



PROYECTO DE ORGANIZACION EN SALUD MENTAL PARA LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA

FRANCISCO MARTINEZ PARDO
Director Regional de Asistencia Sanitaria

Los principios inspiradores de una política de salud mental, tanto en la acción social, como en las instituciones representativas de la Región (Ayuntamientos y Comunidad Autónoma) serán los siguientes:

1.—El derecho a la protección de la Salud, reconocido en la Constitución, exige que la atención sanitaria sea completa y que contemple los niveles de promoción, prevención, asistencia y reinserción social.

2.—El sistema público de asistencia sanitaria de la Seguridad Social ignora las necesidades reales de la población española en el campo de la Salud Mental.

3.—Los dispositivos asistenciales de la Seguridad Social (INSALUD) en la Región de Murcia son inadecuados e insuficientes, entre otras cosas por:

- a) Estar unificados, en los Ambulatorios, los especialistas de Neurología y de Psiquiatría.
- b) La escasa dedicación de tiempo a cada paciente.
- c) La inexistencia de equipos pluridisciplinarios.

Todo ello hace que su función quede reducida a tareas burocráticas de expedición de recetas y concesión de bajas por enfermedad.

4.—La legislación actual, mateniendo una tradición histórica absoleta, obliga a la Comunidad Autónoma (1) a proporcionar y costear exclusivamente el internamiento de los enfermos psiquiátricos que lo precisen.

5.—La única institución pública para internamiento psiquiátrico existente en nuestra Región

(el Hospital Psiquiátrico «Román Alberca») y la clínica privada existente en El Palmar, no cumplen una función sanitaria global prestando fundamentalmente cuidados a un sector cuantitativamente muy limitado de la población de nuestra Región necesitada de cuidados psiquiátricos.

6.—El desarrollo actual de los conocimientos médicos, psicológicos y sociales, hace posible el tratamiento de la mayor parte de los trastornos psicosociales en el seno de la comunidad. Las necesidades de hospitalización, reducidas tan sólo a situaciones de grave crisis, pueden ser resueltas en la red hospitalaria general, en tanto que otras atenciones deben y pueden ser resueltas en el marco de los Servicios Sociales.

7.—La inadecuación de nuestro sistema sanitario obliga a los habitantes de la Región de Murcia a buscar la ayuda a sus problemas psíquicos en la medicina privada, quedando el hospital psiquiátrico como recurso final de las clases sociales peor dotadas.

8.—Los intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica a partir de las instituciones manicomiales, con independencia de la buena voluntad de sus promotores, han fracasado por reproducir en la comunidad el mismo esquema que intentaban superar.

9.—Frente a este estado de cosas, es necesario el desarrollo de una acción en Salud Mental *centrada en la comunidad* e integrada en el sistema sanitario general, y al margen de la institución manicomial.

(1) Al desaparecer la Diputación Provincial, por ser nuestra Región uniprovincial, sus obligaciones son asumidas por la Comunidad Autónoma.

10.—Es necesario dar a los ciudadanos una asistencia psiquiátrica completa e integrada, financiada por la Seguridad Social.

11.—Es necesario crear en la Región de Murcia, una infraestructura político-sanitaria que permita el desarrollo de un plan sanitario provincial en que enmarcar un Plan de Salud Mental.

12.—Dicho Plan debe inspirarse en el desarrollo de Servicios de Salud Mental centrados en la comunidad, *al margen de la institución manicomial* y que prevean posible su integración futura en el marco sanitario general.

13.—Para el desarrollo de dicho Plan de Salud Mental debe crearse en nuestra Región un órgano especial a cuyas competencias sean transferidos los recursos existentes para asistencia psiquiátrica.

14.—El Órgano Regional de Gestión tendrá a su cargo las siguientes funciones:

- Planificación y evaluación de todas las acciones en Salud Mental.

- Programación y puesta en funcionamiento de los Servicios.

- Gestión de los recursos y servicios existentes y los de nueva creación.

15.—La puesta en marcha de un plan sanitario en los distintos municipios de nuestra Región hace necesario en base a razones de colaboración técnica, institucionalizar formas de cooperación, especialmente en el campo de la Salud Mental.

16.—La política de inversiones sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia debe atenerse al criterio que supone el paulatino abandono del hospital psiquiátrico como eje de la política de Salud Mental.

17.—Debe procederse a una revisión de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Provincial para determinar las Instituciones prestadoras de Servicios Sociales, Estatales, Regionales o Municipales de la Seguridad Social a las que debe acudir, cuando no se trate de auténticos enfermos psiquiátricos.

18.—Debe potenciarse la acción municipal en la gestión de la Salud Mental en el marco de una coordinación regional.

19.—Debe realizarse una campaña de explicación e información de esta alternativa a sanitarios, asociaciones, familiares de enfermos (A.F.E.S.) y ciudadanos en general.

El Instituto Territorial de Salud Mental

En línea con esas conclusiones y como desarrollo de las mismas, entendemos que el Institu-

to Territorial de Salud Mental de la Región de Murcia, debe desempeñar las siguientes funciones:

- Planificar, programar y evaluar las acciones de Salud Mental de la Región.

- Instrumentar y poner en funcionamiento los programas y servicios de Salud Mental en la Región.

- Dirigir, gestionar y administrar los recursos y servicios adscritos a los mismos y los desarrollados por ellos.

- Proponer y desarrollar programas de formación para el personal sanitario y de investigación epidemiológico en el área de salud mental.

- Potenciar la descentralización y promover la participación de la comunidad en dichas acciones a través de los Ayuntamientos de la Región.

- Establecer la cooperación con otros Institutos Territoriales, con vistas al desarrollo de la infraestructura técnica y administrativa necesaria.

- Creación de equipos comunitarios de Salud Mental dependientes del Instituto Territorial que, progresivamente, deberán integrarse en el sistema sanitario general. Las necesidades de hospitalización serán cubiertas por los hospitales generales de la Región.

- Desarrollo de programas de acciones especiales sobre el Hospital Psiquiátrico Provincial que tiendan a posibilitar el abandono del Hospital Psiquiátrico como eje de la política de Salud Mental. Igualmente, dichas acciones deben ser complementadas con un desarrollo paralelo de los servicios sociales comunitarios. Finalmente, el Hospital Psiquiátrico debe ser reconvertido en una residencia asistida.

Panorama regional: recursos y demanda

En nuestra provincia no existen estudios adecuados sobre morbilidad psiquiátrica. Utilizando cifras obtenidas en estudios epidemiológicos realizados en otros países europeos y contrastados con las halladas en los estudios llevados a cabo en Navarra, únicos en España, se puede estimar que como mínimo un 10% de la población está necesitada de cuidados psiquiátricos y un mínimo del 21% presenta en un momento dado algún tipo de trastornos psiquiátricos. Por otra parte, un mínimo del 3% de la población (incluido dentro del 10% señalado) presenta trastornos de carácter grave que exigen ineludiblemente tratamiento psiquiátrico. Si aplicamos estas cifras a la población de la Región de Murcia estimada por el INE en julio de 1981, podemos decir que existen los siguientes grupos de población necesitada de algún tipo de ayuda psiquiátrica:

	Murcia capital	Resto provincia	TOTAL
Población estimada	277.285	639.788	917.373
Enfermos graves que exigen tratamiento	8.327	19.193	27.550
Total de personas necesitadas de ayuda	27.758	63.978	91.736
Total de personas afectadas por algún tipo de trastornos	58.592	134.355	192.647

Frente a esta situación de la morbilidad y de la necesidad de cuidados psiquiátricos (que no hay que olvidar que son cifras mínimas), la respuesta asistencial pública en nuestra Región a través de un esquema prácticamente hospitalario que resulta además insuficiente. La Seguridad Social cuenta con una Sección de «Psiquiatría», dentro del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Sanitaria «Virgen de la Arrixaca». Esta sección no está dotada de camas propias, aunque tiene consultas ambulatorias. También hay dentro de dicho Centro Sanitario una consulta externa de Psiquiatría Infantil. Por otra parte, existen dos Dispensarios de Salud Mental de la Delegación Territorial de Sanidad. De las 813 camas ocupadas del Hospital Psiquiátrico Provincial el 70% de ellas —569— están inmovilizadas por asilados que las ocupan con carácter fijo. Se puede decir que el único dispositivo psiquiátrico público —para satisfacer las necesidades de toda la provincia— son 244 camas dentro de una estructura sanitaria —Hospital Psiquiátrico «Román Alberca»— considerado por los expertos como poco adecuado para una moderna asistencia psiquiátrica.

La alta estancia media por paciente de los enfermos internados en el Hospital Psiquiátrico Provincial pone de relieve una alta incidencia de la hospitalización de enfermos mentales irreversibles, así como el uso de dicho hospital para procesos no propios de la especialidad psiquiátrica.

En cualquier caso, si tenemos en cuenta además del Hospital Psiquiátrico Provincial, la ya citada existencia de otro pequeño hospital psiquiátrico privado, dotado de 40 camas, podemos afirmar que los equipamientos existentes en la Región de Murcia en materia de asistencia psiquiátrica, corresponden a un enfoque clásico, cuya superación debe abordarse en la actualidad.

Por todo ello, la administración sanitaria debe asumir como criterio básico de su política de Salud Mental, la conversión de la obligación legal de las Corporaciones Provinciales de «proveer la instalación y sostenimiento de un manicomio, y correr con los gastos que produzcan el internamiento de los enfermos mentales de la Región, en el desarrollo de la responsabilidad que el artículo 43 de la Constitución establece para los poderes públicos en cuanto al derecho de los ciudadanos a la protección de la salud».

De cara a complementar la representación ciudadana y a promover una mayor participación en la gestión, el INSTITUTO REGIONAL DE LA SALUD MENTAL deberá estudiar la fórmula de integrar en su Consejo de Administración representantes de la Comunidad y de los trabajadores implicados en el problema.

ANALISIS DE LA COBERTURA DEL SISTEMA E.D.O. (ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA) EN LA REGION MURCIANA. 1981

CARMEN NAVARRO
Jefe Sección Epidemiología
Consejería de Sanidad y Seguridad Social

I. INTRODUCCION

La evaluación del funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles (sistema E.D.O.) es una actividad imprescindible para calibrar el grado de acercamiento entre los datos y la propia realidad sanitaria de la comunidad que queremos conocer, es decir, la confianza que tienen las tasas, índices epidémicos, etc., en relación con la dimensión de la enfermedad entre la colectividad. Además, la evaluación forma parte del propio sistema como control de calidad del mismo.

Como señalábamos en otro informe (1), son muchos los factores que influyen en esta relación, siendo tarea de los servicios de epidemiología tratar de medir la distancia que existe entre los datos recogidos y la realidad, introduciendo acciones que reduzcan al máximo los elementos distorsionadores, siendo, por supuesto, conscientes de que en ningún país la notificación es completa (2).

Entre los factores a tener en cuenta en esta actividad aparece la cobertura del sistema de vigilancia epidemiológica (V.E.), uno de los más importantes en cuanto al aspecto cuantitativo se

refiere. Y en este sentido hemos efectuado este trabajo de evaluación de la notificación de enfermedades por los médicos que trabajan en asistencia primaria, dejando para otra ocasión la declaración de los hospitales.

II. MATERIAL Y METODO

Con el objetivo señalado, de valorar la cobertura del sistema de V.E. de las enfermedades transmisibles, se remitió a los Jefes Locales de Sanidad (J.L.S.) de la región, excepto Murcia (3), una circular para que devolvieran cumplimentada una hoja resumen haciendo constar las semanas que cada uno de los médicos de su municipio que realizan asistencia primaria —médicos generales y pediatras— le había entregado el parte E.D.O. correspondiente. La carta fue enviada el 1 de junio y el 13 de julio se volvió a remitir otra a J.L.S. que no habían contestado a la primera.

Hemos recibido respuesta de todos los municipios, excepto 7, aunque solamente tiene importancia en cuatro de ellos, pues en los restantes no hay otro médico que el propio jefe local. Estos cuatro son Abanilla, Lorca, Moratalla y Puerto-Lumbreras. Hay que señalar, además, que en otros pocos casos la hoja-resumen no fue cumplimentada adecuadamente: no constan los nombres de los médicos; hay grandes discordancias con el número de partes que remitió el J.L.S. en igual periodo, como ocurre en Villanueva, etc.

A pesar de que los datos se solicitaron con respecto a 1981, en algunos casos enviaron los de 1982, si bien nosotros los hemos utilizado como si correspondieran todas al pasado año.

El análisis de la cobertura del sistema de V.E. lo realizaremos de la siguiente manera:

- Estudio de la notificación en cada municipio, calculando el porcentaje que declaran habitualmente al J.L.S., respecto del total de médicos generales y pediatras de su demarcación.
- Estudio de la declaración por comarcas, de igual modo que para los municipios.
- Cálculo del nivel de declaración global del año 1981, por comarcas, multiplicando los datos del apartado (b) por el porcentaje de semanas que hemos recibido el parte E.D.O. del J.L.S. (5) y dividiendo por cien.

III. RESULTADOS

3.1. La declaración de los médicos por municipios

El número de médicos generales y pediatras que están obligados a cumplimentar el parte E.D.O. semanalmente es de 277, excluido el municipio de Murcia, de los cuales solamente 178 hacen la declaración habitualmente, lo que representa un 64,2 por cien.

La declaración en los distintos municipios figura en las *tablas 1 y 2*. De su lectura resulta que en 7 municipios —Abanilla, Aledo, Archena, Jumilla, Lorca (6), Torre-Pacheco y Villanueva— el número de médicos que declara no llega ni al 20 por cien. En otros 11 el porcentaje es inferior

al 50 por cien y en 19 municipios superior al 80 por cien.

3.2. La declaración de los médicos por comarcas

Las comarcas con mayor cobertura del sistema de vigilancia son Alcantarilla (94,4%), Totana (88,8%) y Cieza (78,2%), que suman solamente 108.870 habitantes, es decir el 11,3% de la población regional. Entre el 60 y el 75% se encuentran el Noroeste (74,0%), Altiplano (66,6%), Campo de Cartagena (68,5%) y Fortuna/Abanilla (60,0%), que agrupan al 38,9% de la población. La comarca con menor notificación es Mula con el 42,8% (ver *tabla 3*).

3.3. Nivel global de declaración por comarcas en 1981

Como explicamos en el apartado *c* de la metodología hemos calculado la cobertura global durante 1981 de la V.E., cuyos resultados figuran en la *tabla 4*. El porcentaje global de declaración más elevado a lo largo del año lo presenta Alcantarilla (92,6%) seguido de Cieza (74,2%). Entre el 60 y 70% se encuentran el Altiplano (66,6%), Totana (68,6%), Campo de Cartagena (63,8%), y el Noroeste (67,2%), y las más bajas son Molina (46,9%), Fortuna/Abanilla (44,0%) y Mula (39,8%).

IV. COMENTARIOS

Aunque la obligatoriedad de declaración de cualquier enfermedad infecciosa incluida en la lista afectaba, según la Ley de Bases de Sanidad Nacional, a todos los médicos, en la práctica del sistema E.D.O. descansaba casi exclusivamente en los médicos titulares, siendo el J.L.S. el que semanalmente remitía al Servicio de Epidemiología Provincial el parte correspondiente.

El pasado año fue el primero que se implantó la declaración obligatoria, por escrito, de todos los médicos generales y pediatras del INSALUD (7), que en nuestra región se integró en el sistema E.D.O., ampliándose así la cobertura real del mismo (8). Por ello, este es el primer análisis de la actual red de vigilancia epidemiológica a nivel primario y carecemos de cifras para poder tomar como referencia, tanto a nivel regional como nacional.

Hay que añadir, que la información sobre la que se ha realizado este estudio proviene de la hoja-resumen cumplimentada por el J.L.S. con los datos de su propio registro de declarantes, y como hemos podido comprobar —a través de una serie de visitas que iniciamos a los municipios— no siempre existe. Esto significa que la hoja-resumen se ha rellenado un poco «a ojo», si bien tenemos razones para suponer que ha sucedido en pocos casos, siendo verídicas las cifras facilitadas por la mayoría de los J.L.S.

En cualquier caso queremos dejar constancia de ello, porque en algunos municipios el menor porcentaje de declaración no es más que el reflejo de una gran rigurosidad (Ejemplos: Cartagena, Molina, etc.).

Excluido el municipio de Murcia, cuyo estudio se realizará posteriormente, el sistema E.D.O. en la Región Murciana a nivel de la asistencia primaria estuvo basado en la participación de 178 médicos, que representan el 64,2% del total, con variaciones importantes de unos municipios a otros, que se diluyen algo al comparar entre comarcas. Así, frente a Abanilla, Aledo o Villanueva, de nula declaración habitual, encontramos 17 municipios con declaración de todos los médicos obligados a ella.

El balance de la declaración al considerar todo el año 1981 (Tabla 4) nos parece bajo, sobre todo en aquellas comarcas, que no alcanzan el 60%: Mula, Fortuna/Abanilla y Molina. Es preciso mejorar estas cifras y ello es necesario en dos aspectos: ampliando el número de médicos que declaran al J.L.S. y también regularizando el envío del parte del municipio por el propio J.L.S.

NOTAS:

- (1) Ver informe sobre «Absentismo en la declaración en 1981», en el *Bol. Epid. Sem. Murc.* (1982), 4, pág. 50.
- (2) ARMIJO ROJAS, R.: 1978, *Epidemiología*, Buenos Aires, Intermédica.
- (3) No se ha incluido Murcia, porque la notificación de ambulatorios, consultorios, médicos titulares, etc., se hace directamente a los servicios regionales, sin control por el J.L.S. Su análisis se publicará posteriormente.
- (4) Arbitrariamente hemos considerado declaración habitual de un médico, si lo hace más del 80% de las semanas.
- (5) *Idem.* nota 1.
- (6) Al no contestar el J.L.S. a la circular, hemos tenido en cuenta solamente su declaración, aunque sabemos que de manera irregular incluía datos del resto de los médicos. Irregularidades debidas a varios cambios habidos en la Jefatura Local de Sanidad.
- (7) Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, INSALUD, Circular II/1980 (14-5).
- (8) *Bol. Epid. Sem. Murc.* (1981), 3, pág. 84.

TABLA 1.—LA DECLARACION DE ENFERMEDADES POR MUNICIPIOS

MUNICIPIOS	N.º de médicos que deben declarar	N.º de médicos que habitualmente declaran	% de médicos que declaran
ABANILLA	4	0	0
ABARAN	6	5	83,3
AGUILAS	7	5	71,4
ALBUDEITE/CAMPOS DEL RIO	1	1	100,0
ALCANTARILLA	9	9	100,0
ALEDO	1	0	0
ALGUAZAS	3	1	33,3
ALHAMA	7	7	100,0
ARCHENA	6	1 (1)	16,6
BENIEL	3	1	33,3
BLANCA	3	1	33,3
BULLAS	5	5	100,0
CALASPARRA	4	4	100,0
CARAVACA	8	5	62,5
CARTAGENA	61	43	70,4
CEHEGIN	5	5	100,0
CEUTI	3	1	33,3
CIEZA	14	12	85,7
FORTUNA	2	2	100,0
FUENTE-ALAMO	4	4	100,0
JUMILLA	8	1 (1)	12,5
LIBRILLA	2	1	50,0
LORCA	21	1 (2)	4,7
LORQUI	3	1 (2)	33,3
MAZARRON	5	5	100,0
MOLINA	13	12	92,3
MORATALLA	5	1 (2)	20,0
MULA	5	1	20,0
OJOS	1	1	100,0
PLIEGO	1	1	100,0
PUERTO LUMBRERAS	3	1 (2)	33,3
RICOTE	1	1	100,0
SAN JAVIER	4	1	25,0
SAN PEDRO DEL PINATAR	3	3	100,0
TORRE-PACHECO	6	1	16,6
TORRES DE COTILLAS	5	2	40,0
TOTANA	8	8	100,0
ULEA	1	1	100,0
LA UNION	6	4	66,6
VILLANUEVA	1	0	0
YECLA	13	13	100,0
SANTOMERA	6	6	100,0
TOTAL	277	178	64,2

(1) El resto de los médicos hace declaración verbal.
(2) No han enviado los datos. Se cuenta solamente la declaración del Jefe Local de Sanidad.

FUENTES:

- Relación de médicos de A.P.D. Consejería de Sanidad y S.S.
- INSALUD, Servicio de determinación de honorarios.
- Hoja resumen sobre declaración al Jefe Local de Sanidad por los médicos generales, y
- Elaboración propia.

TABLA 2.—DECLARACION HABITUAL POR MUNICIPIOS. CLASIFICACION SEGUN PORCENTAJE

% DE DECLARACION	MUNICIPIOS
Menos del 20 %	Abanilla, Aledo, Archena, Jumilla, Lorca, Torre-Pacheco, Villanueva.
20 - 50 %	Alguazas, Beniel, Blanca, Ceutí, Librilla, Lorquí, Moratalla, Mula, Puerto-Lumbreras, San Javier, Torres de Cotillas.
51 - 80 %	Aguilas, Caravaca, Cartagena, La Unión.
+ de 80 %	Abarán, Albudeite, Alhama, Bullas, Calasparra, Cehegín, Cieza, Fortuna, Fuente-Alamo, Mazarrón, Molina, Ojós, Pliego, Ricote, San Pedro del Pinatar, Totana, Ulea, Yecla y Santomera.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la tabla 1.

TABLA 3.—DECLARACION HABITUAL POR COMARCAS EN PORCENTAJE

COMARCA	N.º habitantes (censo 1981)	% declaración
NOROESTE	61.521	74,0
ALTIPLANO	45.970	66,6
TOTANA	19.618	88,8
CAMPO CARTAGENA	238.201	68,5
MULA	21.839	42,8
ALCANTARILLA	41.265	94,4
CIEZA	47.996	56,7
FORTUNA/ABANILLA	26.327	60,0
T O T A L (1)	582.070	69,2

(1) Excluidas las comarcas de Murcia y Lorca.

FUENTES: Elaboración propia sobre tablas anteriores.

TABLA 4.—DECLARACION GLOBAL POR COMARCAS EN EL AÑO 1981, EN PORCENTAJE

COMARCA	% declaración (1)
NOROESTE	67,2
ALTIPLANO	66,6
TOTANA	68,6
CAMPO CARTAGENA	63,8
MULA	39,8
ALCANTARILLA	92,6
CIEZA	74,2
MOLINA	46,9
FORTUNA/ABANILLA	44,0

(1) Su cálculo está explicado en la metodología.

FUENTES: — *Bol. Epid. Sem. Mur.* (1).
— Tabla 3.
— Elaboración propia.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS DE LA REGION MURCIANA

GOMEZ-FERREZ GORRIZ, Concepción.—*El retraso mental en la Región de Murcia: aspectos epidemiológicos, clínicos y sociales*, Murcia, Tesis Doctoral, 1982.

Dentro del esfuerzo de investigación que se está realizando para poder disponer de una comprensión científica de las cuestiones sanitarias de la Región Murciana, destaca la Tesis de Doctorado de la doctora GOMEZ-FERRER, en el estudio del retraso mental. Tesis dirigida por el profesor Marset y leída en la Facultad de Medicina de Murcia, con la máxima calificación, analiza en base a los datos personales, clínicos y sociales de una muestra de 700 casos recogidos en el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de la anterior Jefatura de Sanidad de Murcia, las principales características del retraso mental en nuestra Región.

En primer lugar, es de destacar, como una decisión administrativa de índole social, la concesión de ayuda económica por parte de la Seguridad Social a las familias con miembros con retraso mental, permite una accesibilidad a un conjunto de la realidad sanitaria que de otra forma hubiera sido muy difícil de conocer. Aunque también es cierto que a pesar de que el 87% de la población está

asegurada, no garantiza una cobertura del 100%, pero sí posibilita una aproximación muy orientadora, como lo es la presente tesis. Por ello esta tesis es un modelo del aprovechamiento científico de las posibilidades que ofrece el trabajo cotidiano en las instituciones sanitarias públicas.

Las principales conclusiones a que llega la doctora Gómez-Ferrer son unas de índole general, como confirmar el predominio del sexo masculino, o la dependencia de la frecuentación a la facilidad de comunicación con Murcia ciudad, o la mayor edad de las madres de niños con síndrome de Down, la relativa importancia de los partos asfícticos, etc., mientras que otras son específicas del análisis realizado al comparar unas variables con otras. De esta forma destaca la mayor importancia de petición de ayuda económica y de ingreso en Centros especiales por parte de las familias con niños con retraso mental profundo, el papel de los maestros en la detección de casos ligeros, la influencia que tiene el que el padre padezca alguna enfermedad somática o mental grave y crónica en la aparición de niños con retraso ligero y en general la influencia de una situación socio-económica deprimida en el agravamiento de los niveles de retraso mental.

ALIAGA MATAS, Fuensanta.—*Evolución de la mortalidad infantil y preescolar en el municipio de Murcia 1971-1980*, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.

Estudio sobre la mortalidad en la infancia, dirigido por el profesor Marset, forma parte dentro del análisis de la Región, del trabajo que sobre el municipio de Murcia ha realizado con los licenciados Encarnación León y Francisco Murcia. Se centra en los dos últimos quinquenios, 1971-1980, con lo que la comparación con el primer quinquenio pone de relieve las principales modificaciones sufridas, y los problemas aún pendientes de resolver. De esta forma las tasas de mortalidad perinatal son elevadas (alrededor del 23 por mil nacidos vivos), las de mortalidad neonatal precoz se mantienen en un 8 por mil (importancia de las causas endógenas),

las de neonatal tardía que se habían matenido en un 4,14 por mil, descienden en el último quinquenio a un 2,19 por mil, siendo la tasa que más ha bajado la de mortalidad postneonatal que se sitúa en el último quinquenio en un 3,7 por mil. Todo ello hace que la tasa de mortalidad infantil se sitúe en el último quinquenio en un 13,60 por mil. Sin embargo la preescolar se mantiene estacionaria alrededor de un 2,74 por mil.

En este decenio destaca como contraste con el primer quinquenio (1961-65), como en general los valores para el casco urbano son siempre superiores a los de las pedanías en el conjunto de tasas, excepto en la postneonatal tardía, en la que aún tienen cierta importancia las causas infecciosas. Por otra parte en general ha disminuido enormemente el papel de las infecciones, y se ha generalizado el recurso al Hospital para el parto.

FRUTOS MARTINEZ, R.—*La Sanidad Escolar a través de la percepción de los padres, en el municipio de Murcia*, Tesis de Licenciatura, 1982.

Estudio sobre la percepción de los padres de lo que representa la Salud de sus hijos en periodo escolar, realizada por la licenciada Remedios Frutos Martínez, bajo la dirección de los profesores de Hi-

giene, Viviente López y Ramos García.

Se han realizado 283 encuestas, a una muestra aleatoria de escolares entre 6 y 14 años del municipio de Murcia con el objetivo de 1.º, conocer el nivel de patología consciente que revelan los padres; 2.º, investigar el grado de penetración entre los padres de las medidas de promoción y protección de la salud del escolar; 3.º, indagar los

hábitos higiénicos de los escolares según el parecer de los padres; y 4.º, conocer si existe algún tipo de influencia entre salud escolar, hábitos higiénicos y condiciones socioeconómicas.

Todo ello para, en base al conocimiento de la realidad, poder ir haciendo efectiva la propuesta de la O.M.S. de la participación de la comunidad en la consecución de la Salud.

Los resultados más importantes son: la incompleta implantación todavía, en el colectivo de nacidos entre 1968 y 1976, de las medidas de vacunación; la escasa cobertura todavía de los reconocimientos escolares, reflejado por el desconocimiento que los padres tienen, de su existencia; la deficiente práctica de hábitos higiénicos (ducha,

limpieza de dientes) entre los escolares, más acusadas conforme desciende el nivel socioeconómico, y la distinta conciencia de patología que los padres tienen, muchas veces en estrecha relación con el nivel socioeconómico.

En general, no existe conciencia del papel que los padres juegan en la promoción y protección de sus hijos, en colaboración con profesionales sanitarios, educadores, etc.

Todo ello muy interesante, que sugiere posteriores estudios acerca de la actitud de los profesionales sanitarios y educadores sobre el papel que juegan los padres en la consecución de la salud de sus hijos.

ILLAN GOMEZ, Fátima.—*La atención primaria de salud en la Seguridad Social, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.*

Dentro del conjunto de estudios sobre la estructura y funcionamiento de las instituciones sanitarias murcianas que se realizan en el Departamento de Historia de la Medicina, el presente trabajo, dirigido por el profesor Maset, analiza el funcionamiento de las consultas de la Seguridad Social en su nivel primario, los consultorios. En base a la observación de las consultas normales realizadas en un mes en 17 consultorios de la Seguridad Social, y previa actitud favorable y colaboradora de sus titulares, se analizan 5.195 casos que fueron a consulta. De los casos se estudia por una

parte las características personales, por otra las de la consulta (día, duración, etc.), y por último la asistencia sanitaria que se presta (motivo, diagnóstico, exploración, analítica, recetas, etc.).

La tesina demuestra cuantitativamente la pésima organización de la atención primaria de la Seguridad Social que soporta una tasa de frecuentación de 5,7 persona/año, superior a la media europea (4,5), y que no ofrece condiciones de un correcto ejercicio de la profesión, con un promedio de 1,8 minutos por consulta, un 40% de casos para renovar medicación, un 11% para cuestiones administrativas, etc. Panorama que concluye la urgente necesidad de realizar una reforma radical de atención primaria.

LEON PELLICER, Encarnación.—*Evolución de la mortalidad en la infancia en el municipio de Murcia 1961-1965, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.*

Tesina dirigida por el Profesor Maset, dentro del estudio sobre la mortalidad en la infancia en la Región Murciana, forma parte del trabajo concreto sobre el municipio de Murcia, realizado además de la autora por los licenciados Fuensanta Aliaga y Francisco Murcia.

La característica de este estudio que lo diferencia del resto de estudios sobre las comarcas de la región estriba en que los autores han separado los casos procedentes del casco urbano de los procedentes del conjunto de pedanías. Incluso tenían hecho el estudio por los diferentes barrios del casco urbano, pero en la presentación de la tesina no lo han utilizado. Se centra en el primer quinquenio, 1961-65, el de mayor mortalidad, con 1.368 casos, sentando las características más im-

portantes de los componentes de esta mortalidad en la infancia para poder servir de punto de comparación en los estudios posteriores sobre el municipio. Para la mortalidad perinatal destaca la autora la irregularidad en la consignación de los datos para las muertes fetales tardías. Para la mortalidad neonatal, mejoran algo los datos, ofreciendo unas tasas que van del 9,4 por mil en 1961 al 7,4 en el 65. La neonatal tardía asciende del 3,9 al 4,1 por mil, la postneonatal desciende del 20,8 al 17,7 por mil, la infantil también desciende del 34, 2 al 30,5 por mil, la preescolar desciende de un 6,1 a un 3,3 por mil.

Destaca cómo en general los valores para el casco urbano son inferiores a los de las pedanías, sobre todo por la mejor situación de infraestructura que hace descender las infecciones. Igualmente destaca cómo ya en ese quinquenio se aprecia una evolución ascendente al parto en los hospitales, disminuyendo en el domicilio; y en el casco urbano la mayor importancia de las clínicas privadas en este quinquenio.

MIRALLES LOPEZ, Juan-Carlos.—*Análisis comparativo de los accidentes de trabajo en la Región Murciana, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.*

En una de las áreas que más falta hace el estudio científico por la gran influencia que posee su

situación sobre la salud es la de la medicina laboral. Y es precisamente el área más abandonada científicamente en España. La presente tesina, dirigida por el Profesor Maset, dentro de los estudios sobre la medicina laboral en la Región de

Murcia que se realizan en el Departamento de Historia de la Medicina, se centra en los accidentes de trabajo en base a los datos sobre siniestralidad del Gabinete de Higiene y Seguridad en el Trabajo para 1977, 78 y 79, y su comparación con el conjunto de datos para España.

La principal conclusión es que se produce un ligero aumento de las tasas en los dos últimos años, a pesar de estar por debajo de media nacional (47,59 por mil trabajadores en Murcia, 57,76 en España), aunque a nivel de España la tendencia es decreciente. En la Región el sector de actividad con más siniestralidad es el de la Industria (87,56/mil), cuando a nivel nacional lo es el de la

construcción (122,84/mil). Y dentro de la industria, la rama con más siniestralidad es la de Metalurgia (132,17).

Asimismo es de destacar que la tasa de casos graves y muy graves ha ido aumentando a nivel regional, aunque en general la gravedad es menor a nivel regional que a nivel nacional. En el sector de construcción es en el que mayor proporción de casos graves se dan.

Este panorama murciano, de creciente gravedad, en medio de un aumento del paro, parece indicar un empeoramiento de las condiciones de trabajo.

RUIPEREZ NICOLAS, Ana-Maria.—*Evolución de los conocimientos académicos en Fisiología cardio-circulatoria*, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.

Dentro del estudio global sobre la eficacia de la enseñanza de la medicina que se realiza en el Departamento de Historia de la Medicina, el presente trabajo, dirigido por el Profesor Maset, analiza el perfil de mantenimiento de los conocimientos que se adquieren al aprobar, en Fisiología cardiocirculatoria. Se efectúa el trabajo en base a tests básicos (fisiopatología, electrofisiología y hemodinámica) que se administran a muestras aleatorias de estudiantes de 3.º, 4.º, 5.º y 6.º (un total de 120 alumnos). La principal conclusión del trabajo es la diferencia que existe con lo analizado

al observar el grado de mantenimiento de los conocimientos de bioquímica. Así, mientras en esta materia el perfil es de olvido progresivo, en fisiología cardiocirculatoria, tras un primer año de olvido, se recupera con los años más conocimientos de fisiología. La interpretación, coherentemente con lo encontrado en el área de hidratos de carbono del estudio de bioquímica, que se mantenían, cuando el resto se olvidaba, apunta a la importancia de la repetición de los conceptos básicos en los cursos siguientes, en contextos distintos que obliga a una mejor incorporación y uso de los conocimientos. El resto de conclusiones hace referencia a la relativa importancia de los factores personales o académicos en esta evolución de los conocimientos.

VIVANCOS TORREJON, Ramón Fernando.—*Evolución de la mortalidad infantil desde 1960 a 1980 en la comarca del Noroeste de la Región de Murcia*, Murcia, Tesis de Licenciatura, 1982.

Dirigida por el Profesor Maset, y dentro del amplio estudio de la evolución de la mortalidad en la infancia que se realiza para toda la Región Murciana, la presente tesina analiza los datos de la comarca del Noroeste. Trabajo realizado en base a los certificados de defunción de todos los muertos menores de cinco años, revela en primer lugar la importancia de este tipo de estudios para conocer nuestra realidad sanitaria, pero también la necesi-

dad de que en los certificados de defunción se mejore la información depositada.

De entre sus conclusiones destacan, la mayor mortalidad en la infancia del conjunto de la comarca en relación con la Región, la necesidad de mejorar la estructura de atención sanitaria en general y en concreto al parto en la comarca, la evolución favorable de todas las tasas (mortalidad infantil, perinatal, neonatal precoz y tardía, postneonatal, preescolar), sobre todo por la disminución de las infecciones en general y de las intestinales, aunque siempre se sitúan por encima de las tasas regionales.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

CURSOS DE AUXILIARES DE PUERICULTURA

Organizado por la Escuela de Puericultura que dirige el Dr. Quiles, del 15 al 30 de octubre se abrirá el plazo de matrícula para estos cursos.

Dirigidos a personal femenino sin que de momento se exija ninguna titulación. Su objetivo es divulgar los conocimientos del cuidado del niño sano a futuras madres, profesionales de medios infantiles (guarderías, etc.).

Tendrá una duración de cuatro meses con clases teóricas y prácticas alternas de 9 a 12 horas de la mañana.

Local: Salón de Actos de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social y Delegación Territorial.

CURSO DE DIPLOMADAS DE PUERICULTURA

Organizado por la Escuela de Puericultura. Se abrirá el plazo de matrícula para ingreso en estos cursos del 1 al 15 de septiembre.

Dirigidos a maestras y maestros, y a población femenina que tengan los estudios de Bachiller Elemental, Graduado Escolar y 8.º de E.G.B.

Duración: 9 meses. Clases teóricas y prácticas diarias de 9 a 12, con el siguiente programa: higiene infantil y escolar en todos sus aspectos

físico, mental y social, maternología, epidemiología y alimentación.

Local: Salón de Actos de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social y Delegación Territorial

CURSOS DE EDUCACION SANITARIA PARA MAESTROS DE PREESCOLAR

Dentro de los cursos de perfeccionamiento para maestros de preescolar que el I.C.E. programa para Murcia y Cartagena en el Curso Escolar 1982-83, la Consejería de Sanidad participará en el desarrollo del temario de Educación Sanitaria:

1. El preescolar desde el punto de vista de la salud pública.
2. Crecimiento y desarrollo del niño preescolar. Índice de crecimiento y desarrollo somático.
3. Desarrollo neurológico.
4. Alimentación.
5. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
6. Distintas alteraciones: visión, dientes, otorrinolaringológicas.
7. Accidentes más frecuentes. Su prevención y primeros auxilios.

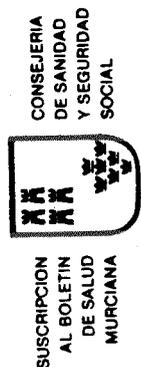
El Curso de Murcia se impartirá del 25 al 30 de octubre, a cargo de la Dra. Elvira Ramos García. El de Cartagena, los días 2 al 6 de noviembre, a cargo de los Dres. don José-Manuel Sebastián Raz y don Vicente García Marcos.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 31 a 34 (1 a 28 agosto 1982) y 32 a la 35 (2 al 29 agosto 1981)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Toxifera		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disentería		Difteria		Sifilis					
		1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982						
NOROESTE	61.521	0	0	3	6	0	1	13	8	2	14	2	5	0	0	1	18	2	0	0	0	0	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ALTIPLANO	45.970	0	1	0	1	0	0	19	3	2	0	79	14	0	1	0	11	0	0	31	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
LORCA	91.248	1	0	5	1	0	0	8	8	0	7	35	19	0	1	4	18	4	8	41	10	1	2	1	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	0	0		
TOTANA	19.618	0	1	0	0	0	1	0	2	0	6	0	4	0	1	0	0	0	2	5	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CARTAGENA	238.201	0	2	2	4	0	2	34	17	27	63	87	183	0	1	0	44	12	36	30	9	17	11	15	5	5	1	1	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	
MULA	21.839	0	1	0	0	0	0	2	2	1	16	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.265	0	0	1	0	0	0	11	0	14	26	6	56	0	0	0	17	20	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
CIEZA	47.996	2	1	3	0	0	1	21	0	1	267	6	163	0	3	0	3	15	12	2	0	4	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	0	0	0	
MOLINA	76.645	1	1	1	1	0	0	57	13	16	39	75	118	14	2	0	1	3	9	45	37	0	7	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FORTUNA/ABANILLA	26.327	0	1	0	0	0	0	2	2	0	2	8	8	0	0	0	15	0	6	5	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0	4	4	0	0	3	62	27	10	72	329	123	1	1	3	22	19	94	118	31	7	15	8	16	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL REGION	955.215	0	13	22	16	13	1	8	229	82	73	628	693	16	10	7	7	151	83	206	275	108	40	36	42	27	20	1	1	19	14	14	46	12	2	2	3	3	3		

(1) Según la rectificación del Padrón de Habitantes a 31-12-1981.



SUSCRIPCION
AL BOLETIN
DE SALUD
MURCIANA

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 35 a 39 (29 agosto a 2 octubre 1982) y 36 a la 40 (30 agosto a 3 octubre 1981)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de 1 caso X 100.000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Gonococia		Sífilis				
			1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982					
NOROESTE	61.521	1,5	0	0	4	4	0	0	27	12	0	20	0	31	0	0	4	0	0	3	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	—	2	0	5	0	12	0	0		
ALTIPLANO	45.970	2,2	0	2	0	4	0	0	8	22	1	1	23	20	0	0	0	1	3	8	0	4	16	1	0	1	0	0	0	1	—	0	0	0	1	0	1	0	1	0	
LORCA	91.248	1,1	0	2	1	3	0	2	2	2	0	3	69	80	0	0	2	0	3	5	0	33	4	2	1	0	0	0	1	—	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	
TOTANA	19.618	5,1	0	0	0	0	0	0	12	0	1	1	30	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	—	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CARTAGENA	238.201	0,4	5	3	5	1	3	1	14	5	14	22	284	429	2	0	3	2	12	20	66	32	16	4	9	7	0	0	—	6	0	0	0	0	0	7	9	0	0		
MULA	21.839	4,6	0	1	1	0	0	0	4	1	2	15	41	22	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	2	0	0	0	—	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.265	2,4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	19	17	18	0	1	2	0	0	10	5	32	0	0	0	1	0	0	0	—	3	0	0	0	0	0	6	9	0	0	
CIEZA	47.996	2,1	5	0	0	0	0	0	8	0	0	0	197	0	31	0	0	0	0	0	0	18	6	0	1	3	12	0	0	—	0	0	0	0	0	0	0	15	8	0	0
MOLINA	76.645	1,3	3	0	0	0	0	1	23	11	8	37	89	253	10	2	0	0	16	25	152	47	0	1	0	8	0	0	—	1	0	0	0	—	0	0	1	11	4	2	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	19	24	0	0	1	0	0	5	21	16	0	2	0	0	0	6	0	—	2	0	0	0	0	1	1	0	0		
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	8	10	0	5	1	2	44	20	15	35	224	208	1	0	7	2	26	10	110	75	11	12	9	3	2	14	1	—	4	20	1	1	21	4	21	1	0		
TOTAL REGION	955.215	0,1	21	18	11	19	7	5	142	76	41	350	796	1120	14	3	19	5	60	86	373	248	47	28	22	37	2	21	1	—	19	21	7	3	76	56	6	6	6		

(1) Según la rectificación del Padrón de Habitantes a 31-12-1981.

