



La atención primaria de salud en la Seguridad Social

ILLAN GOMEZ, FATIMA **
PARRA HIDALGO, PEDRO ***

** Médico Residente I C.S. «Virgen de la Arrixaca». Colaboradora del Dpto. Historia de la Medicina.
Facultad de Medicina. Murcia

*** Especialista Salud Pública. Ayuntamiento de Murcia. Profesor colaborador Depto. Historia de la Medicina.
Facultad de Medicina. Murcia

I. INTRODUCCION

La atención primaria se ha convertido en los últimos años en un tema de creciente interés en la mayoría de los países.

Al referirse a la atención primaria hay que entenderla como una expresión genérica, porque todavía no existe unanimidad con respecto a que se entiende, o que se debe entender como atención primaria.

En principio, significó la puerta de entrada al sistema de atención y así fue enfocada al constituirse en 1948, el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña (1), que se propuso mantenerla y desarrollarla a través de los médicos generales, asegurando la accesibilidad de toda la población a los mismos, y posibilitando, a partir de este primer contacto, su derivación adecuada hacia los restantes elementos del sistema de atención (especialistas, hospitales...).

En todas las corrientes actuales se entremezclan conceptos muy diversos. Algunos se vinculan con concepciones de la medicina (integral, social, preventiva), mientras que en otros aparece como una especialidad o como una forma organizativa de los servicios, o incluso como un campo clínico.

Como expresión máxima del interés sobre la atención primaria se celebró en 1978 en Alma-Ata la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (2), en cuyo informe final se plantea una definición de atención primaria. La atención primaria es:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en

todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria constituye la función central del sistema nacional de salud; representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia, y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención sanitaria al lugar en que residen y trabajan las personas; y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En el momento actual, los elementos que caracterizan la situación de la atención médica primaria (primer nivel de atención), en nuestro país (3), son:

1.º La ausencia de planificación sanitaria, con escasez de recursos materiales, recursos financieros y recursos humanos.

2.º Carencia de infraestructuras sanitarias y asistenciales adecuadas.

3.º Acciones de salud exclusivamente asistenciales.

4.º La incomunicación y el aislamiento profesional, predominan en este nivel de atención.

5.º Existe una inadecuación entre la formación recibida y la práctica que el profesional se ve obligado a realizar.

6.º Falta absoluta de mecanismos que aseguran una formación continuada, conduciendo a una desvalorización social y profesional del rol del

(1) Véase sobre este tema: COE RODNEY (1979), DE MIGUEL J.M. (1976), ESPASA R. (1975), GAPS (1981), SO-NIS A. (1975).

(2) Véase sobre este apartado: OMS (1978), Declaración de Alma Ata.

(3) Revítese sobre este tema: BRAVO F. (1979), DE MIGUEL J.M. (1978).

médico de cabecera, único protagonista de la actual atención médica primaria (4).

En la actualidad ante el cambio organizativo que de forma urgente se debe realizar en nuestro sistema sanitario, aparece como imprescindible la realización de estudios que caractericen y delimiten el perfil y los elementos más importantes de los distintos niveles de la asistencia sanitaria, y especialmente del más desatendido en la actualidad: la atención primaria de salud (5).

No existen en este momento prácticamente referencias bibliográficas, ni de trabajos en curso, a nivel estatal con respecto al tema que nos ocupa.

La urgencia e importancia de la realización de estos trabajos a nivel estatal, y en nuestro caso particular a nivel de la Región Murciana, ha sido lo que nos ha motivado a abordar la tarea de realizar una primera aproximación a este campo.

Los objetivos que nos hemos planteado en este trabajo, son los siguientes:

— Objetivo general: Caracterizar el perfil sanitario y sociológico de la población que utiliza los servicios de atención primaria de la Seguridad Social en Murcia.

— Objetivos específicos:

1.º Describir y analizar las características personales y sociales de los enfermos.

2.º Describir y analizar las características de la consulta.

3.º Describir y analizar las características de la asistencia sanitaria que se presta en la consulta.

Como marco de referencia, a fin de comparar estos datos vamos a utilizar la Memoria de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres. Murcia (5); que por la fecha de realización, marco geográfico, y material y métodos empleados creemos que puede ser útil en este fin.

II. MATERIAL Y METODO

La fuente de datos en que se ha basado nuestro estudio procede del ejercicio médico realizado en consultorios de asistencia primaria de la Región Murciana.

La toma de datos se realizó durante el periodo de tiempo transcurrido desde diciembre de 1980 a febrero de 1981.

Los 17 consultorios en los que se ha realizado el estudio, se eligieron en base a que el médico se prestó voluntariamente a cooperar en nuestro trabajo. Estos consultorios estaban distribuidos geográficamente de la siguiente forma: 8 en la ciudad de Murcia; 7 en pueblos limítrofes a la ciudad, no distando ninguno de ellos más de 15 kilómetros del centro de la ciudad; 1 en Abarán, y 1 en Lorca.

En conjunto totalizaron un colectivo de 18.854 cartillas, y 47.135 personas.

La recogida de datos era llevada a cabo en cada consultorio por dos personas. Estos datos unos provenían de lo que sucedía en la consulta, de la actuación médica; y otros eran los datos personales del caso que o bien eran tomados directamente

de la cartilla del asegurado, o bien se obtenían de las cuestiones planteadas a quien acudía al consultorio.

Se recogieron de esta forma un total de 88 consultas: 17 en lunes, 18 en martes, 16 en miércoles, 19 en viernes, y 2 en sábado; que aportan un número total de casos de 5.195.

El número de datos que denominamos variables de cada caso, son 16, que son englobados en tres grandes grupos:

I. Características personales y sociales de los enfermos:

1.—Edad.

2.—Sexo.

3.—Estado Civil.

4.—Profesión del titular de la cartilla.

5.—Condición de titularidad.

II.—Características de la consulta:

1.—Presencia o ausencia en la consulta.

2.—Día de la semana.

3.—Duración de la consulta.

III. Características de la asistencia sanitaria que se presta en la consulta:

1.—Motivo para acudir a la consulta.

2.—Diagnóstico probable.

3.—Movimientos de incapacidad laboral transitoria.

4.—Exploración.

5.—Petición de analítica.

6.—Petición de radiología.

7.—Remisión al especialista.

8.—Número de recetas.

Para poder tratar metodológicamente las diferentes posibilidades que adoptara cada variable, éstas fueron codificadas. La variable diagnóstico probable fue anulada, debido a que dicha variable no era más que en un determinado número de casos la repetición del motivo de consulta, y en un alto porcentaje no constaba.

Una vez obtenidas las distribuciones de frecuencias para cada variable según sus posibilidades, se procedió a relacionar unas con otras mediante tablas cruzadas de doble entrada y aplicando el χ^2 con el fin de obtener la posible influencia estadísticamente significativa de unas sobre otras.

III. RESULTADOS

1. Descripción de las variables

1.1. Características personales y sociales de los enfermos

1.1.1. Sexo

Tanto en nuestro trabajo como en el de la U.D. de Cabezo de Torres se constata un predominio de

(4) Véase sobre este punto: GOL (1980).

(5) Revísese sobre este apartado: HANLON J. (1973), OMS (1969), OMS (1971), OMS (1976), SONIS A. (1978).

(6) Revísese sobre este tema: ALBALADEJO E. (1982), ILLAN F. (1982).

mujeres (55 y 60,7%), sobre varones (45 y 39,3%). (Véase Tabla I).

TABLA I

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL SEXO

Sexo	Varones	Hembras	Total
Nuestro estudio	45%	55%	100%
Memoria de la U.D.	39,3%	60,7%	100%

1.1.2. Edad

En la distribución de las 5.195 consultas por intervalos de edad destaca como la demanda de servicios aumenta progresivamente para las edades mayores (véase Tabla II). Lo mismo sucede en el trabajo realizado en la U.D. de Cabezo de Torres.

TABLA II

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA EDAD

Edad	Nuestro estudio	Memoria de la U.D.
0 a 10 años	6%	8 %
11 a 20 años	11%	14 %
21 a 30 años	8%	8,9%
31 a 40 años	12%	8,6%
41 a 50 años	14%	13,8%
51 a 60 años	17%	16,4%
61 a 70 años	19%	13,6%
Más de 70 años	13%	16,7%
TOTAL	100%	100 %

1.1.3. Estado Civil

En nuestro estudio la proporción de consultas de personas casadas (64%), es superior a la de solteros (24%), y ésta a su vez, es superior a la de viudos (12%).

1.1.4. Profesión del titular de la cartilla

Pese al esfuerzo realizado, la profesión del titular de la cartilla no fue posible recogerla, y sólo pudimos constatar de un modo riguroso si el titular era o no pensionista (hecho que viene reflejado en la cartilla de asistencia).

En ambos casos, con unas cifras casi idénticas, existe un predominio de pacientes no pensionistas (64 y 63,15%). (Véase Tabla III).

TABLA III

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA PROFESION DEL TITULAR DE LA CARTILLA

Profesión del titular	Pensionista	No pensionista	Total
Nuestro estudio	36%	64%	100%
Memoria de la U.D.	36,85%	63,15%	100%

1.1.5. Condición de titularidad

El 57% de las consultas son realizadas por los titulares; mientras que el 24% son por las espo-

sas, el 17% por los hijos, y un mínimo porcentaje (el 2%) corresponde a los denominados como «otros». Los datos obtenidos en la U.D. de Cabezo de Torres son muy similares. (Véase Tabla IV).

TABLA IV

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA CONDICION DE TITULARIDAD

Condición de titularidad	Nuestro estudio	Memoria de la U.D.
Titular	57%	49,2%
Esposa	24%	27,6%
Hijo	17%	30,1%
Otros	2%	2,1%
TOTAL	100%	100 %

1.2. Características de la consulta

1.2.1. Presencia o ausencia del enfermo

Comparando las cifras obtenidas se observa un aumento significativo del número de pacientes presentes en el consultorio, en el momento de demandar la atención en el caso de la U.D. (78%), mientras que en nuestro estudio tan sólo el 64% de los enfermos estaban presentes en la consulta. (Véase Tabla V).

TABLA V

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA PRESENCIA O AUSENCIA EN LA CONSULTA

Presencia/Ausencia	Presen-tes	Ausentes	Total
Nuestro estudio	64%	36%	100%
Memoria de la U.D.	78%	22%	100%

1.2.2. Día de la semana

Dada la distribución de recogida de datos según el día de la semana que se mencionó en el apartado de material y método, la expresión de los resultados se hará de dos formas, globalmente cada día, y por consulta y día.

De esta forma, el perfil, globalmente, del número de casos es de comienzo y terminación de la semana con cifras altas de enfermos. (Véase Tabla VI).

TABLA VI

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

Día de la semana	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Lunes	1.215	23
Martes	1.119	22
Miércoles	750	14
Jueves	859	17
Viernes	1.115	21
Sábado	137	3
TOTAL	5.195	100

Cuando lo expresamos como relación del número de consultas según el día de la semana, observamos el lunes el máximo número de consultas, 11,47, la cifra va disminuyendo para llegar al mínimo el miércoles, el 46,87; alcanzando el sábado otro máximo de 68,50 consultas. (Véase Tabla VII).

TABLA VII

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CONSULTAS SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

Día de la semana	N.º de días	N.º de consultas	N.º de consultas/día
Lunes	17	1.215	71,47
Martes	18	1.119	62,16
Miércoles	16	750	46,87
Jueves	16	859	53,68
Viernes	19	1.115	58,68
Sábado	2	137	68,50
TOTAL	88	5.195	

1.2.3. Duración de la consulta

Destaca en primer lugar que casi la mitad de las consultas (41%) duran de 61 a 120 sgs; el 27% de las consultas duran de 121 a 180 sgs; el 19% duran de 0 a 60 sgs (4 minutos). (Véase Tabla VIII).

TABLA VIII

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA DURACION DE LA CONSULTA

Duración	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
0 - 60 sgs	968	19
61 - 120 sgs	2.136	41
121 - 180 sgs	1.399	27
181 - 240 sgs	467	9
Más de 240 sgs	225	4
TOTAL	5.195	100

Para poder comparar nuestro trabajo con el de la U.D., vamos a utilizar como indicador para esta variable el tiempo medio en minutos dedicado a cada consulta. El tiempo medio en nuestro trabajo es de 2,5 minutos, siendo de 12 minutos por consulta en el caso de la U.D.

1.3. Características de la asistencia sanitaria que se presta en la consulta

1.3.1. Motivo de consulta

Al analizar la razón aparente que ha motivado las 5.195 consultas, encontramos que en el porcentaje mayoritario de ellas, el 39%, es simplemente renovar la medicación que se venía tomando. También es de destacar como un 11% de las consultas están motivadas por razones burocráticas o administrativas (volantes, certificados, etc.). Representando las consultas motivadas por trastornos de salud el 50% de los casos.

Al comparar nuestro trabajo con el de la U.D. de Cabezo de Torres encontramos diferencias significativas. En la U.D. las consultas motivadas por trastornos de salud representan el 69,3%, mientras que las consultas motivadas por la renovación de medicación sólo representan el 19,8% de los casos.

El porcentaje de consultas motivadas por cuestiones administrativas son similares en ambos casos (11% en nuestro estudio, frente al 10,4% en la memoria de la U.D. de Cabezo de Torres). (Véase Tabla IX).

TABLA IX

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta	Nuestro estudio	Memoria de la U.D.
Renovación medic.	39%	19,8%
Administrativo	11%	10,4%
Patolog. respirat.	24%	13,2%
Reumatismos	5%	5 %
Pat. Digestiva	3%	4,1%
Pat. Circulatoria	4%	11,1%
Otros motivos	14%	36,4%
TOTAL	100%	100 %

1.3.2. Movimiento de Incapacidad Laboral transitoria

El porcentaje mayoritario de consultas, el 93%, no presenta movimiento de incapacidad laboral transitoria.

1.3.3. Exploración

En primer lugar señalaremos el criterio seguido para considerar que se realizaban exploraciones; hemos considerado exploración al simple hecho de inspeccionar al enfermo.

Al analizar los datos obtenidos en nuestro estudio destaca que la mayoría de los casos, el 74%, casi las tres cuartas partes, no son explorados; mientras que tan sólo el 26% son explorados. Es de destacar la gran diferencia hallada entre los datos obtenidos en nuestro estudio, y los de la U.D. de Cabezo de Torres, donde se explora al 69,3% de los enfermos. (Véase Tabla X).

TABLA X

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA EXPLORACION

Exploraciones	Nuestro estudio	Memoria de la U.D.
SI	26%	69,3%
NO	74%	30,7%
TOTAL	100%	100 %

1.3.4. Petición de analítica

Se pide analítica al 5% de los casos, siendo esta cifra de petición de analítica muy similar a la

encontrada en la U.D., donde se pide analítica al 5,6% de los casos.

1.3.5. Petición de radiología

En nuestro estudio se observa que se pide radiología al 2% de los casos, mientras que en el de la U.D. de Medicina Familiar se pide radiología al 4% de los casos.

1.3.6. Remisión al especialista

La proporción de casos remitidos al especialista es en nuestro estudio del 11%, mientras que en el de la U.D. es ligeramente inferior el 10%.

1.3.7. Número de recetas

En la distribución de casos según el número de recetas, encontramos que el máximo porcentaje de casos, el 30%, corresponde a dos recetas. El resto de los casos se distribuye de la siguiente forma: Se prescribió una receta al 26% de los casos, tres recetas al 18% de los casos, ninguna receta al 15%, y más de tres recetas al 11% de los casos.

Para poder comparar nuestro trabajo con el de la U.D., hemos utilizado como indicador de esta variable la media aritmética de recetas por paciente; encontrando que en nuestro estudio el número de recetas por paciente es de 1,87, mientras que en la U.D. es de 1,4.

2. Descripción de la relación entre las variables

A partir de este punto haremos referencia exclusivamente a nuestro estudio, ya que carece de estos datos la memoria de la U.D. de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres.

2.1. Relación entre la variable sexo y:

2.1.1. Edad

Salvo en la primera década de la vida en que la demanda de servicios es superior, de modo claro, un 6%, en niños que en niñas; en el resto, los servicios son más utilizados por las mujeres. Y es en la década de los 31 a los 40 años cuando la diferencia es máxima, siendo el 60% de las consultas demandadas por mujeres y el 40% por hombres. (Véase Tabla XI).

TABLA XI

RELACION ENTRE EL SEXO Y LA EDAD

Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
0 - 10	154 (53%)	139 (47%)	293
11 - 20	270 (46%)	319 (54%)	589
21 - 30	178 (41%)	251 (59%)	429
31 - 40	235 (40%)	356 (60%)	591
41 - 50	344 (46%)	402 (54%)	746
51 - 60	411 (46%)	488 (54%)	899
61 - 70	429 (44%)	546 (56%)	975
Más 70	292 (43%)	381 (57%)	673
TOTAL	2.313 (45%)	2.882 (55%)	5.195

2.1.2. Estado Civil

El dato más significativo a destacar es, que en el 16% de las consultas realizadas por mujeres, éstas eran viudas, mientras que sólo en un 5% de las consultas demandadas por hombres, éstos eran viudos.

2.1.3. Profesión del titular de la cartilla:

Sin interés.

2.1.4. Condición de titularidad

En el 80% de las consultas demandadas por hombres, éstos eran titulares, en tanto que las mujeres lo eran solamente en un 38% de los casos.

2.1.5. Presencia o ausencia

La proporción de mujeres presentes en la consulta supera a la de los hombres en un 7%; así, mientras que el 67% de las mujeres están presentes, lo están el 60 de los hombres.

2.1.6. Día de la semana

Durante los diferentes días, la proporción hombres-mujeres que acuden a consulta, no experimenta variaciones significativas.

2.1.7. Duración de la consulta: Sin interés.

2.1.8. Motivo de consulta

Las consultas motivadas por cuestiones administrativas son más frecuentes en hombres que en mujeres. Así, suponen el 13% de los motivos de consulta en hombres, y el 19% en mujeres.

Globalmente por trastornos de salud acuden más las mujeres que los hombres, representando el 52% de los motivos en mujeres y el 49% en hombres. Y dentro de estos trastornos de salud es de destacar la patología circulatoria que representa el 5% de los motivos en mujeres, y el 3% en hombres.

2.1.9. Exploración

Es significativo el hecho de que se explore más a las mujeres que a los hombres; así mientras que en las consultas demandadas por mujeres se explora al 28%, en las demandadas por hombres se explora al 24%. (Véase Tabla XII).

TABLA XII

RELACION ENTRE SEXO Y EXPLORACION

Sexo	Exploración		Total
	Sí exploración	No exploración	
Hombre	564 (24%)	1.749 (76%)	2.313
Mujer	796 (28%)	2.086 (72%)	2.882
TOTAL	1.360 (26%)	3.835 (74%)	5.195

2.1.10. Petición de analítica

Se pide analítica en el 5% de las consultas

realizadas por hombres, y en el 4% de las demandas por mujeres.

2.1.11. Petición de radiología

Mientras que en las mujeres se pide radiología en el 1% de las consultas, en los hombres se pide en el 2% de las consultas.

2.1.12. Remisión al especialista: Sin interés.

2.1.13. Número de recetas

Es significativo que la proporción de casos en que no se receta sea superior en hombres que en mujeres (el 17% de las consultas, frente al 13%). Asimismo, es también significativo, que cuando el número de recetas prescritas son tres la proporción de consultas de mujeres sea superior a la de hombres (un 19% frente a un 17%).

2.2. Relación entre la variable edad y:

2.2.1. Estado civil

El estado civil, en los distintos grupos de edad se distribuye de la forma lógicamente esperada.

2.2.2. Profesión del titular de la cartilla

De nuevo, encontramos los datos esperados. Así en las consultas realizadas por enfermos de más de 70 años la profesión del titular es pensionista en el 90% de los casos.

2.2.3. Condición de titularidad

Destaca la progresión en el porcentaje de consultas realizadas por titulares, a medida que aumenta la edad. Así partiendo del mínimo, el 9% de titulares en el grupo de 11 a 20 años, se alcanza

máximo en el grupo de los mayores de 70 años, en los que el 84% son titulares.

2.2.4. Presencia o ausencia

En la distribución de casos por intervalos de edad, es de destacar, que la mayor proporción de ausentes se presenta en los grupos de edad extrema. (Véase Tabla XIII).

TABLA XIII

RELACION ENTRE PRESENCIA Y AUSENCIA EN LA CONSULTA Y LA EDAD

Edad	Presentes	Ausentes	Total
0 - 10	181 (62%)	112 (38%)	293
11 - 20	323 (55%)	266 (45%)	589
21 - 30	309 (72%)	120 (28%)	429
31 - 40	418 (71%)	173 (29%)	591
41 - 50	508 (68%)	238 (32%)	746
51 - 60	619 (69%)	280 (31%)	899
61 - 70	622 (64%)	353 (36%)	975
Más 70	330 (49%)	343 (51%)	673
TOTAL	3.310 (64%)	1.885 (36%)	5.195

2.2.5. Día de la semana: Sin interés.

2.2.6. Duración de la consulta

Siendo en general la consulta de duración superior a 240 sgs (4 minutos) de una frecuencia del 4% de los casos, se observa que el grupo de edad donde es más frecuente es en el de los 0 a 10 años; y es menos frecuente en la edad de jubilación, en los mayores de 60 años (el 3%).

Cuando la consulta dura de 61 a 120 sgs, que en general supone el 41% de los casos, la proporción de casos es muy similar en los distintos grupos de edad. (Véase Tabla XIV).

TABLA XIV

RELACION ENTRE EDAD Y DURACION DE LA CONSULTA

Edad	Tiempo				
	0 - 60	61 - 120	121 - 180	181 - 240	Más 240
0 - 10	39 (13%)	111 (38%)	91 (31%)	28 (10%)	24 (8%)
11 - 20	100 (17%)	254 (43%)	128 (22%)	74 (12%)	33 (6%)
21 - 30	92 (22%)	173 (40%)	114 (27%)	31 (7%)	19 (4%)
31 - 40	96 (16%)	232 (39%)	176 (30%)	61 (10%)	26 (5%)
41 - 50	158 (21%)	298 (40%)	190 (26%)	69 (9%)	31 (4%)
51 - 60	156 (17%)	387 (43%)	239 (27%)	79 (9%)	38 (4%)
61 - 70	189 (20%)	394 (40%)	287 (30%)	71 (7%)	33 (3%)
Más 70	138 (21%)	286 (42%)	174 (26%)	54 (8%)	21 (3%)
TOTAL	968 (19%)	2.135 (41%)	1.399 (27%)	467 (9%)	225 (4%)

2.2.7. Motivo de consulta

El porcentaje de casos que acuden a renovar medicación (que globalmente supone el 39% de las consultas) se incrementa progresivamente en las sucesivas décadas de la vida. Así, partiendo del mínimo el 13% para el grupo de 0 a 10 años, se alcanza el máximo en el grupo de mayores de 70 años con el 58%.

Los motivos administrativos (en general el 11% de las consultas), alcanzan el porcentaje máximo de casos, al 23%, en el grupo de los 21 a 30 años, y el mínimo en los mayores de 70 años, el 4%.

El porcentaje de casos que acude por patología respiratoria (en general el 24%) es máximo de los 0 a 10 años, el 50%; y va disminuyendo progresivamente en las sucesivas décadas, llegando a representar sólo el 16% de los motivos en los mayores de 70 años.

La patología del aparato locomotor (en general el 5% de las consultas), alcanza el máximo porcentaje de casos en el grupo de los 51 a 60 años, con el 7%; y el mínimo en el grupo de 0 a 10 años con el 1%.

La patología digestiva (que globalmente supone el 3% de las consultas) hace acudir al 8% de los casos de 0 a 10 años (porcentaje máximo), y al 2% de casos de 61 a 70 años (porcentaje mínimo).

Por problemas circulatorios (en general el 3% de los motivos) no acude ningún caso del grupo de 0 a 10 años (porcentaje mínimo), y es el motivo del 6% de los casos de 51 a 60 años (porcentaje máximo).

Otros motivos, que suponen en general el 14% de las consultas, representa el motivo del 22% de los casos de 0 a 10 años (porcentaje máximo); y el 11% de los motivos de los de más de 70 años (porcentaje mínimo). (Véase Tabla XV).

TABLA XV
RELACION ENTRE EDAD Y MOTIVO DE CONSULTA

Edad	Renov. medic.	Advo	Pat. resp.	Reumat.	Pat. digest.	Pat. circul.	Otros
0 - 10	39 (13%)	18 (6%)	144 (50%)	4 (1%)	23 (8%)	—	64 (22%)
11 - 20	126 (21%)	71 (12%)	229 (39%)	23 (4%)	28 (5%)	4 (1%)	109 (18%)
21 - 30	101 (23%)	97 (23%)	120 (28%)	11 (3%)	11 (3%)	10 (2%)	79 (18%)
31 - 40	176 (30%)	102 (17%)	169 (29%)	24 (4%)	25 (4%)	16 (3%)	79 (13%)
41 - 50	279 (38%)	92 (12%)	171 (23%)	35 (5%)	33 (4%)	36 (5%)	100 (13%)
51 - 60	375 (42%)	110 (12%)	161 (18%)	66 (7%)	23 (3%)	52 (6%)	112 (12%)
61 - 70	518 (53%)	68 (7%)	163 (17%)	34 (3%)	18 (2%)	50 (5%)	123 (13%)
Más 70	391 (58%)	24 (4%)	110 (16%)	27 (4%)	20 (3%)	28 (4%)	73 (11%)
TOTAL	2.005 (39%)	583 (11%)	1.267 (24%)	224 (5%)	181 (3%)	196 (4%)	739 (14%)

2.2.8. Número de recetas

Mientras que en general se observa que no se receta en el 15% de las consultas, es en el grupo de los 21 a 30 años donde se alcanza la máxima proporción de casos en que no se receta, el 29%; y la mínima proporción corresponde al grupo de los mayores de 70 años con el 6% de los casos.

Frente a esto encontramos que el máximo porcentaje de casos en que se prescriben más de tres recetas (que en general supone el 11% de los casos) se presenta en los mayores de 70 años, con el 23% de los casos; y el mínimo porcentaje se presenta en las consultas realizadas por los grupos de 11 a 20 y 21 a 30 años, con el 4%. (Véase Tabla XVI).

TABLA XVI
RELACION ENTRE EDAD Y NUMERO DE RECETAS

Edad	0 rec.	1 rec.	2 rec.	3 rec.	Más 3 rec.
0 - 10	42 (14%)	95 (32%)	107 (37%)	29 (10%)	20 (7%)
11 - 20	100 (17%)	199 (34%)	191 (32%)	76 (13%)	23 (4%)
21 - 30	124 (29%)	113 (26%)	124 (29%)	49 (12%)	19 (4%)
31 - 40	120 (20%)	163 (28%)	176 (30%)	96 (16%)	36 (6%)
41 - 50	130 (17%)	218 (29%)	205 (28%)	129 (17%)	64 (9%)
51 - 60	126 (14%)	246 (27%)	267 (30%)	171 (19%)	89 (10%)
61 - 70	98 (10%)	224 (23%)	282 (29%)	228 (23%)	143 (15%)
Más 70	40 (6%)	104 (15%)	204 (30%)	173 (26%)	152 (23%)
TOTAL	780 (15%)	1.362 (26%)	1.556 (30%)	951 (18%)	546 (11%)

2.3. Relación entre la variable presencia/ ausencia y:

2.3.1. Estado Civil

Es en las consultas realizadas por viudos donde se encuentra el mayor porcentaje de ausentes, el 43%.

2.3.2. Profesión del titular de la cartilla

En los casos en que la profesión del titular es pensionista, existe mayor proporción de ausentes (el 41%), que cuando no lo es (el 34%).

2.3.3. Condición de titularidad

Encontramos que es en «otros», donde son más frecuentes los casos ausentes, con el 79%, más de las tres cuartas partes.

2.3.4. Día de la semana: Sin interés.

2.3.5. Duración de la consulta

Los casos ausentes (36% del total) se distribuyen según la duración de la consulta, de la siguiente manera: existe un 19% de casos en que la consulta dura de 0 a 60 sgs, un 46% que dura de 61 a 120 sgs, un 27% que dura de 121 a 180 sgs, un 7% para las consultas de 181 a 240 sgs y un 1% cuando la consulta supera los 240 sgs.

2.3.6. Motivo de consulta

La renovación de medicación (en general el 39% de los casos) es el motivo del 52% de los casos ausentes, y del 31% de los presentes.

Los trastornos de salud (en general el 50% de los motivos), suponen el 36% de las consultas en los ausentes, y el 50% en los presentes.

2.3.7. Exploración

Mientras que globalmente se explora al 26% de los casos, al hacer un ajuste de esta proporción a los casos presentes, vemos que este porcentaje asciende al 40% de los casos.

2.3.8. Petición de analítica

Es importante resaltar que del total de peticiones analíticas que se realizan (5% de los casos), el 23% de las mismas corresponden a casos no presentes en la consulta.

2.3.9. Petición de radiología

Destaca que el 16% de las peticiones radiológicas se realizan en casos no presentes en la consulta.

2.3.10. Remisión al especialista

De los casos remitidos al especialista (11% del total), el 31% estaban ausentes.

2.3.11. Número de recetas

La proporción de recetas, en los casos presentes y ausentes, es la siguiente:

Más de 3 recetas se prescriben al 9% de los casos presentes, y al 12% de los ausentes; 3 recetas se mandan al 17% de los presentes, y al 21% de los ausentes; son prescritas 2 recetas al 31% de los presentes y al 29% de los ausentes; 1 receta se manda al 27% de los casos presentes y al 25% de los ausentes; y no se receta al 16% de los presentes, y al 13% de los ausentes. (Véase Tabla XVII).

TABLA XVII

RELACION ENTRE LA PRESENCIA O AUSENCIA EN LA CONSULTA Y EL NUMERO DE RECETAS

Recetas	Presentes	Ausentes	Total
0	580 (16%)	242 (13%)	780 (15%)
1	895 (27%)	467 (25%)	1.362 (26%)
2	1.007 (31%)	549 (29%)	1.556 (30%)
3	560 (17%)	391 (21%)	951 (18%)
Más de 3	310 (9%)	236 (12%)	546 (11%)
TOTAL	3.310	1.885	5.195

2.4. Relación entre la variable duración de la consulta y:

2.4.1. Estado Civil

Las consultas de mayor duración son más frecuentes en los solteros que en el resto, siendo las de menor duración más frecuentes en los viudos.

2.4.2. Profesión del titular de la cartilla

Los tiempos de consulta más largos son más frecuentes en los casos en que la profesión del titular no es pensionista; así, en el 15% de los casos en que la profesión no es pensionista la consulta dura más de 180 sgs (3 minutos), mientras que dura más de 180 sgs en el 10% de los casos en que es pensionista.

2.4.3. Condición de titularidad

Es en los hijos, donde son más frecuentes las consultas de duración superior a 3 minutos (180 sgs); siguiéndoles las esposas, «otros» y titulares.

2.4.4. Día de la semana

Las consultas más cortas, las que duran hasta 2 minutos, son más frecuentes los jueves y sábados (el 76% de las consultas), seguidos de los miércoles (el 62% de las consultas) y los martes (el 61%); y las consultas más largas, las que duran más de dos minutos son más frecuentes los lunes (el 52%) y los viernes (el 46%).

2.4.5. Motivo de consulta

Las consultas más largas son más frecuentes cuando el motivo de la consulta es un trastorno de salud; y las consultas más cortas son más numerosas en los casos en que el motivo es la renovación de medicación y los problemas de tipo administrativo.

2.4.6. Exploración

Son en las consultas de mayor duración en las que mayor número de exploraciones se realizan.

Así, mientras que en las consultas que duran hasta un minuto se explora al 14% de los casos, en las que duran más de 4 minutos se explora al 62% de los casos.

2.4.7. Petición de analítica

Es significativo, que en las consultas de menor duración (hasta 1 minuto) se realicen el menor número de peticiones analíticas (el 3%); mientras que en las de mayor duración (más de 4 minutos) se realizan el mayor número de peticiones analíticas (el 8%).

2.4.8. Petición de radiología

Conforme aumenta la duración de la consulta, el número de peticiones radiológicas también aumenta.

2.4.9. Remisión al especialista

La remisión al especialista no experimenta variaciones significativas en los diferentes tiempos de consulta.

2.4.10. Número de recetas

En las consultas de mayor duración (más de 240 sgs) es de destacar el alto porcentaje de casos en que no se receta (el 28%), y el bajo porcentaje de casos en que se prescriben más de 2 recetas (el 16%).

2.5. Relación entre la variable motivo de consulta y:

2.5.1. Estado Civil

La renovación de medicación es el motivo por el que consultan más frecuentemente los viudos (el 54% de las consultas), y los casados (el 41%). La patología de vías respiratorias altas es el motivo por el que consultan más frecuentemente los solteros (el 37%). (Véase Tabla XVIII).

TABLA XVIII

RELACION ENTRE EL MOTIVO DE CONSULTA Y EL ESTADO CIVIL

Motivo consulta	Estado Civil		
	Soltero	Casado	Viudo
Renov. medic.	311 (24%)	1.370 (41%)	324 (54%)
Administrativo	148 (12%)	404 (12%)	31 (5%)
Pat. respirat.	470 (37%)	684 (21%)	113 (19%)
Reumatismos	41 (3%)	162 (5%)	21 (4%)
Pat. Digestiva	59 (5%)	110 (3%)	12 (2%)
Pat. Circulat.	15 (1%)	150 (5%)	31 (5%)
Otros	226 (18%)	448 (13%)	65 (11%)
TOTAL	1.270 (100%)	3.328 (100%)	597 (100%)

2.5.2. Profesión del titular de la cartilla

Los casos en que la profesión del titular es pensionista acuden por motivos relacionados con trastornos de salud sólo un 40%; mientras que los casos en que la profesión no es pensionista lo hacen en un 54%.

2.5.3. Condición de titularidad

A renovar medicación acuden el 56% de «otros», el 43% de los titulares, el 39% de las esposas, y sólo el 20% de los hijos.

La patología de vías respiratorias altas supone el motivo de consulta del 40% de los hijos, del 25% de las esposas, del 20% de los titulares, y del 19% de otros. El resto de motivos siguen una distribución más o menos homogéneas en los diferentes grupos.

2.5.4. Día de la semana

Es interesante señalar que el día en que hay mayor porcentaje de casos que acuden a renovar medicación es el miércoles (el 43%); los casos que acuden por patología respiratoria son más frecuentes los sábados (el 33%), siendo también más frecuentes los sábados las consultas realizadas por otros motivos (el 19%).

2.5.5. Exploración

El mayor número de exploraciones se realizan en los casos que acuden por patología circulatoria, en los que se explora al 78%. Cuando se acude por patología digestiva se explora al 46%, y cuando se acude por patología articular al 43%. El menor número de exploraciones se realiza cuando el motivo de consulta es la renovación de medicación (el 6%), y las cuestiones administrativas (el 7%).

2.5.6. Petición de analítica

El mayor número de peticiones analíticas se realizan cuando se consulta por otros motivos (el 12%), y por patología articular (el 10%) y se solicita menor número de analítica cuando las consultas están motivadas por la renovación de medicación (el 2%), y la patología respiratoria (el 3%).

2.5.7. Petición de radiología

La petición radiológica es más frecuente en los casos que consultan por patología articular (el 8%).

2.5.8. Remisión al especialista

En las consultas administrativas se remite al especialista al 41% de los casos; siguiendo en frecuencia las consultas motivadas por patología digestiva en las que hay un 29% de remisiones al especialista.

2.5.9. Número de recetas

Cuando se acude a consulta a renovar medicación existe un aumento significativo de casos en que se prescriben tres y más de tres recetas.

2.6. Relación entre la variable número de recetas y:

2.6.1. Estado Civil

Se prescriben más de 2 recetas al 45% de los viudos, al 29% de los casados, y al 20% de los solteros.

2.6.2. Profesión del titular de la cartilla

Se receta más en los casos en que la profesión del titular es pensionista.

2.6.3. Condición de titularidad

Es a los hijos a los que menos se receta, siguiéndoles las esposas.

2.6.4. **Día de la semana:** Sin variaciones significativas.

2.6.5. Exploración

En las consultas en que se explora se mandan menos recetas (se prescriben más de 2 recetas al 21% de los casos); que en las que no se explora (en que se prescriben más de 2 recetas al 31% de los casos).

2.6.6. Petición de analítica

Se mandan más de 2 recetas en el 30% de las consultas en que no se pide analítica, y en el 18% de las que se pide.

2.6.7. Petición de radiología

Se receta menos en las consultas en que se pide radiología, que en las que no se pide.

2.6.8. Remisión al especialista

En los casos en que se remite al especialista se receta menos (no se receta en el 55% de las consultas), que en los que no se remite (no se receta en el 10% de los casos).

IV. COMENTARIOS

1. A las variables

1.1. Características personales y sociales de los enfermos

1.1.1. Edad

Como ya veíamos la demanda de servicios aumenta progresivamente con la edad. Este aumento, en principio, corresponde a una distribución normal desde el punto de vista epidemiológica, de manera que pasado el periodo del desarrollo y crecimiento, van a ser los adultos jóvenes los que van a gozar de mejores condiciones de salud, para ir quebrantándose ésta a lo largo de la vida con la aparición de la patología crónica.

Esto pone en evidencia, el hecho de que el tipo de enfermo que más se ve y trata en la asistencia primaria, es el enfermo crónico; ya que es en las edades más avanzadas donde más incide este tipo de patología.

1.1.2. Sexo

La mayor utilización de servicios por las mujeres podría explicarse en base a una mayor morbilidad para el sexo femenino, hipótesis dudosa, o más bien y sobre todo, al hecho de tener una mayor accesibilidad a los servicios, en base al menor

porcentaje de mujeres incorporadas a la población laboral activa, y por tanto sujetas a control horario y asistencia.

1.1.3. Condición de titularidad

El 57% de los casos eran titulares, este hecho es destacable y sorprendente, teniendo en cuenta que a cada cartilla de asistencia sanitaria corresponde por término medio dos beneficiarios.

1.2. Características de la consulta

1.2.1. Presencia o ausencia

La existencia de un 36% de supuestos enfermos no presentes en la consulta, es un hecho que invita a la reflexión, y se puede quizás considerar como una cifra alarma, como un fiel reflejo de que algo no funciona como debiera.

1.2.2. Día de la semana

La distribución de casos según el día sigue un perfil de comienzo y terminación de la semana con cifras altas de enfermos. Este perfil puede relacionarse con el tipo de enfermos asistidos, enfermos crónicos que acuden con más frecuencia a principio y final de semana a proveerse de medicación.

1.2.3. Duración de la consulta

Como ya indicamos el tiempo medio de consulta en nuestro estudio es de 2,5 minutos, mientras que en la memoria de la U. D. de Medicina Familiar de Cabezo de Torres es de 12 minutos.

En nuestros tiempos de consulta difícilmente se puede reconocer, diagnosticar y tratar al enfermo; y éste es uno de los condicionantes que más influyen en que hoy la asistencia primaria se encuentre degradada.

1.3. Características de la asistencia sanitaria que se presta

1.3.1. Motivo de consulta

Es importante reseñar el aumento porcentual de las consultas médicas en la U.D. (69,3% frente a 50%) respecto a nuestro estudio. Siendo este resultado, en parte, la traducción de diferencias cualitativas en la atención prestada.

Mientras que en nuestro estudio se observa que la patología respiratoria es el motivo del 24% de los casos, en la memoria de la U.D. sólo supone el 13% de los casos; esto se explicaría parcialmente por la importancia de esta patología en los meses que se realizó nuestro estudio. (Véase Tabla IX).

1.3.2. Exploración

Las tres cuartas de los pacientes de nuestro estudio no son explorados. No se puede esperar una buena asistencia, una asistencia de calidad

si no se explora a las tres cuartas partes de los enfermos.

A este nivel se observa una gran diferencia en favor de la U.D. de Medicina familiar (69,3 frente a 26%). (Véase Tabla X).

1.3.3. Remisión al especialista

En nuestro estudio se remite al especialista al 11% de los casos, esta remisión en la inmensa mayoría de los casos es a petición del interesado, que con el objetivo de obtener un volante para el especialista acude al consultorio (vendría a relacionarse con el 11% de casos en que el motivo de consulta es administrativo); y la función del médico general no es la de dictar criterio sobre la necesidad, o no, de acudir al especialista, sino la de un mero burócrata que se limita a firmar un volante.

1.3.4. Número de recetas

Con los datos obtenidos en 2 de los 17 consultorios en que se realizó este estudio, elaboramos un cálculo del coste medio por receta, y del coste medio en recetas por paciente. Obteniendo que el coste medio por receta es de 281 ptas., y el coste medio en recetas por paciente es de 525 ptas. Si tenemos en cuenta que el número de consultas por día es aproximadamente de 60, el gasto en medicamentos por consulta y día asciende a 31.500 ptas.

Este alto coste en recetas podría ser reducido si el médico de atención primaria recuperara su auténtica función: la de prevenir, curar y rehabilitar la enfermedad; abandonando el papel que desempeña en la actualidad, el de simple burócrata que firma recetas.

En la U.D. se observa una reducción del 25% del total de recetas respecto a nuestro estudio (1,4 frente a 1,87 recetas por paciente).

2. A la relación entre las variables

2.1. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, y motivo de consulta

El número de consultas realizadas para renovar medicación aumentan, conforme progresa la edad, y son más frecuentes en los casos ausentes. Con la edad se observa un aumento en la incidencia de patología crónica, y son estos enfermos crónicos los que consumen mayor número de recetas, y los que acuden a consulta en mayor proporción a renovar medicación.

Las consultas motivadas por cuestiones administrativas se dan fundamentalmente entre los 21 y los 40 años (adulto joven, en edad laboral), son más frecuentes en los hombres, y en las consultas demandadas por casos ausentes.

Entrando ya en el capítulo de los trastornos de salud, indicaremos que su distribución corresponde al perfil general de morbilidad.

2.2. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta y exploración

El mayor número de exploraciones se practican en los niños, disminuyendo el número de exploraciones realizadas conforme progresa la

edad. Podríamos intentar explicarlo, si recordamos que las consultas motivadas por la renovación de medicación aumentan conforme progresa la edad.

Se explora más a las mujeres que a los hombres; pudiéndose esto explicar en base a que hay mayor número de mujeres presentes, y que las consultas motivadas por cuestiones administrativas (en que sólo se explora al 7%) son menos frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Corrigiendo el porcentaje de exploraciones realizadas (el 26%) a los presentes, encontramos que se explora al 40% de los presentes. Es innecesario mencionar que este porcentaje de exploraciones es insuficiente. Máxime teniendo en cuenta el ya mencionado criterio (se considera exploración el simple hecho de inspeccionar al enfermo) que seguimos para considerar que se realizan exploraciones.

2.3. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta y petición de analítica

No hemos encontrado diferencias significativas en la petición de analítica en los distintos grupos de edad, ni tampoco existen diferencias en cuanto al sexo. Curiosamente hemos observado que en el 23% de los casos en que se pide analítica, los pacientes no se encuentran presentes en la consulta. Este alto porcentaje de petición de analítica en casos ausentes sólo se puede interpretar de una manera: no se pide analítica cuando el médico lo considera necesario, sino la petición de analítica es a instancia del interesado.

La mayor petición de analítica se realiza cuando se consulta por «otros motivos» (el 12%), y por reumatismos (el 10%).

2.4. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta y petición de radiología

La petición de radiología es más frecuente en los varones que se encuentran en la edad media de la vida (edad laboral). Por el tipo de trabajo realizado son frecuentes las lumbalgias traumáticas, y es en estos procesos dolorosos en los que el enfermo más solicita radiografías. Y decimos solicita, ya que el 16% de las radiografías se ordenan en ausentes.

2.5. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta y la remisión al especialista

El 31% de las remisiones al especialista se ordenan en casos ausentes.

El mayor porcentaje de remisiones se presentan cuando el motivo de consulta es administrativo. Se remiten al 41% de casos que consultan por motivos administrativos. Esto nos hace pensar que muchos de los casos que se remiten al especialista son a petición del interesado.

Es de resaltar que el 29% de los casos que consultan por patología digestiva son remitidos al especialista. Resultándonos esta cifra desorbitada e incomprensible; siendo necesario realizar posteriores estudios que profundicen en este tema.

2.6. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta y número de recetas

A partir de los 40 años el número de recetas por consulta va aumentando progresivamente, de acuerdo con el aumento en la incidencia de la patología crónica.

Hemos observado que se receta algo más a las mujeres que a los hombres. Este hecho podría ser parcialmente explicado si recordamos que las consultas motivadas por cuestiones administrativas, en las que no se receta son más frecuentes en los hombres.

Se receta más a los ausentes que a los presentes. Los ausentes consultan más frecuentemente para renovar medicación; y es en estas consultas donde más se receta, sustituyéndose así el acto médico por la receta.

2.7. A la relación entre edad, sexo, presencia/ ausencia, motivo de consulta, petición de analítica y radiología, remisión al especialista, número de recetas, día de la semana y duración de la consulta

Las consultas más cortas corresponden a los casos de mayor edad, los más viejos, y las más largas, a los de menor edad.

Es importante destacar que no existen grandes diferencias en los tiempos de consulta de los presentes y los ausentes. Esto es fácilmente explicable si consideramos que contamos con unos tiempos de consulta tan exigüos, y una atención caracterizada por la ausencia de los elementos más característicos del acto médico, que impide establecer diferencias en la distribución de una variable tan escasa como es el tiempo.

Cuando el motivo de consulta es la patología circulatoria se presentan las consultas de mayor duración. En muchos de estos casos el objetivo de la consulta es la toma de la tensión arterial, y para esta exploración se precisa un mínimo de tiempo imprescindible.

Las consultas más cortas, son aquellas en que el motivo de consulta es la renovación de medicación o cuestiones administrativas.

Son en las consultas más largas donde mayor número de peticiones analíticas, radiologías y exploraciones se realizan. Son estas consultas las que más se aproximan a lo que debería ser una consulta de atención primaria, con la auténtica práctica del acto médico.

No existen diferencias en cuanto al tiempo de consulta y la remisión al especialista.

En las consultas de menor duración es donde más se receta. A consecuencia de la masificación de las consultas se llega a convertir a los consultorios en despachos expendedoros de recetas.

Es muy interesante señalar, que siendo los miércoles y jueves los días en que hay menor número de consultas, son sin embargo los días en que existe mayor proporción de consultas que duran hasta un minuto. La asistencia se encuentra tan degradada, que la corta duración de la consulta no está en función del número de casos; sino

que la duración de la consulta ha adquirido autonomía propia, no estando en función del número de casos, ni de cualquier otro parámetro.

V. CONCLUSIONES

1.—Los 5.195 casos vistos suponen una tasa de uso de los servicios primarios de la Seguridad Social de 5,7 visitas por persona y año. Esta cifra está dentro de la media nacional, y es superior a la media de frecuentación europea situada entre 4 y 5.

2.—La demanda de servicios primarios de la Seguridad Social va aumentando progresivamente con la edad.

Así tenemos que el grupo de edad más numeroso es el de los 61 a los 70 años, con el 19%, y el menos numeroso el de los 0 a los 10 años, con el 6%. Comparado con la distribución etaria de la población del municipio de Murcia son más evidentes las necesidades de los grupos de más edad; ya que el grupo de los 61 a los 70 años representa el 6,85% del censo total.

3.—Existe un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres en la frecuentación de los consultorios de la Seguridad Social. De los 5.195 casos analizados, 2.882 eran mujeres, un 55%; y 2.313 hombres, un 45%. Sólo en el grupo de 0 a 10 años hay más niños que niñas, un 53% sobre un 47%.

4.—La mayor parte de los que utilizan los servicios, el 64%, están casados. Esto se corresponde bastante con la distribución del estado civil en la población murciana.

5.—El 36% de las consultas provienen de personas con cartilla de pensionista, proporción sólo ligeramente superior al porcentaje de cartillas de pensionista en la Seguridad Social, que en el año 1975 era del 30%.

6.—El 57% de los que acuden a consulta son titulares, y el 43% beneficiarios. De los que el 24% son esposas, el 17% hijos y el 2% «otros».

7.—En más de una tercera parte de las consultas, el 36%, el enfermo está ausente de la consulta, realizándose la petición por un familiar.

8.—Los lunes y sábados son los días en que hay mayor número de consultas. Siendo los miércoles y jueves los días en que menor número de consultas hay, son sin embargo, los días en que las consultas de menor duración son más frecuentes.

9.—En el 41% de los casos la consulta dura de 1 a 2 minutos, y en el 27% de 2 a 3 minutos. Sólo en el 4% de los casos la consulta dura más de 4 minutos. Siendo la media de duración de la consulta de 1,9 minutos.

No existen grandes diferencias en la duración de la consulta, tanto si el enfermo está presente como ausente.

10.—En el 50% de los casos, el motivo de consulta no corresponde a trastornos de salud propiamente; encontrándonos que en el 39% de los casos el motivo es la renovación de medicación, y en el 11% cuestiones administrativas. Siendo estas consultas más frecuentes cuando el caso no se encuentra presente en la consulta.

La renovación de medicación es el principal motivo de consulta de los más viejos; y las cuestiones administrativas son más frecuentes en el adulto joven en edad laboral.

Del otro 50% de casos en que el motivo de consulta corresponde a trastornos de salud, es interesante destacar que la patología respiratoria representa el motivo del 24% de las consultas, y es el motivo de consulta principal de los más jóvenes; le siguen en frecuencia otros motivos, el 14%; los reumatismos, el 5%; la patología circulatoria, el 4%; y la patología digestiva, el 3%.

11.—De un modo general se explora al 26% de los casos, y si corregimos este porcentaje a los presentes encontramos que se explora al 40% de los presentes.

El número de exploraciones va disminuyendo conforme progresa la edad del caso, es decir, se explora más a los más jóvenes.

El motivo de consulta en que mayor número de exploraciones se realizan es la patología circulatoria. Cuando se consulta por este motivo se explora al 78% de los casos, y la exploración consiste en la inmensa mayoría de los casos en la toma de la tensión arterial.

12.—Se pide analítica en el 5% de las consultas. De los casos en que pide analítica el 23% no están presentes en la consulta.

Es en las consultas que duran más de 4 minutos en las que más analítica se pide. Son los casos que consultan por otros motivos, reumatismos y patología digestiva, en los que más peticiones analíticas se realizan.

13.—Se pide radiología en el 2% de las consultas. Se pide más radiografías en las consultas demandadas por hombres que en las demandadas por mujeres. Son, en las consultas de más de 3 minutos en las que más radiografías se piden. Y son las consultas motivadas por reumatismos y degeneraciones articulares las que mayor número de peticiones radiológicas presentan, el 8%.

14.—El 11% de los casos son remitidos al especialista. El 31% de los remitidos no están presentes en la consulta.

Cuando el motivo de consulta es administrativo se remite al 41%, y cuando es la patología digestiva se remite al 29% de los casos. La remisión al especialista es muy similar en los diferentes tiempos de consulta.

15.—El número de recetas por consulta, de un modo global, es de 1,87.

Se receta más a los viejos que a los jóvenes, a los ausentes que a los presentes.

Cuando más número de recetas se prescriben es cuando el motivo es la renovación de medicación, y cuando menos es cuando el motivo son cuestiones administrativas. Es en las consultas de duración superior a 3 minutos donde menos número de recetas se prescriben.

La aproximación realizada a las características que presenta la atención primaria de salud en los servicios de la Seguridad Social en Murcia, pone en evidencia de forma indiscutible el deterioro generalizado a que se encuentra sometido este primer nivel de atención.

De las conclusiones obtenidas en nuestro trabajo se desprende la urgente necesidad de realizar una reforma radical de la atención primaria, de forma que ésta pase a ser el eje central del sistema de salud, cumpliendo la función de satisfacer el 90% de las necesidades de la población a atender, mediante la realización de una práctica asistencial integrada que reúna las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; con la puesta en marcha a este nivel de la modalidad de trabajo en equipo, y dando entrada a una participación activa de la comunidad.

De manera que se doten los recursos y medios materiales adecuados; que se establezcan sistemas de información acordes con las actividades que se realicen; que se revalorice el papel de los profesionales de enfermería; que se realice la incorporación al equipo de salud en este nivel de otras categorías de profesionales, especialmente asistentes sociales, psicólogos y auxiliares administrativos.

Y de forma esencial que todas las actividades que se ejecuten en un área de salud, estén organizadas a través de programas de atención integral por grupos de edad y sexo, con una delimitación de los objetivos a alcanzar, las metas a cumplir, y las diferentes responsabilidades de los miembros del equipo de salud.

Es así, como la atención primaria se debe convertir a través de los Centros de Salud, en la base del sistema, por ser el nexo fundamental de las diferentes actividades asistenciales, y por ser el punto de encuentro entre las necesidades de la población y el conjunto de servicios en que se organiza el sistema sanitario; haciendo posible que el sistema de salud responda a las necesidades reales de la población, y esté realmente a su servicio. Constituyéndose como objetivo fundamental de la acción sanitaria el logro de los mayores niveles de Salud posibles en cada momento del desarrollo de una comunidad.

AGRADECIMIENTOS:

Deseamos agradecer la ayuda prestada a los médicos que voluntariamente cooperan en nuestro estudio.

También deseamos agradecer la información y colaboración prestada por los médicos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres (Murcia).

VI. BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALBALADEJO, E., et al (1982), *Memoria de la Unidad Docente de Medicina Familiar y comunitaria de Cabezo de Torres*. Murcia, inédito.
- 2.—BRAVO F., et al (1979), *Sociología de los ambulatorios*. Barcelona, Ed. Ariel.
- 3.—COE RODNEY M. (1979), *Sociología de la medicina*. Madrid, Ed. Alianza.
- 4.—DE MIGUEL J.M. (1976), *La reforma sanitaria en España*. Madrid, Ed. Cambio 16.
- 5.—DE MIGUEL J.M. (1978), *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- 6.—ESPASA R., et al (1975), *La sanidad hoy, apuntes críticos y una alternativa*. Barcelona, Ed. Avance.

7.—GAPS (1981), *Estudi comparats dels sistemes de seguretat social, serveis nacionals de salut. I exercici medic a la CEE i a Espanya.*

8.—GOL J., et al (1980), *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario.* Barcelona, Ed. Fontanella.

9.—HANLON JOHN J. (1973), *Principios de administración sanitaria.* México, Ed. la prensa médica mexicana.

10.—ILLAN GOMEZ F. (1982), *La atención primaria de salud en la Seguridad Social.* Murcia, tesina de licenciatura, Facultad de Medicina.

11.—OMS 13.º informe del comité de expertos de la OMS de estadística sanitaria (1969), *Estadística sobre los servicios de salud y sus actividades.* Ginebra OMS.

12.—OMS 14.º informe del comité de expertos de la OMS de estadística sanitaria (1971), *Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública.* Ginebra, OMS.

13.—OMS informe de un grupo de estudio (1976), *Indicadores estadísticos de la salud de la familia.* Ginebra OMS.

14.—OMS informe de un grupo de estudio sobre atención primaria de salud (1978), *Declaración de Alma Ata.* Ginebra, OMS.

15.—SONIS ABRAAM (1975), *Salud, medicina y desarrollo económico social.* Argentina, Ed. universitaria de Buenos Aires.

16.—SONIS ABRAAM (1978), *Medicina sanitaria y administración de salud.* Buenos Aires, Ed. El Ateneo.

Reseña de publicaciones sanitarias de la Región Murciana

GUILLEN PEREZ, J.L.: *Evolución de la mortalidad en Cartagena durante el siglo XVIII.* Tesis de Licenciatura, Murcia, 1983.

Dirigida por el Profesor P. Marset este trabajo de investigación se enfrenta con el fenómeno de la mayor presencia de epidemias en Cartagena comparando con Murcia durante el siglo XVIII. Se utilizan los criterios científicos, al conjunto de datos obtenidos de archivos parroquiales, para calificar los años de sobremortalidad, matemáticamente, de acuerdo con los métodos de Incremento de Mortalidad y de Dupâquier, y evidentemente se detecta una elevada frecuencia de mortalidad catastrófica a lo largo del siglo precisando el número de epidemias que ocurrieron. Se pone en relación este fenómeno, con el hecho de iniciar Cartagena, en este siglo, todo un conjunto de transformaciones sociales, al pasar a ser base naval de la armada en el Mediterráneo, con construcciones de barcos, movimiento militar, etc., y parece desprenderse una relación entre este movimiento intenso demográfico y la mayor facilidad para padecer apidemias, sobre la base del foco palúdico que supone el Almarjal.

GUILLEN GRIMA, F. (1983).—*Aproximación a la Historia de la Salud Pública en la España Ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII.* Murcia. Tesis de Licenciatura. 1983. 540 páginas, 158 tablas, 12 gráficas, 16 figuras.

Este trabajo se enmarca dentro del programa de investigación sobre la Medicina Preventiva española en el siglo XVIII, que está siendo llevado a cabo por el equipo del profesor Marset.

Se ha realizado un minucioso análisis bibliométrico interno de 16 textos de salud pública de la época, calculándose una serie de variables entre las que cabe destacar la visibilidad (visibility) difusión e impacto.

Se demuestra de forma estadística y bibliométrica que pese al clericalismo, dogmatismo y escolasticismo galénico, los médicos españoles de forma subterránea y al margen de la Universidad comienzan a incorporar progresivamente los conceptos y los autores ilustrados «modernos», laicos y extranjeros.

El estudio de los textos muestra cómo se van introduciendo los nuevos conceptos de la Ilustración sobre medicina laboral, sanidad ambiental, medicina social, urbanismo, pedagogía, salud mental, salud infantil, etc., y cómo se van sentando las bases ante el cambio de mentalidad que traerá la revolución industrial.

En contraposición a la actitud fatalista frente a la enfermedad aparece un sistema muy sofisticado de Policía Sanitaria, laico, centralizado y burocrático.

Asimismo comienzan a difundirse ideas sobre la necesidad de realizar actuaciones sanitarias por la promoción de la salud en el medio urbano, estrechamente vinculadas con las tesis poblacionistas de las minorías ilustradas que de una forma voluntaria intentaban modernizar la sociedad española.

CULEBRAS PEREZ, T.: *La Epidemia de Fiebre Amarilla de 1870 en la ciudad de Alicante.* Murcia. Tesis de Licenciatura. 1983.

Aun cuando no es un tema de investigación de nuestra región, se ha dado lectura en nuestra Facultad de Medicina, al trabajo de Teresa Culebras Pérez, «La Epidemia de Fiebre Amarilla de 1870 en la ciudad de Alicante», realizado bajo la dirección del Profesor P. Marset, del Departamento de Historia de la Medicina.

Reconstruye en base a los archivos parroquiales, a las actas del Ayuntamiento y Diputación de Alicante, y a la prensa y resto de fuentes disponibles el desencadenamiento y evolución de la Fiebre Amarilla del otoño de 1870. De esta forma se pone en evidencia el conjunto de medidas administrativas, sociales y sanitarias adoptadas, y sobre todo se demuestra cómo las cifras que usual-

mente (1.380) se han manejado sobre la mortalidad de esta epidemia, duplican las que en realidad (570) se contabilizan según las fuentes manejadas. Igualmente se realiza un análisis comparado de la incidencia de la morbilidad y letalidad por clases sociales, poniendo de relieve el acúmulo de casos en los sectores sociales menos favorecidos.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

CURSOS DE EXTENSION UNIVERSITARIA 1983

Organizados por el Vicerrectorado de Extensión Universitaria de la Universidad de Murcia con el patrocinio y colaboración de la Obra Cultural de la Caja de Ahorros Provincial de Murcia.

HIGIENE Y SANIDAD

T O T A N A

Director: *Dr. D. Enrique Viviente López*
Departamento: *Higiene y Sanidad*

PROGRAMA:

1. Evolución del concepto de Salud Pública. La salud y la enfermedad. Medicina Preventiva.

Dr. D. Enrique Viviente López. Miércoles, 5 de octubre.

2. Fuentes de infección en las enfermedades infecciosas. Mecanismos de transmisión en las enfermedades infecciosas. Profilaxis en las enfermedades infecciosas. Concepto de enfermedad de declaración obligatoria.

Dr. D. Enrique Viviente López. Viernes, 7 de octubre.

3. Resistencia natural ante la infección. Inflamación y fagocitosis. Concepto de inmunidad: sus clases.

Dra. D.ª Elvira Ramos García. Martes, 11 de octubre.

4. Vacunas y sueros. Calendario de vacunaciones. Comentarios sobre cada una de ellas.

Dra. D.ª Elvira Ramos García. Viernes, 14 de octubre.

5. El agua, su interés desde el punto de vista higiénico sanitario. Enfermedades que se transmiten por el agua. Abastecimiento de aguas de bebida. Depuración de las mismas.

Dr. D. Rafael Adorna Bueno. Miércoles, 19 de octubre.

6. El problema sanitario de las aguas residuales y de las basuras.

Dr. D. Rafael Adorna Bueno. Viernes, 21 de octubre.

7. Importancia de la educación sanitaria en la Salud Pública. Métodos de educación sanitaria.

Dra. D.ª Elvira Ramos García. Miércoles, 26 de octubre.

8. Comentarios de interés general sobre la Meningitis Epidémica.

Dr. D. Enrique Viviente López. Viernes, 28 de octubre.

9. Comentarios de interés general sobre la Hepatitis.

Dr. D. Enrique Viviente López. Miércoles, 2 de noviembre.

10.—Comentarios de interés general sobre las intoxicaciones alimentarias.

Dr. D. Enrique Viviente López. Viernes, 4 de noviembre.

11. Comentarios de interés general sobre la parasitosis intestinales.

Dra. D.ª Elvira Ramos García. Miércoles, 9 de noviembre.

HORA: 20,00 horas.

FECHAS: 5 de octubre al 9 de noviembre 1983.

LOCAL: Aula de Cultura de la Caja de Ahorros Provincial.

EL MUNDO DE LOS MICROBIOS

ALCANTARILLA

Director: *Dr. D. Mariano J. Gacto Fernández*
Departamento: Microbiología

PROGRAMA:

1. El Impacto de la Microbiología en la sociedad moderna.

Dr. D. Mariano J. Gacto Fernández. Miércoles, 26 de octubre.

2. Los cazadores de microbios.

Dr. D. Francisco Torella Mateu. Viernes, 28 de octubre.

3. Diversidad de formas y funciones en el mundo microbiano.

Dr. D. Francisco Torella Mateu. Miércoles, 2 de noviembre.

4. Papel de los microorganismos en la transformación de la materia.

Dr. D. Francisco Torella Mateu. Viernes, 4 de noviembre.

5. La contaminación microbiana y la depuración de aguas.

Dr. D. Fulgencio Marín Iniesta. Miércoles, 9 de noviembre.

6. Contribución de los microorganismos a la resolución de la crisis energética.

Dr. D. Fulgencio Marín Iniesta. Viernes, 11 de noviembre.

7. Los microorganismos y la industria de alimentos.

Dr. D. Fulgencio Marín Iniesta. Miércoles, 16 de noviembre.

8. Mecanismos inmunológicos de defensa contra los microorganismos.

Lcdo. D. Gaspar Victoria. Viernes, 18 de noviembre.

9. Los antibióticos.

Dr. D. Mariano J. Gacto Fernández. Miércoles, 23 de noviembre.

10. Virus y cáncer.

Dr. D. Mariano J. Gacto Fernández. Viernes, 25 de noviembre.

HORA: 19,30 horas.

FECHAS: 26 de octubre al 25 de noviembre.

LOCAL: INB Mixto «Francisco Salzillo».

GENETICA Y SUBNORMALIDAD

Y E C L A

Director: *Dr. D. Francisco Murillo Araujo*
Departamento: Genética y Sociedad

PROGRAMA:

1. Los mecanismos de la herencia: I. Qué son los genes y cómo funcionan.

Dr. D. Francisco Murillo Araujo. Martes, 8 de noviembre.

2. Los mecanismos de la herencia. II. Cromosomas y reproducción en el hombre.

Dr. D. Francisco Murillo Araujo. Martes, 8 de noviembre.

3. Alteraciones en los genes y agentes causantes de las mismas.

Dr. D. Santiago Torres Martínez. Miércoles, 9 de noviembre.

4. Enfermedades hereditarias en el hombre y su forma de herencia.

Dr. D. Francisco Monserrat. Miércoles, 9 de noviembre.

5. Enfermedades metabólicas que provocan subnormalidad: prevención y tratamiento de las mismas.

Dr. D. Rafael Peñafiel. Jueves, 10 de noviembre.

6. Aberraciones cromosómicas humanas y sus consecuencias.

Lcda. D.ª Joaquina Gabarrón. Jueves, 10 de noviembre.

7. Consejo genético.

Lcdo. D. Guillermo Glovet. Viernes, 11 de noviembre.

8. Posibilidades de manipulación de los genes por el hombre: beneficios y posibles peligros.

Dra. D.ª Rosa M.ª Ruiz Vázquez. Viernes, 11 de noviembre.

HORA: 19 horas.

FECHAS: Del 8 al 11 de noviembre 1983.

LOCAL: Aula de Cultura de la Caja de Ahorros Provincial. Oficina Principal, C/ S. Francisco, 5.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 22 a 25 (29 de mayo al 25 junio 1983) y 22 a 26 (29 mayo a 2 de julio 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de 1 caso de 1000 hab.	Fiebre Tifoidea		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Difteria		Gonococia		Sífilis			
			1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983				
NOROESTE	61.521	1,5	2	2	1	2	77	61	108	24	83	102	0	0	2	0	8	62	0	15	5	4	8	123	0	4	0	0	8	2	0	0	1	6	0	0		
ALTIPLANO	45.970	2,2	3	0	0	0	78	86	3	27	84	14	0	4	0	0	17	89	126	12	1	8	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
LORCA	110.866	0,9	0	0	0	0	196	269	202	175	133	72	4	3	1	1	15	41	134	68	3	2	21	427	2	1	0	0	1	0	4	26	5	5	1	0		
CARTAGENA	238.201	0,4	19	9	1	0	284	103	692	152	478	205	18	13	1	5	71	17	31	5	28	14	312	379	1	0	0	0	13	3	12	0	15	14	0	2		
MULA	21.839	4,6	1	0	0	1	7	19	18	3	28	12	0	0	0	1	2	3	7	0	0	1	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0		
ALCANTARILLA	41.265	2,4	0	1	0	0	19	133	145	13	7	53	20	0	1	0	55	81	2	10	0	3	5	205	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	0	0		
CIEZA	47.996	2,1	0	1	0	0	10	17	10	4	144	30	0	2	0	0	0	65	0	2	3	0	18	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	6	0	0	
MOLINA	76.845	1,3	1	4	3	0	86	206	257	50	112	115	37	11	1	0	43	68	44	0	9	8	48	141	1	2	0	0	1	3	14	0	21	16	1	0		
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	0	0	0	52	87	35	32	11	5	0	0	0	0	7	8	19	11	1	0	6	16	3	0	0	0	1	0	4	0	5	1	0	0		
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	6	1	5	1	407	631	320	117	394	317	11	2	6	1	78	77	204	18	28	4	100	796	0	0	1	0	2	6	1	25	44	14	5	8		
TOTAL REGION	955.215	0,1	32	18	43	24	4	26	1216	1612	1790	597	1474	925	90	35	12	8	296	511	567	141	78	44	518	2194	7	8	1	0	26	17	35	52	109	78	7	10

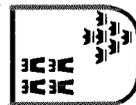
(1) Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 26 a 30 (25 junio a 30 julio 1983) y 27 a 30 (4 al 31 julio 1982)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Casos de 1000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disentería		Gonococia		Sífilis		
			1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983			
NOROESTE	61.521	1,5	0	4	10	5	0	2	17	74	36	4	9	43	1	2	0	1	5	30	2	7	0	2	1	58	3	0	0	0	0	0	0	2	0	5	10	0	0
ALTIPLANO	45.970	2,2	0	0	10	0	0	0	26	62	6	19	41	1	0	0	0	1	8	29	76	5	3	1	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
LORCA	110.866	0,9	1	0	7	2	0	0	56	67	39	31	65	48	1	3	2	2	3	18	40	16	0	7	10	152	0	3	0	1	0	5	10	0	4	0	0	0	0
CARTAGENA	238.201	0,4	9	7	0	3	1	3	90	51	438	20	286	72	15	0	0	0	88	12	71	12	7	9	81	98	0	0	0	7	3	10	6	10	17	0	1	0	0
MULA	21.839	4,6	0	0	0	0	3	3	13	5	39	1	0	2	0	0	0	0	6	12	15	0	1	0	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	2,4	0	2	0	0	1	24	37	44	0	0	0	18	4	0	0	0	29	37	14	14	0	0	4	48	1	0	0	0	1	6	0	5	0	0	0	0	
CIEZA	47.996	2,1	3	1	0	0	1	0	2	16	3	194	33	0	0	0	0	0	0	18	0	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	12	11	0	0	
MOLINA	76.645	1,3	5	2	2	0	2	3	48	39	89	6	156	85	10	4	0	1	14	51	46	6	11	6	16	49	4	1	0	0	10	0	19	12	13	4	0	1	
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	0	1	0	0	2	6	4	14	8	0	19	0	0	3	3	1	11	16	4	0	0	3	4	7	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	3	
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	10	3	7	3	2	8	93	154	78	34	169	165	5	6	1	1	12	45	91	43	19	9	25	190	1	4	0	0	1	6	18	10	2	6	0	0	
TOTAL REGION	955.215	0,1	28	19	37	13	5	23	373	495	799	126	920	486	36	15	3	9	166	263	371	109	41	34	147	631	16	9	0	1	18	5	38	44	64	63	2	11	

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



SUSCRIPCIÓN
AL BOLETÍN
DE SANIDAD
Y SEGURIDAD
MURCIANA

CONSEJERÍA
DE SANIDAD
Y SEGURIDAD
SOCIAL