. Arrixaca	Hospital Sta. M <sup>a</sup> del Rosell	Hospital Rafael Méndez	Hospital Comarcal del Noroeste	Hospital Morales Meseguer	Hospital Virgen del Castillo	Hospital General de Murcia	Hospital Los Arcos	Total
<b>% Altas Codificadas</b>	97,25	98,68	92,31	99,98	87,26	99,13	*	100	95,57
<b>Índice Complejidad</b>	0,91	0,99	0,95	0,94	1,07	0,94	0,84	0,89	0,98
<b>Peso Medio</b>	1,51	1,32	1,2	1,07	1,65	1,12	1,43	1,00	1,39
<b>IEMA 2001/ Grupo 2000</b>	0,97	0,94	0,91	0,93	0,89	0,92	1,25	0,94	0,94
<b>IEMA 2001/ Hospital 2000</b>	0,98	0,90	0,86	0,81	0,87	1,00	1,08	0,79	0,97
<b>UCH , s</b>	50.823	21.886	11.708	5.127	24.235	5.367	3.648	5.613	128.407

\* Este indicador no ha podido ser elaborado al desconocerse el nº total de altas

## **65.- ATENCION ESPECIALIZADA**

**ACTIVIDAD CONCERTADA LISTAS DE ESPERA QUIRURGICA,  
DIAGNOSTICA Y DE C. EXTERNA**

Francisco Sánchez Sánchez<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial.

## **65.1.- REGULACIÓN LEGAL**

Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Contratos para las Administraciones Públicas (BOE 21-6-2000) y Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (BOE 26-10-2001)

El concierto es una forma de gestión de servicios públicos en la que, mediante un contrato y durante un tiempo limitado, una persona física o jurídica, privada (se excluye la persona pública en el ámbito sanitario) presta el servicio en base a las condiciones acordadas por la Administración, a cambio del abono de una cantidad estipulada, asumiendo íntegramente el riesgo económico en su ejecución, sin que con ello se cree una persona jurídica nueva, ni la persona concertada pase a tener la condición de Administración Pública.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 156 del texto refundido de la Ley de Contratos para las Administraciones Públicas y el artículo 181 de su Reglamento General, el concierto se utilizará en aquellos supuestos en los que para el desempeño o mayor eficacia de un servicio público convenga a la Administración contratar la actividad privada de particulares que tenga análogo contenido al del respectivo servicio.

### **Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-1986).**

La Ley General de Sanidad en su artículo 88 reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución.

Según dicha Ley el Concierto es un contrato por el que la Administración Sanitaria presta servicios propios de la misma con medios ajenos.

A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

La condición previa para la concertación es que los hospitales hayan sido homologados de acuerdo con un protocolo definido.

El régimen de conciertos fuerza a los entes privados, si quieren cooperar con la Administración, a aceptar las condiciones previas, tanto de medios con que cuenten, como de derechos y obligaciones, a cambio de una contraprestación económica.

En cuanto al usuario de los servicios concertados, la ley formula dos principios: el concierto debe asegurar el trato igual de todos los usuarios afectados por su aplicación y la Administración cuenta con los poderes de policía necesarios para garantizar el trato del enfermo en las condiciones pactadas.

Resolución de 11 de abril de 1980, por la que se regula la asistencia sanitaria con medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social.

En ella se determina que, los conciertos de prestaciones de servicios y actividades sanitarias, tendrán carácter subsidiario y complementario de las prestaciones de servicios y actividades sanitarias desarrolladas directamente por la Seguridad Social, dándose prioridad, en igualdad de condiciones, a los Centros del sector público y a los del sector privado no lucrativo.

En todo caso, continúa diciendo la resolución, el contenido de la prestación que se otorga por vía de concierto no podrá exceder de lo establecido en materia sanitaria por la legislación vigente, ni ampliar el ámbito de cobertura de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.

El sistema a seguir para consecución de la finalidad que se pretende se ajustará a los siguientes criterios:

1).- Calificación de los Centros por Grupos y Niveles, en razón de los siguientes parámetros:

- Función y nivel de cobertura asistencial que ofrece el Centro.
- Equipamiento de personal, su cualificación, especialización y dedicación.
- Equipamiento de material.
- Cobertura continuada de las prestaciones a través de servicios de urgencia.
- Indicadores de rentabilidad.
- Características del inmueble.

2).- Establecimiento de las condiciones económicas por un sistema de tarifas para cada grupo y nivel y prestación. Para cada uno de los grupos y niveles de Centros se fijarán unas tarifas, por estancia y día, acordes con la calificación que se establece, todo ello dentro del marco y normativa presupuestaria existente.

## 65.2.- CONCIERTOS EXISTENTES:

Centros Sanitarios:

Hospital	Localidad	Grupo Nivel	Nº Camas	Nº Quiróf.	Servicios concertados
Sanatorio San Carlos	Murcia	IV - I A	126	6	Traumatología, Cirugía, Urología, Ginecología, O.R.L., Maxilofacial.
Sanatorio Dr. Mesa del Castillo	Murcia	IV - I A	84	1	Cirugía, Urología, Oftalmología, Medicina Interna.
Hospital de Molina	Molina de Segura	IV - I A	90	3	Traumatología, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Maxilofacial, Radiología, Ginecología.
Hospital de la Real Piedad	Cehegín	II - I	42		Medicina Interna.
Clínica Dr. Bernal	Caravaca	IV - I B	34	1	Medicina Interna.
Clínica San José	Alcantarilla	IV - I A	80	4	Traumatología, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Maxilofacial, Dermatología, Ginecología.
Centro Medico Virgen Alcázar	Lorca	IV - I A	94	2	Traumatología, Cirugía, Maxilofacial, O.R.L., Oftalmología, Urología, Dermatología.
Sanatorio Perpetuo Socorro	Cartagena	IV - I A	322	6	Traumatología, Cirugía, Urología, Oftalmología, O.R.L., Ginecología, Medicina Interna, Rehabilitación
Sto. Hospital de la Caridad	Cartagena	IV - I B	122	3	Medicina Interna.
Fundación Hospital de Cieza	Cieza		130	4	Cirugía, Urología, Oftalmología, Medicina Interna, Traumatología.

### Servicios Sanitarios:

#### Oxigenoterapia:

Air Liquide Medicinal (Murcia)  
Abello Linde (Cartagena)

#### Hemodiálisis:

Centro de Hemodiálisis S.L. (El Palmar)  
Hocasa (Molina de Segura, Yecla y Caravaca)

#### Resonancia Nuclear Magnética:

Resonancia Magnética del Sureste S.L. (Murcia)

**Tomografía Axial Computerizada:**

Scanner Murcia S.L. (Murcia)

**Mamografías:**

Resonancia Magnética del Sureste S.L. (Murcia)

Asociación Española Contra el Cáncer

**65.3.- CONCIERTOS EN TRAMITACION:**

-Logopedia

-Rehabilitación

-Resonancia Magnética Móvil

-Oxigenoterapia domiciliaria

-Poligrafías

**65.4.- RESUMEN GASTO REAL CONCIERTOS EJERCICIOS 1997 A 2001:**

ARTICULO 25

GASTO REAL -CONCIERTOS-

SITUACION DEL GASTO REAL AL CIERRE DE LOS EJERCICIOS QUE SE INDICAN

RESUMEN CONCIERTOS ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PRIMARIA

PROG RAMA	APLICACIÓN ECONOMICA	IMPORTE EN MILES DE PTAS.					EN MILES DE EUROS
		GASTO REAL 1 9 9 7	GASTO REAL 1 9 9 8	GASTO REAL 1 9 9 9	GASTO REAL 2 0 0 0	GASTO REAL 2 0 0 1	
2223	Conc. Complementarios	5.607.464	2.922.594	3.201.551	2.608.142	5.300.000	31.853,64
	Demora Quirúrgica	0	626.485	780.050	1.628.979	2.081.660	12.511,03
	C.H. Sustitutorios	0	2.801.554	1.991.589	2.971.240	900.000	5.409,11
	Fundaciones	0	0	0	0	0	0,00
	Total Concepto 252	5.607.464	6.350.633	5.973.190	7.208.361	8.281.660	49.773,78
	253 HEMODIALISIS	1.015.950	1.120.383	1.175.214	1.281.115	1.472.573	8.850,34
	2541 LITOTRICIAS RENALES	31.476	48.145	49.005	44.820	54.135	325,36
	2542 OXIGENOTERAPIA .....	392.353	456.778	544.493	611.554	646.271	3.884,17
	2543.1 R. N. M.	186.227	160.673	239.994	317.757	393.489	2.364,92
	2543.2 T. A. C.	80.923	58.478	87.885	105.052	96.781	581,67
	2543.9 OTROS	54.058	0	11.944	26.204	20.669	124,22
	255 Ambulancias	679.344	764.197	748.157	860.317	969.440	5.826,45
	2582 OTROS SERV. A.S.	319.495	131.929	135.696	259.699	343.929	2.067,06
	RESTO ARTICULO 25	141.501	141.795	150.891	194.713	222.960	1.340,02
TOTAL ARTICULO 25 ATENCION ESPECIALIZADA		8.508.792	9.233.012	9.116.469	10.909.591	12.501.907	75.137,98
2121	251 Conc. II. A. Primaria	39.133	35.573	106.136	159.270	204.258	1.227,62
TOTAL ARTICULO 25 ATENCION PRIMARIA		39.133	35.573	106.136	159.270	204.258	1.227,62
TOTAL CONCIERTOS		8.547.925	9.268.585	9.222.605	11.068.861	12.706.165	76.365,59

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1) Mercé Casas. GRD. Una guía práctica para médicos . Cuadernos de Gestión clínica. IASIST. 1.995.
- 2) J.L. Temes, V. Pastor, J.L. Díaz. Manual de Gestión Hospitalaria. Mcgraw-Hill-Interamericana. 1.992.
- 3) M.A. Asenjo, Ll. Bohigas, A. Trilla, A. Pastor. Gestión diaria del Hospital. Masson, S.a. 1.998.

## **66. SALUD MENTAL Y ATENCION A DROGODEPENDIENTES.**

Giribet Muñoz C,  
Oñate Gómez J,  
García Sancho JC,  
Navarro Mateu F,  
Peñalver Pardínez JA,  
Celdrán Lorente

## **66.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.**

Desde mediados de la década de los años 80 estamos asistiendo a un proceso de transformación de la atención psiquiátrica, también denominado como Reforma Psiquiátrica. Este proceso, sustentado legal e ideológicamente en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y en la Ley General de Sanidad, ha supuesto el desplazamiento de la atención a la Salud Mental desde los Hospitales Psiquiátricos, hacia una asistencia centrada en la atención comunitaria, donde los Centros de Salud Mental se convierten en el eje de una atención sanitaria que garantice el mantenimiento de una continuidad de cuidados a través de la creación de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados, todos ellos integrados en el Sistema Nacional de Salud.

La aplicación concreta de este proceso en nuestra Región se ha reflejado en los sucesivos Planes de Salud Mental (1995-1999 y 1999-2001). En la actualidad no se ha completado el desarrollo del actual modelo por diversas circunstancias.

Hasta la asunción de las Transferencias Sanitarias en enero de 2002, coexistían dos modelos de gestión (S.M.S. e INSALUD), así como dos organigramas de funcionamiento muy dispares entre sí, y con una dotación de recursos, estructurales y humanos, tremendamente desigual, llevando por así decir el peso de la asistencia en materia de salud mental el Servicio Murciano de Salud.

Desde la asunción de las Transferencias Sanitarias, existe una sola red de salud mental, con la existencia de un Departamento de Salud Mental que es el encargado de la integración funcional, y que propone un mismo modelo de funcionamiento, objetivos comunes, programas asistenciales, métodos de actuación, cartera de servicios, evaluación y sistema de registro, una

planificación unitaria y realista, así como la imprescindible coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia.

En la actualidad la asistencia sanitaria en salud mental en nuestra región, depende del Servicio Murciano de Salud, estando sectorizada la misma y regulada a través de BORM desde mayo de 1995 por la “Orden de la Consejería de Sanidad sobre la Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia”, referido tanto a nivel de sectorización ambulatoria (contemplando la asistencia en los programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias), así como a la sectorización hospitalaria, quedando sin sectorizar el programa de rehabilitación debido a la escasez de recursos de este tipo existentes en la región. La atención al enfermo mental que precisa un ingreso de larga estancia (unidades residenciales), es asumida por los Servicios Sociales.

#### **66.2. RECURSOS ESTRUCTURALES Y HUMANOS.**

Los recursos existentes actualmente en salud mental dependientes del SMS, (tablas 1 y 2), están compuestos por: 16 CSM/CAD que atienden los programas de adultos, infanto-juvenil y drogodependencias, 4 unidades de rehabilitación–centro de día para adultos, 1 centro de día infanto-juvenil, 2 centros de día para drogodependientes (conveniados), 5 pisos terapéuticos, 11 unidades de tratamiento con opiáceos, 4 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, 2 unidades de internamiento psiquiátrico en hospital psiquiátrico, 1 unidad de desintoxicación hospitalaria, y 1 unidad de media estancia psiquiátrica.

**Tabla 66.1: Recursos Estructurales de Salud Mental por Areas sanitarias**

AREA SANITARIA I	
2 unidades de agudos (52 camas) H. Psiquiátrico	C.S.M. I de Murcia "San Andrés". Prog, adultos.
1 unidad Agudos (16 camas) H. M. Meseguer	C.S.M. II de Murcia "Infante". Prog. Adultos.
1 unidad Agudos (14 camas) H. Virgen Arrixaca	C.S.M. "Morales Meseguer". Programa Adultos.
1 unidad Subagudos (U.M.E.) (50 camas).H.Psiq.	C.S.M. "Virgen de la Arrixaca". Programa Adultos.
1 unidad Desintox. (UDH)-(2-4 camas) H.General	C.S.M. de Alcantarilla. Programa Adultos.
5 pisos terapéuticos (25 plazas)	C.S.M. Infante-Juvenil de Murcia "San Andrés"
1 U.Rehabilitación-C.Día. (60 plazas). H. Psiquiat.	C.S.M. de Mula. Prog. Adultos, Infante-Juvenil, Drogas
1 U.Rehabilitación-C Día. (60 plazas). "S.Andrés".	C.A.D. de Murcia. Programa Drogodependencias
1 C. Día Infante-Juvenil (24 plazas). "S.Andrés".	1 unidad móvil. Programa Drogodependencias
1 C. de Día, Progr. Drogas.(25 plazas).(Conveniado).	1 U.T.O. en Murcia.
	1 U.T.O. en Mula.
AREA SANITARIA II	
C.S.M. de Cartagena. Programa adultos.	1 Unidad de Desintoxicación (UDH) (2 camas)
C.S.M. de Cartagena. Programa Infante-Juvenil.	1 C. Día (Prog. Drogas) (25 plazas) (Conveniado)
C.S.M. de Cartagena. Programa Drogas.	1 U.T.O. Cartagena.
U. Rehabilitación-C. Día. Cartagena.(40 plazas)	1 U.T.O. La Unión. (SMS-Ayuntamiento).
1 Unidad de Agudos (6 camas) H. Virgen Rosell	1 U.T.O. Mazarrón. (SMS-Ayuntamiento).
AREA SANITARIA III	
C.S.M. de Lorca. Programa adultos.	C.S.M. de Aguilas. Programa adultos.
C.S.M. de Lorca. Programa Infante-Juvenil.	C.S.M. de Aguilas Programa Infante-Juvenil.
C.S.M. de Lorca. Programa Drogodependencias.	C.S.M. de Aguilas Programa Drogodependencias.
1 Unidad Agudos (10 camas). H. Rafael Méndez	1 U.T.O. Aguilas (SMS-Ayuntamiento).
U. Rehabilitación-C. Día de Lorca.(20 plazas).	1 U.T.O- Totana (SMS-Ayuntamiento).
1 U.T.O. Lorca.	
AREA SANITARIA IV	
C.S.M. de Caravaca. (Programa Adultos, Infante – Juvenil y Drogodependencias).	
AREA SANITARIA V	
C.S.M. de Jumilla: Programa Adultos, Infante-Juvenil y Drogodependencias.	C.S.M. de Yecla: Programa Adultos, Infante-Juvenil y Drogodependencias.
1 U.T.O. Jumilla.	1 U.T.O. Yecla.
AREA SANITARIA VI	
C.S.M. de Cieza. Prog. Adultos e Infante-Juvenil.	C.S.M. de Molina. Programa Adultos e Infante-Juvenil.
C.A.D. de Cieza.- Programa Drogodependencias	
1 U.T.O. Cieza. (SMS-Ayuntamiento).	

CSM: Centro Salud Mental. CAD: Centro Atención Drogas. U.T.O.: Unidad Tratamiento Opiáceos

**Tabla 66.2: Recursos estructurales hospitalarios y nº de camas.**

Recursos estructurales hospitalarios	Nº Camas
4 Unidades Psiquiátricas Hospitalarias. (Hospitales Generales).	46
2 Unidades Psiquiátricas Hospitalarias. (Hospital Psiquiátrico).	52
1 Unidad Desintoxicación Hospitalaria. (Hospital General).	3-4*
1 Unidad de Media Estancia. (Hospital Psiquiátrico).	48

\* No tiene nº definido de camas. 3-4 es el nº de camas ocupadas de media al año.

Según las estimaciones y recomendaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), así como las de los países de nuestro entorno de la Unión Europea, en relación a los recursos asistenciales estructurales, se precisaría al menos un 30% más de camas de corta estancia, y más del 100% de camas de media estancia, de larga estancia, plazas de centro de día y de centros de rehabilitación psiquiátrica. No disponemos en toda la Región de camas específicas de psiquiatría infanto-juvenil, ni plazas de hospital de día psiquiátrico. Todavía existen en el Hospital Psiquiátrico el 50% de las camas de corta estancia, contraviniendo las indicaciones de la Ley General de Sanidad. La escasa dotación de recursos como los Hospitales y Centros de Día en un escenario de pocas camas de media y larga estancia, está teniendo efectos muy negativos, tanto en la atención a los pacientes mas graves, como en la correcta utilización de las unidades de hospitalización breve.

En relación con los recursos humanos (tablas 3, 4 y 5), se precisaría casi el doble de recursos en todas las categorías profesionales, para atender adecuadamente a la población. Las recomendaciones mínimas de la AEN por 100.000 habitantes, son de 9 psiquiatras, 8 psicólogos, 8 enfermeros y 3 trabajadores sociales. Por áreas sanitarias se evidencian diferencias significativas respecto al número de profesionales, así es insuficiente el número de psiquiatras en las áreas sanitarias V y VI, de psicólogos en las áreas IV, V y VI, de ATS/DUE en las áreas II, IV y VI, y no se dispone de trabajador social ni de terapeuta ocupacional en las áreas IV, V y VI.

**Tabla 66.3: Recursos humanos en atención ambulatoria a la Salud Mental. Región de Murcia**

	Psiquiatras+ Med.Drogas	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T.Ocupac.
<b>Área I</b> 439.471 h	27 1/16.000 h.	17 1/26.000 h.	16 1/27.500 h.	5 1/88.000 h	4 1/110.000 h
<b>Área II</b> 275.541 h	13 1/21.000 h.	10 1/27.500 h.	6 1/46.000 h.	3 1/92.000 h.	2 1/138.000 h
<b>Área III</b> 129.383 h	6 1/21.500 h.	6 1/21.500 h.	5 1/26.000 h.	2 1/65.000 h.	2 1/65.000 h.
<b>Área IV *</b> 64.082 h	3 1/21.500 h.	1 1/64.000 h.	1 1/64.000 h.	-	-
<b>Área V *</b> 48.942 h	2 1/24.500 h.	1 1/49.000 h.	3 1/16.500 h.	-	-
<b>Área VI</b> 158.189 h	5 1/31.500 h.	3 1/53.000 h.	3 1/53.000 h.	-	-
<b>Total Región</b> 1.115.608 h	56 1/20.000 h.	38 1/29.000 h.	34 1/33.000 h	10 1/111.000 h	8 1/140.000 h

\* Los profesionales de las áreas sanitarias IV y V atienden los tres programas asistenciales (adultos, infanto-juvenil y drogodependencias) de forma integrada. En el resto de áreas sanitarias existen profesionales específicos para los diferentes programas asistenciales, con la peculiaridad en el área I de la existencia de un centro específico de atención a drogodependencias no integrado ni física ni funcionalmente con el resto de programas asistenciales.

**Tabla 66.4: Recursos humanos en atención hospitalaria de Salud Mental. Región de Murcia**

	Psiquiatras	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T.Ocupac.
<b>Total Región</b> 1.115.608 h	22 1/50.500 h.	8 1/140.000 h.	50 1/22.000 h	4 1/70.000 h	9 1/125.000 h

**Tabla 66.5: Total recursos humanos en Salud Mental en la Región de Murcia**

	Psiquiat. D./M.	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T.Ocupac.
<b>Total Región</b> 1.115.608 h	78 1/14.300 h. 5/100.000 h.	46 1/124.300 h. 3,4/100.000	84 1/13.300 h 3,1/100.000	14 1/79.700 h 0,9/100.000	17 1/165.600 h 0,7/100.000

### 66.3. PROGRAMAS ASISTENCIALES. CARTERA DE SERVICIOS.

La red de Salud Mental de la Región de Murcia se encuentra organizada por diversos programas asistenciales. Los que existen en la actualidad, sin detrimento de que en un futuro puedan existir otros, son: *Adultos (población general mayor de 16 años)*, *Infanto-Juvenil (población comprendida hasta los 15 años)*, *Drogodependencias*, *Rehabilitación* y *Hospitalización*. Estos programas se organizan y actúan en relación con la Salud Mental de la población general que

resida en el área de salud correspondiente, debiendo cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de la población de referencia.

Desde hace un año vienen funcionando cuatro comisiones para la elaboración de una cartera de servicios de Salud Mental. Hasta la fecha se han elaborado unos borradores con unos criterios consensuados para la elaboración de los programas asistenciales básicos, el método de elaboración de las guías de práctica clínica, su implantación, evaluación y mejora continuada.

#### **66.4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.**

La red de salud mental, dispone de un sistema de registro acumulativo de casos psiquiátricos ambulatorio (RACP), que ha proporcionado la información necesaria para la elaboración de los indicadores de actividad asistencial, recurriendo al CMDB hospitalario para el resto de información.

En relación con la actividad asistencial ambulatoria se evidencia una mayor incidencia, prevalencia y frecuentación atendida que en la mayoría de Comunidades Autónomas (Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores Ministerio de Sanidad y Consumo. Memorias Asistenciales CCAA). Comparativamente (tablas 6 y 7), en la actividad asistencial del SMS y en el total de programas de los años 1998-2001, se evidencia un descenso constante en el número de primeras consultas, y un aumento constante de las revisiones y del total de consultas (en actividad asistencial de INSALUD, tanto las revisiones como el total de consultas disminuye).

**Tabla 66.6: Actividad asistencial global (Total Programas Ambulatorios) de los CSM/CAD del S.M.S. y de INSALUD. Años 1998-2001.**

	1998	1999	2000	2001
	S.M.S.	S.M.S.	S.M.S.	S.M.S.
1ª visitas	10.795 *	9.869 *	8.750 *	24.051
Sucesivas	110.386 **	119.630**	130.073 **	133.831
Nº total consultas	121.213	129.182	143.824	163.928
Indice sucesivas/1ª	10,22 *	12,12 *	14,86 *	5,56
	INSALUD	INSALUD	INSALUD	INSALUD
1ª + > 6 meses	10.376	9.090	8.294	8.180
< 6 meses	32.466	36.419	32.251	29.765
Nº total consultas	42.842	45.509	40.591	37.945
<6 meses/1ª+>6 meses	3,13	4,01	3,89	3,64
<b>Total consultas S.Mental</b>	<b>164.055</b>	<b>174.691</b>	<b>184.415</b>	<b>201.873</b>

\* Solo se computan historias nuevas. \*\*Todas revisiones sin límite de tiempo entre consultas.

§ Se atienden consultas de neuropsiquiatría, en diferentes centros dependientes de Insalud.

**Tabla 66.7: Actividad asistencial ambulatoria “Programas Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias” de los CSMs del S.M.S. Años 1998-2001.**

	Prog.Adultos 1998	Prog.Adultos 1999	Prog.Adultos 2000	Prog.Adultos 2001
1ª visitas	7.397	6.645	5.969	5.739
Sucesivas	69.384	78.369	85.379	98.947
Nº total consultas	76.781	85.014	95.372	109.828
Indice sucesivas/1ª	9,38	11,79	14,30	17,24
	Prog.Inf-Juv. 1998	Prog.Inf-Juv. 1999	Prog.Inf-Juv. 2000	Prog.Inf-Juv. 2001
1ª visitas	1.659	1.739	1.715	1.710
Sucesivas	11.116	14.515	18.694	20.909
Nº total consultas	12.807	16.254	20.479	22.713
Indice sucesivas/1ª	6,7	8,16	10,90	12,23
	Prog.Drogas 1998	Prog.Drogas 1999	Prog.Drogas 2000	Prog.Drogas 2001
1ª visitas	1.739	1.485	1.066	999
Sucesivas	29.886	26.746	26.000	29.577
Nº total consultas	31.625	28.231	27.914	31.387
Indice sucesivas/1ª	17,18	18,01	24,39	29,60

Por programas asistenciales (adultos, infanto-juvenil y drogas), en todos ellos se evidencia un aumento anual constante de las consultas de revisión y en el nº total de consultas, excepto en el apartado referido a primeras consultas en el que existe una disminución progresiva de las mismas en los programas de adultos y drogas, manteniéndose la actividad solamente en el programa infanto-juvenil.

En el programa hospitalario (tabla 8), a pesar de disponer de un número similar de camas, se observa un aumento progresivo del número de ingresos, y una disminución de la Estancia Media (E.M.), que pasa de los 16,5 días en el año 1998 a los 13,6 días del año 2001. El "Índice de Ocupación" disminuye hasta alcanzar el 89,9% en el año 2001, a pesar del aumento de ingresos, a costa de la disminución de la EM, llegando a unas cifras muy ajustadas dado que el 50% de los ingresos son por procesos psicóticos que precisan una mayor estancia hospitalaria.

**Tabla 66.8: Actividad asistencial hospitalaria en Salud Mental. Años 1998-2001.**

	<b>Año 1998</b>	<b>Año 1999</b>	<b>Año 2000</b>	<b>Año 2001</b>
<b>Nº Camas</b>	100	92	98	98
<b>Ingresos</b>	2.021	2.083	2.339	2.369
<b>Estancias</b>	33.755	31.231	32.839	32.162
<b>E.Media</b>	16,53	14,99	13,99	13,57
<b>Ind. Ocupación (%)</b>	92,48	93	91,80	89,91

A modo de conclusión, aunque se ha avanzado en la aplicación de la Reforma Psiquiátrica en nuestra Región, quedan importantes áreas de desarrollo para completar un proceso de transformación asistencial tan complejo. Ineludiblemente, estos cambios deben ir acompañados de un compromiso político, técnico y social amplio, que ha de mantenerse de forma continuada en el tiempo y ante las diversas Administraciones.

## **67.- CALIDAD**

Rafael Gomis Cebrian <sup>1</sup>

Teresa Ramón Esparza <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

## **67.1.- MARCO REGULADOR DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA**

El análisis de la evolución de la legislación sanitaria del estado, en relación con las garantías de calidad que ha ofrecido el sistema asistencial público, permite observar el progresivo reconocimiento de los derechos de los ciudadanos en términos de mejoras en el acceso a los servicios y en el alcance de la cobertura de las prestaciones; el reconocimiento y la regulación de la orientación de los centros asistenciales y la propia administración sanitaria hacia el usuario; y los requerimientos exigidos en la organización, la disponibilidad de recursos y el funcionamiento de los centros asistenciales, para lograr la seguridad y el nivel de calidad adecuado en los aspectos relacionados con la práctica asistencial y la atención general de los usuarios y familiares durante su visita o estancia. En definitiva, las diferentes normas y recomendaciones han promovido la adecuación de las organizaciones y la gestión de los centros sanitarios como consecuencia del progreso económico, social y desarrollo científico-técnico en el campo de las ciencias de la salud, y han hecho efectivo el derecho a la protección a la salud recogidos en la Constitución Española.

Algunos de los referentes más importantes, anteriores a la creación del sistema nacional de salud, serían: el establecimiento del catálogo de hospitales y la regionalización hospitalaria (D 575/1966); el derecho a la elección de médico (D 2065/1974); el registro, catalogación e inspección de centros sanitarios (RD 2177/1978); la regulación de la formación médica especializada y la acreditación de los centros y unidades para desempeñar dichas funciones (RD 127/84); las características de un nuevo modelo de atención primaria integral (RD 137/1984); o el plan de humanización del Insalud en el que se recoge la “carta de los derechos de los pacientes” (1984).

La promulgación de la Ley General de Sanidad 14/1986 y la creación del Sistema Nacional de Salud, supone un importante cambio en el desarrollo general de la reforma sanitaria en general, y de las políticas de calidad en particular. En dicha Ley se establece una concepción integral del sistema sanitario y la universalización de la asistencia, superando el enfoque exclusivamente reparador de la atención sanitaria y adecuando su actividad a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, responsabilizando a las administraciones sanitarias del desarrollo de las actividades de

control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles, y plantea la evaluación de la calidad de la asistencia prestada como un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud.

Entre las medidas y desarrollos normativos adoptados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, podría citarse la ordenación de prestaciones sanitarias (RD 63/1995), en el que se indica de forma explícita que no se considerarán incluidas aquellas prestaciones en las que no exista evidencia científica de su seguridad y eficacia, y se establece como modalidad de prestación sanitaria la información al paciente y sus familiares sobre sus derechos y deberes; las referencias específicas a las mejoras de la calidad en la prescripción y en el uso racional del medicamento (Ley 25/1990); o la promulgación de requisitos técnicos y criterios de calidad en relación con radiodiagnóstico (RD 2070/1995), reproducción asistida (RD 413/1996) o medicina nuclear (RD 1841/1997), por citar algunos.

## **67.2.- GESTION DE LA CALIDAD EN EL INSALUD**

La evolución histórica de la gestión de la calidad en la Región de Murcia va íntimamente ligada a la desarrollada por el INSALUD, al ser este organismo el responsable de la gestión sanitaria hasta fechas muy recientes (enero 2002), en que fueron transferidas a la Administración Regional. La descripción de los principales hitos en temas relacionados con la calidad asistencial puede describirse en base a dos tipos de actuaciones: actuaciones institucionales dirigidas al desarrollo estratégico y operativo de los diferentes enfoques de la calidad, y actuaciones sobre infraestructuras de organización y gestión para conseguir el apoyo necesario a las iniciativas anteriores.

### **67.2.1.- Iniciativas Institucionales sobre la Calidad**

Entre los principales planes y programas que han tenido un mayor impacto sobre la gestión de la calidad, cabe destacar el **Plan para la Humanización de la Asistencia** establecido en 1984, con el objetivo de satisfacer las necesidades no estrictamente clínicas de los enfermos hospitalizados. El plan se configura sobre la base de 16 líneas de desarrollo que, aunque han ido

modificándose en el tiempo, han permitido crear una cultura en los centros sanitarios dirigida a prestar una mayor atención a las necesidades de los enfermos como individuos. Baste citar las cartas de derechos y deberes del paciente, las encuestas, la señalización, las bibliotecas para pacientes, o las comidas a la carta, por citar algunas. En Atención Primaria, se puso en marcha el **Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios**, con una clara orientación al trato personalizado y al acercamiento de las unidades administrativas, plasmadas en acciones como la información de prestaciones, recepción de reclamaciones y sugerencias, gestión de la citación, y tramitaciones de documentos administrativos

Otro de los hitos importantes fue la elaboración del **Plan de Calidad Total del Insalud** cuya meta era la generación, implantación y desarrollo de un sistema comprensivo de garantía de calidad total de los servicios prestados, introduciendo una gestión eficiente y con capacidad para motivar a los profesionales de la salud en su aplicación. El plan constaba de diferentes fases y subprogramas cuyos resultados no se ajustaron a lo planificado, ni en los tiempos utilizados, ni en los objetivos logrados. Los Objetivos de Calidad tanto corporativos, como de centro aparecen en las tablas 67.1 y 67.2.

**Tabla 67.1.- Objetivos de Calidad Total Corporativos, del Plan de Calidad Total del Insalud**

<b>OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL CORPORATIVOS</b>	
<b>OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
1. Garantizar los derechos a la asistencia sanitaria de los ciudadanos y a la mejora de su salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Disponer de la Carta de Servicios</li> <li>b) Disponer de criterios y estándares relacionados con la organización, gestión y provisión de Servicios y prestaciones</li> <li>c) Disponer de un sistema para evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares del propio sistema o con los que se contrate la asistencia</li> <li>d) Disponer de una red de Oficinas de Atención al Ciudadano</li> </ul>

<p>2. Garantizar el nivel de calidad y eficiencia en las prestaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Potenciar el Plan anual de Objetivos de Calidad, articulados en Contratos de Gestión</li> <li>b) Asegurar la coordinación entre niveles asistenciales</li> <li>c) Incentivar cumplimiento objetivos de calidad</li> <li>d) Rediseñar y agilizar el sistema administrativo y de acceso a las prestaciones</li> <li>e) Promover la utilización adecuada de los recursos</li> </ul>
<p>3. Promocionar y asegurar proyectos de mejora continua en sus componentes administrativo y sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Instituir la Agencia de Calidad de INSALUD</li> <li>b) Establecer los Premios INSALUD de Calidad</li> <li>c) Elaborar el Benchmarking de Calidad del INSALUD</li> <li>d) Hacer seguimiento del Plan de Calidad de Centros</li> </ul>
<p>4. Implicar y motivar a los profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Promover la formación en calidad</li> <li>b) Plan de comunicación interno en calidad</li> </ul>
<p>5. Mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Plan de comunicación dirigido a los ciudadanos</li> <li>b) Evaluar el grado de satisfacción de los ciudadanos</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Calidad Total del Insalud. 1999

**Tabla 67.2.- Objetivos de Calidad Total de Centro, del Plan de Calidad Total del Insalud**

<b>OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL DE CENTRO</b>	
<b>OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
1. Implementar los objetivos corporativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cumplir el contrato de gestión</li> <li>b) Elaborar la cartera de servicios</li> </ul>
2. Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Implantar el ciclo de mejora continua.</li> <li>b) Plan de formación específica</li> <li>c) Implantar la gestión de las actividades basadas en la calidad (ABQ)</li> <li>d) Formar grupos de trabajo de mejora continua</li> <li>e) Autoevaluación</li> </ul>
3. Fomentar la implicación, motivación y mejora de la satisfacción de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aumentar el reconocimiento de los profesionales</li> <li>b) Plan de formación continuada</li> <li>c) Plan de comunicación interna</li> </ul>
4. Utilizar adecuadamente los recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Utilizar adecuadamente los recursos de tecnología médica</li> </ul>
5. Diseñar un sistema de información integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diseñar un sistema de información integrado</li> </ul>
6. Mejorar la satisfacción de los usuarios del centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mejorar la información de los usuarios</li> <li>b) Conocer la opinión de los usuarios</li> </ul>
7. Proceso de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Evaluación</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Calidad Total del Insalud. 1999

La instauración a partir de 1993 de los denominados **Contratos Programa/Contratos de Gestión**, permitió incluir los objetivos relacionados con la mejora de la calidad de la asistencia, al mismo nivel que los objetivos relacionados con la actividad asistencial y/o el coste sanitario. Su traducción operativa ha sido la elaboración de un plan de calidad común para todos los centros, que ha ido perfeccionándose con el tiempo, y que desde 1998 incluye y prioriza una serie de objetivos sobre áreas específicas, como la de derechos del paciente (acogida, mejora de información, consentimiento informado, reclamaciones,...), implantación de protocolos y guías de práctica clínica, como herramientas de ayuda a los profesionales en la toma de decisiones, o la mejora de los sistemas de información (informe de alta, calidad de codificación, definición del producto hospitalario,...). También se han incluido objetivos relacionados con el establecimiento y medición de indicadores que midan aspectos claves de la asistencia sanitaria, con el fin de monitorizarlos y permitir la auto-evaluación y comparación externa de sus resultados, al igual que sucede con la creación de estándares de la organización, relativos a cuestiones tanto de calidad técnica, como percibida por los pacientes. Finalmente, a través de dichos Contratos, se ha propiciado la elaboración de Planes de Calidad específicos de cada centro, basado en sus propias prioridades y teniendo en cuenta sus necesidades y problemas, cuyos resultados deben documentarse en una memoria anual.

La reciente política de calidad del Insalud hasta el momento de las transferencias, ha estado permanentemente enmarcada dentro de su **Plan Estratégico**, cuyos principios básicos han sido los de orientar la organización al usuario buscando su satisfacción, motivando los profesionales en su implicación con los objetivos del centro, implicando a todas las unidades y procesos de la organización, en un contexto de permanente información, comunicación y responsabilización.

### **67.2.2.- Cambios Institucionales en Organización y Gestión**

Las principales modificaciones organizativas que se han establecido para apoyar las iniciativas sobre la calidad, independientemente de la creación de las diferentes comisiones clínicas, servicios de atención al paciente, uso racional del medicamento,..., ha sido sin lugar a dudas la creación de la figura de los **Coordinadores y Responsables de Calidad**, tanto en atención hospitalaria como en primaria, como órganos de apoyo y asesoramiento de las gerencias, lo que

presupone una implicación de la totalidad del equipo directivo. Tienen además la competencia de coordinar, dar apoyo metodológico y promover la participación de los profesionales en las actividades de calidad.

### **67.3.- INICIATIVAS REGIONALES DE GESTION DE LA CALIDAD: EL PROGRAMA EMCA**

El Programa EMCA es una iniciativa institucional, cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud. Se basa en el fomento inicial de actividades voluntarias, internas, con mejoras específicas documentables, apoyadas externamente a través de un programa sólido de formación, ayuda metodológica e investigación aplicada. En definitiva, el Programa EMCA responde a la cuestión de cómo conseguir poner en marcha las actividades de evaluación y mejora de la calidad como una función más, rutinaria y sistemática, de las Instituciones Sanitarias.

El Programa EMCA surge a raíz de la elaboración y aprobación del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996, donde se definían acciones precisas de mejora de la calidad (objetivo 93) para los Hospitales Públicos y los Equipos de Atención Primaria. Para dar cumplimiento a lo previsto en dicho Plan, durante 1993 se elaboró el diseño del Programa EMCA que fue formalizado en 1994 con la firma de un Convenio entre la Consejería de Sanidad y Política Social y la Universidad de Murcia.

Adopta la definición de calidad de la atención como "la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario". Esta definición incluye componentes incuestionables, normalmente identificables en la mayoría de las definiciones de forma explícita o implícita, como son la calidad científico-técnica o nivel profesional, y la adhesión y satisfacción del usuario o cliente externo. Pero también incluye componentes de equidad y accesibilidad, debido a que son claramente aplicables en sistemas de atención con orientación comunitaria, puesto que subrayan la responsabilidad social del sistema y de sus profesionales. Finalmente, tiene en cuenta los recursos

disponibles, puesto que ello supone considerar la calidad como algo relativo, necesariamente adaptada y peculiar de cada entorno.

Las actividades que se han realizado desde el inicio del Programa EMCA son de tres tipos: formación, asesoramiento e investigación.

### **67.3.1.- Formación en Calidad**

Los conceptos y métodos de Gestión de la Calidad resultan nuevos y prácticamente desconocidos para la gran mayoría de los profesionales de los servicios de salud, puesto que no hay apenas docencia sistemática sobre el tema, ni en el pregrado, ni en el postgrado de las profesiones sanitarias, siendo impensable poner en marcha programas de gestión de la calidad sin contar con una intensa actividad formativa. La formación en el Programa EMCA se realiza con una metodología, cuyas características son las siguientes:

- Docencia orientada a la solución de problemas: Aprender haciendo. La principal implicación práctica de este enfoque es que los conceptos y técnicas que se enseñan han de girar en torno a un proyecto para evaluar y mejorar la calidad asistencial de un tema específico, propuesto y seleccionado por los participantes. Estos se llevan a su lugar de trabajo un borrador de proyecto que han de intentar llevar a la práctica. La actividad formativa sólo se da por terminada cuando se ha logrado completar el ciclo de mejora, para lo cual se contempla un periodo de seguimiento y apoyo a los proyectos tras el curso inicial intensivo, por parte de los docentes y/o las instituciones con capacidad técnica para ello. Es decir, se caracteriza por estar basada en la solución de problemas, estar estructurada de una manera secuencial, y utilizar como ejemplos casos reales y cercanos.

- Formación secuencial. Los contenidos de gestión de la calidad deben entregarse secuencialmente y sobre la base de conocimientos y prácticas previas ya consolidados. En una primera fase se realiza un ciclo de mejora completo para adquirir y practicar los métodos y tareas de gestión de la calidad para, en una segunda fase, continuar la formación con la construcción de indicadores y los métodos de monitorización. Una tercera fase contempla la profundización en la

metodología para el diseño de la calidad, en parte abordada y practicada al diseñar las medidas correctoras en los ciclos de mejora.

- Utilizar casos reales y cercanos. Los ejemplos de los pioneros son importantes para vencer la resistencia al cambio de la mayoría de los profesionales, favoreciendo así el incremento de la masa crítica y una actitud positiva hacia el inicio de las actividades de gestión de la calidad. En este sentido, se seleccionan aquellas experiencias prácticas realizadas en entornos similares a los del perfil de los alumnos, que son presentadas por los mismos profesionales que las han llevado a cabo y que tienen su origen, mayoritariamente, en grupos profesionales formados en cursos anteriores.

Las actividades formativas desarrolladas por el Programa EMCA, así como el número de profesionales formados son los que aparecen en las Tablas 67.3 y 67.4.

**Tabla 67.3.- Actividades Formativas del Programa EMCA por Anualidades y Total**

<b>CURSO</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Evaluación y Mejora</b>	4	6	5	7	9	5	8	9	<b>53</b>
<b>Monitorización</b>	2	1	1	2	2	1	1	3	<b>13</b>
<b>Protocolos y Guías Clínicas</b>					2	1		2	<b>5</b>
<b>Diseño de la Calidad</b>				1		1	2		<b>4</b>
<b>Busqueda de Evidencias</b>						1		2	<b>3</b>
<b>Aplicación del AEP</b>						1	1		<b>2</b>
<b>Formación de Formadores</b>				1					<b>1</b>
<b>Necesidades y Expectativas</b>								1	<b>1</b>
<b>Comunicación con el Usuario</b>								1	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>83</b>

Fuente: Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo

**Tabla 67.4.- Resultados de las Actividades de Formación del Programa EMCA por Anualidades y Total**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
<b>Nº CURSOS</b>	6	7	6	11	13	10	12	18	<b>83</b>
<b>HORAS DOCENTES</b>	174	245	324	522	620	397	540	668	<b>3.490</b>
<b>Nº ALUMNOS</b>	149	205	120	264	269	294	397	468	<b>2.166</b>
<b>GRUPOS<sup>(a)</sup></b>			24	35	47	43	74	62	<b>285</b>

(a) Grupos de profesionales que han desarrollado un Ciclo completo de Evaluación y Mejora en su ámbito de trabajo.

Fuente: Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo

### **67.3.2.- Asesoría de Centros y Equipos Directivos**

Como en el caso de los ciclos de mejora, la existencia de programas estables en instituciones pioneras ha de facilitar el surgimiento de iniciativas en otras instituciones. El objetivo principal es hacer sentir la utilidad y necesidad de tener actividades sistemáticas de evaluación y mejora de la calidad. El apoyo se materializa, aparte de la formación e incentivación de los profesionales en general y del nivel directivo en particular, en la ayuda metodológica y supervisión tanto de las fases relativas a los ciclos de mejora, como de las de monitorización y de diseño de la calidad. Adicionalmente, se fomenta la realización de proyectos multicéntricos, a través del asesoramiento en los aspectos referidos a la implantación y coordinación.

El desarrollo a medio plazo de un sistema de acreditación voluntario, y de herramientas para la medición comparable de la satisfacción y calidad del servicio prestado desde la perspectiva del usuario o cliente externo, se plantean asimismo, como actividades de apoyo a las iniciativas de mejora en las instituciones sanitarias, como la encuesta de satisfacción desarrollada en este momento en la Región de Murcia.

### 67.3.3.- Investigación y Ayudas a la Investigación

Con el objetivo de resolver problemas metodológicos concretos y producir herramientas adecuadas para su uso inmediato, las actividades de investigación aceleran y dan consistencia al proceso de implantación de los programas de gestión de la calidad, a la vez que van introduciendo de forma práctica en los centros sanitarios el hábito investigador.

El Programa ha permitido impulsar las actividades de investigación, mediante la creación de una **Unidad de Investigación propia** y específica del Programa EMCA. Esta Unidad presta apoyo metodológico y coordina los proyectos de investigación aplicada que se están desarrollando en torno al Programa y ha priorizado varias líneas de investigación entre las que cabe citar:

- Adecuación de servicios hospitalaria. Aplicación del AEP.
- Evaluación y mejora de los protocolos o guías para la práctica clínica.
- Evaluación y mejora del circuito de producción del CMBD.
- El Informe de los Usuarios como método para evaluar la calidad asistencial.
- Identificación de criterios de calidad en los sistemas de información para la gestión de servicios de salud.
- Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria y monitorización de la prescripción farmacológica.
- Satisfacción del usuario de los servicios de salud.
- Aplicación del Servqual como instrumento para el desarrollo de estrategias de calidad.
- Monitorización de indicadores sobre patologías prevalentes.

Ademas de los proyectos desarrollados en la Unidad de Investigación, el Programa EMCA fomenta la investigación sobre Gestión de la Calidad en los centros sanitarios de la Región, a través de una **Convocatoria Anual de Ayudas a la Investigación**. Con el fin de promover la investigación sobre aspectos de la calidad de la atención que no sean encuadrables como actividades rutinarias de los centros sanitarios, se publica por primera vez en 1995 en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, una Orden que declara como objeto "convocar ayudas que contribuyan al fomento de proyectos de

investigación sobre materias relacionadas con la evaluación y mejora de la calidad en los servicios de salud". En esta Orden se han definido como "proyectos de interés especial", aquellos que impliquen a varios Centros, aborden temas de interés común para atención primaria y atención hospitalaria, participen diferentes categorías profesionales y aborden problemas relacionados con la Cartera de Servicios. El número, así como la cuantía de los proyectos financiados aparecen en la tabla 67.5.

**Tabla 67.5.- Número y Cuantía de los proyectos de Investigación financiados con cargo a la Orden de Ayudas a la Investigación en Calidad Asistencial por Anualidades y Total**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
<b>PROYECTOS FINANCIADOS</b>	13	6	11	11	5	11	7	<b>64</b>
<b>IMPORTE MEDIO (en €)</b>	4.621	5.006	3.365	3.822	8.414	4.369	6.869	<b>4.805</b>
<b>AYUDA TOTAL (en €)</b>	<b>60.010</b>	<b>30.050</b>	<b>37.046</b>	<b>42.070</b>	<b>42.070</b>	<b>48.080</b>	<b>48.080</b>	<b>307.501</b>

Fuente: Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo

## **BIBLIOGRAFIA**

Resumen elaborado íntegramente a partir de los datos recogidos en:

Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Calidad Total del Insalud. Madrid 1999.

Instituto Nacional de la Salud. Plan de Calidad de Atención Especializada. Memoria 2000. Madrid. Artegraf S.A. 2002.

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Memorias Anuales del Programa EMCA 1994-2001. Doc Mimeo.

## 68. INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

Anselmo Martínez Gutiérrez<sup>1</sup>

Ana Teresa Pérez Varona<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Servicio de Ordenación y Acreditación y Calidad Asistencial  
Dirección General de Ordenación y Acreditación Sanitaria  
Consejería de Sanidad y Consumo

## 68.1. INVESTIGACIÓN

Por Orden Ministerial de 3 de abril de 1992 (8) se crean las Unidades de Investigación en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de mantener e incrementar la calidad de la investigación existente y facilitar el clima científico necesario para hacer realidad que el hecho investigador sea consustancial a la actividad asistencial de todos y cada uno de los profesionales de la sanidad. Sus funciones básicas engloban la detección de problemas que inciden en la morbilidad y en la atención sanitaria del Área de Salud y que necesitan una aproximación investigadora, el asesoramiento metodológico a los proyectos de investigación, el apoyo en el análisis de los resultados y el encauzamiento de las posibles aplicaciones.

Al ser las UI organizaciones que ofrecen a todo el personal sanitario la posibilidad de realizar un trabajo investigador, es imprescindible que su diseño y desarrollo sean multidisciplinares.

Las ayudas a los proyectos de investigación concedidas por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) a la Región de Murcia desde el año 1997 han seguido la evolución que se recoge en la Tabla 68.1.

Tabla 68.1. Proyectos subvencionados por el FIS en la Región de Murcia 1997-2001

AÑO	Nº DE PROYECTOS FINANCIADOS
1997	11
1998	9
1999	12
2000	6
2001	15

Fuente: Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III

Los Centros que más proyectos subvencionados han tenido en el periodo 1997-2001 han sido la Facultad de Medicina con 22 proyectos, seguido del Hospital Virgen de la Arrixaca con 11 y la Dirección General de Salud con 6.(Tabla 68.2)

Tabla 68.2. Distribución de proyectos subvencionados por el FIS según el centro de investigación. Región de Murcia 1997-2001

<i>CENTRO</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>TOTAL</i>
<b>INSALUD</b>						
Hospital Virgen de la Arrixaca	5	2	1	1	2	11
Hospital Morales Meseguer			1			1
Centros de Salud		1				1
Hospital Sta M <sup>a</sup> del Rosell					1	1
Dirección de Atención Primaria	1					1
<b>UNIVERSIDAD</b>						
Universidad de Murcia					2	2
Facultad de Medicina	4	5	5	1	7	22
Facultad de Biología		1		1		2
Facultad de Veterinaria					1	1
<b>CONSEJERÍA DE SANIDAD</b>						
Consejería de Sanidad			1	1		2
Dirección General de Salud	1		2	1	2	6
Hospital General Universitario			2	1		3

Fuente: Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III

La media de las ayudas a los proyectos de investigación subvencionados entre 1997 y 2001 tiene un máximo de 54.123,88 euros en el año 1998 y un mínimo de 26.144,63 euros en el año 1997. (Tabla 68.3)

TABLA 68.3. Importe de las ayudas concedidas a los proyectos de investigación subvencionados por el FIS. Región de Murcia 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Número	11	9	12	6	15
Promedio	26.144,63	54.123,88	31.038,17	32.757,06	34.957,47
Mediana	15.668,39	30.080,66	20.163,96	22.064,66	31.402,88
TOTAL	287.590,92	487.114,90	372.458,03	196.542,37	524.362,03

Fuente: Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III

La Ley General de Sanidad (5) establece que las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud desarrollarán actuaciones en materia de fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud. Por su parte la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (4), prevé que la Administración Autónoma de la Región de Murcia establecerá convenios y concertos con las instituciones universitarias, culturales y científicas, así como con fundaciones sin ánimo de lucro, con el fin de fomentar la investigación en salud y la optimización del aprovechamiento de la capacidad docente de las estructuras asistenciales y educativas.

Con este propósito, la Comunidad Autónoma de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, y la Fundación Séneca, Centro de Coordinación de la Investigación tienen suscrito un Convenio de Colaboración en materia de investigación sobre trasplantes y xenotrasplantes de órganos. (2) La Fundación Séneca sirve de instrumento a la Administración Regional para llevar a cabo actuaciones coordinadas de carácter paralelo o específico de cada sector. Su fin social es el de la gestión del Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico y del Conocimiento. Igualmente la Fundación tiene por objeto informar, asesorar, apoyar y colaborar con los diversos sectores relacionados o interesados en la investigación, el desarrollo tecnológico y el fomento del conocimiento y los recursos humanos, con el fin de favorecer la necesaria coordinación entre dichos sectores.

El número de becas de formación investigadora en proyectos de xenotrasplantes de órganos durante el año 2001 ha sido de 8, de las que 6 son renovación y 2 de nueva adjudicación.

Está previsto durante el año 2002 la ampliación del convenio general suscrito con la Fundación Séneca, de forma que integre actividades de formación e investigación.

## 80.2. FORMACIÓN

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia cuenta en la actualidad con dos Universidades públicas, la Universidad de Murcia y la Universidad Politécnica de Cartagena con Centros en distintos campus universitarios, un Centro Asociado de la Universidad Nacional a Distancia y una Universidad privada, la Universidad Católica de San Antonio. El número de alumnos matriculados en la Universidad de Murcia en las distintas titulaciones correspondientes a las profesiones sanitarias en los cursos 1997/98 al 2000/01 queda detallado en la Tabla 68.4.

TABLA 68.4 Alumnos por cursos y titulaciones. Universidad de Murcia. Cursos académicos 97/98 al 01/02

<i>TITULACIÓN</i>	<i>CURSO</i> <i>97/98</i>	<i>CURSO</i> <i>98/99</i>	<i>CURSO</i> <i>99/00</i>	<i>CURSO</i> <i>00/01</i>	<i>CURSO</i> <i>01/02</i>
<i>UMU</i>					
Licenciado en Medicina y Cirugía	831	839	816	824	702
Licenciado en Odontología	320	337	342	344	334
Licenciado en Psicología	1519	1447	1359	1322	1300
Licenciado en Veterinaria	853	847	827	816	798
Diplomado en Enfermería Murcia	722	745	759	834	893
Diplomado en Fisioterapia	366	366	373	384	375
Diplomado en Óptica y Optometría	467	507	534	527	486
Diplomado en Trabajo Social	443	462	482	478	455
Diplomado en Enfermería Cartagena *	197	193	177	188	180
<i>UCAM</i>					
Diplomado en Enfermería	-	-	-	387	424
Diplomado en Fisioterapia	-	-	-	430	477

(\*) Centro adscrito

Fuente: Dirección General de Universidades. Consejería de Educación y Cultura

La formación sanitaria especializada para médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos y psicólogos, se realiza en los distintos hospitales públicos acreditados para la docencia. En la Región de Murcia estos hospitales son, a fecha de 31 de diciembre de 2001, por un lado los gestionados por INSALUD: Hospital Virgen de la Arrixaca, Santa María del Rosell, Virgen de Castillo, Comarcal del Noroeste y Rafael Méndez y por otro los gestionados por el Servicio Murciano de Salud: Hospital Morales Meseguer y Hospital Los Arcos.

El número de residentes ofertados para la Región de Murcia por diferentes tipos de especialidad se detalla en la Tabla 68.5.

TABLA 68.5 Número de residentes por tipo de especialidad. Región de Murcia. Situación en 1997 y oferta 2001.(7)

<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>RESIDENTES 1997</i>	<i>OFERTA 2001</i>
Alergología	2	2
Análisis Clínicos	6	6
Anatomía Patológica	1	1
Anestesia y Reanimación	8	8
Angiología y C. Cardiovascular	-	-
Aparato Digestivo	2	2
Bioquímica Clínica	1	1
Cardiología	3	2
C. Cardiovascular	-	-
C. General y A. Dig	4	4
C. Maxilofacial	1	1
C. Pediátrica	1	-
C. Plástica	1	-
C. Torácica	-	-
Dermatología	-	-
Endocrinología	1	1
Farmacia Hospitalaria	4	4
Farmacología Clínica	-	-
Geriatría	-	-
Hematología y Hemoterapia	3	3
Inmunología	1	1
Medicina Intensiva	5	5
Medicina Interna	4	5
Medicina Nuclear	2	2
Medicina Preventiva	-	-
Microbiología y P.	3	3
Nefrología	1	1
Neumología	1	1
Neurocirugía	1	1
Neurofisiología Clínica	1	1
Neurología	2	2

Obstetricia y Ginecología	4	4
Oftalmología	3	3
Oncología Medica	-	1
Oncología Radioterapica	-	-
O.R.L.	3	2
Pediatría	6	6
Radiodiagnóstico	4	6
Radiofarmacia	1	1
Radiofísica	-	1
Rehabilitación	1	2
Reumatología	1	1
Traumatología	2	3
Urología	2	2
Psiquiatría	5	5
Psicología Clínica	1	1
Med. de Familia	34	64
TOTAL	126	159

Fuente: Centros hospitalarios docentes. Boletín Oficial del Estado

En el año 2001 se ha suscrito un Convenio de Colaboración entre la Universidad de Murcia, el Instituto Nacional de la Salud y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia para la Creación de la unidad docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).(11)

De acuerdo con los programas de salud de cada Área, se ha de promover la revisión permanente de las enseñanzas en ciencias de la salud para la mejor adecuación de los conocimientos de los profesionales a las necesidades de la población, la formación interdisciplinar y la actualización permanente de conocimientos.

La oferta formativa del año 2001 de las Unidades de docencia se recoge en la Tabla 68. 6.

TABLA 68.6 Número de cursos ofertados por las unidades de docencia. Oferta 2001.

<i>UNIDADES DE DOCENCIA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN</i>	<i>TOTAL</i>
Unidad de docencia del Hospital Virgen de la Arrixaca	25
Unidad de docencia del Hospital Morales Meseguer	15
Unidad de docencia del Hospital Santa María del Rosell	20
Unidad de docencia del Hospital Comarcal del Noroeste	10
Unidad de docencia del Hospital Rafael Méndez	8
Unidad de docencia del Hospital Virgen del Castillo	16

Unidad de docencia del Hospital General Universitario	4
Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.	15
Gerencia de Atención Primaria de Murcia	35
Gerencia de Atención Primaria de Cartagena	25
Gerencia de Atención Primaria de Lorca	21

Fuente: Unidades de docencia

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (4) establece en su capítulo V la regulación de la docencia e investigación, tanto básica como aplicada, en los servicios de salud, con el fomento de la permanente actualización de los profesionales que trabajan en los mismos.

Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de las múltiples actividades de formación que se ofertan a los profesionales sanitarios. La mejor forma para obtener ese fin es el establecimiento de sistemas voluntarios de acreditación, ya implantados por algunas Comunidades Autónomas, cuyo valor y eficacia se potenciará cuanto más general sea su configuración y su ámbito, y en tanto esté abierto a la participación de todas las Administraciones Públicas.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sesión plenaria celebrada el día 15 de diciembre de 1997, aprobó el texto del Convenio de Conferencia Sectorial sobre Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (9), que sienta las bases estructurales de un sistema de acreditación público, coordinado desde la Administración Central, descentralizado autonómicamente, de carácter voluntario y, válido en todo el Sistema Nacional de Salud.(1)

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia suscribió el correspondiente protocolo de adhesión al Convenio (10) el cual prevé, aparte de la creación de la Comisión Nacional de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias, una Comisión Regional en cada Autonomía .

La constitución de esta Comisión Autónoma es proyecto prioritario en el marco de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

En base a la Orden de 12 de junio de 1997 (6), corresponde a la Consejería de Sanidad y Consumo la regulación del reconocimiento de interés de actos científico sanitarios, y la acreditación de cursos de interés sanitario de los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia, dado que uno de los objetivos de la Consejería es la promoción y desarrollo de cursos de formación y docencia continuada de los profesionales de las sanidad en la Región de Murcia. Durante el año 2001 se han acreditado un número de 200 cursos a distintas entidades organizadoras y 46 actos científico-sanitarios.

## **RESUMEN FINAL**

La Dirección General de Ordenación y Acreditación Sanitaria es el centro directivo que tiene atribuidas las competencias en materia de promoción y coordinación de las actividades relacionadas con la investigación y docencia, así como de la formación sanitaria según Decreto 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se establecen los órganos básicos de la Consejería de Sanidad y Consumo (3)

Para mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se ha de promover e impulsar la formación continuada sanitaria. Así mismo se deben identificar las necesidades formativas y considerar a quién o quiénes se dirige la formación propuesta. Las estrategias para conseguir este objetivo son la planificación y gestión directa de actividades formativas por el Servicio de Ordenación y Acreditación y Calidad Asistencial y el apoyo a las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios y las distintas Áreas de Salud en el desarrollo de su programa docente y la colaboración con otras instituciones y entidades con interés en la formación continuada, como Universidades, Colegios Profesionales y Sindicatos.

Por otro lado se deberá fomentar la realización de Congresos, Simposios y Reuniones Científicas en relación con las Ciencias de la salud.

La creación de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tiene entre sus objetivos la acreditación de actividades

de formación continuada, utilizando los criterios diferenciales de calidad establecidos, con la pretensión de mejorar la oferta formativa y facilitar la elección al profesional.

En el campo de la Investigación, la constitución de los Institutos de Investigación de una parte y el fomento de microproyectos centrados en la Atención Primaria de Salud de otra, constituirán las líneas básicas de actuación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Sistema Acreditador. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, y la Fundación Séneca Centro de Coordinación de la Investigación, en materia de investigación sobre trasplantes y xenotrasplantes. BORM nº 61, de 14 de marzo de 2000, páginas 3.315-3.317.
3. Decreto de 27 de septiembre de 2002 por la que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo. BORM nº 234, de 8 de octubre de 2002, páginas 14.377-14.390.
4. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BORM nº 178, de 4 de agosto de 1994.
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de abril de 1986.
6. Orden de 12 de junio de 1997, de la Consejería de Sanidad y Política Social por la que se regula el reconocimiento d interés de actos científico-sanitarios y la acreditación de cursos de interés sanitario.
7. Orden de 7 de noviembre de 2001 por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas para el acceso en el año 20002 a plazas de formación sanitaria especializada para médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, psicólogos y radiofísicos hospitalarios. BOE nº 269, de 9 de noviembre de 2001, páginas 41.015-41.093
8. Orden Ministerial de 3 de abril de 1992 de creación de la Unidades de Investigación del Sistema Nacional de Salud, BOE de 14 de abril de 1992.

9. Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se da publicidad al Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias. BOE n 38, de 13 de febrero de 1998, páginas 5.344-5.345.

10. Resolución de 30 de diciembre de 1997, de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se da publicidad al Convenio de Conferencia Sectorial de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias. BORM nº 29, de 5 de febrero de 1998, páginas 1.046-1.048.

11. Resolución de 2 de agosto de 2001, de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, por la que se da publicidad al Convenio de colaboración entre la Universidad de Murcia, el Instituto Nacional de la Salud y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la creación de la unidad docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE nº 248, de 16 de octubre de 2001, páginas 38.091-38.092.