



PRESENTACION

Aparece a la luz el **Boletín de Salud de la Región Murciana**, editado por la Consejería de Sanidad y Seguridad Social, poco después de cumplirse el año de las transferencias de las primeras competencias a este organismo de la autonomía.

Es importante el significado político de la autonomía regional por lo que supone de estímulo y potenciación de los abundantes recursos humanos y materiales que posee. Nuestra región cuenta con una población de alrededor del millón de habitantes y con gran riqueza de su suelo, lo que significa que puede lograrse un gran desarrollo en todos los campos: socioeconómico, cultural y sanitario.

Para favorecer este desarrollo regional en materia sanitaria, la Consejería de Sanidad y Seguridad Social se ha dotado de un órgano de expresión que pueda canalizar, potenciar e informar de todos los asuntos de su competencia, que aunque en muchas cuestiones podrá ser semejante a la de otras regiones del Estado español, va a tener unas características peculiares determinadas por su forma de vida y su organización social, propia de una región en vía de expansión y desarrollo. Merece la pena señalar aquí el potencial económico de la región en los sectores agropecuario, favorecido por la llegada de las aguas del Trasvase, y la industrialización que de ellos se deriva (industrias de transformación de alimentos, industrias cárnicas, etc.), además de los sectores siderometalúrgicos y petroquímicos de Cartagena y el turístico de sus zonas costeras y algunas del interior. La salud y la enfermedad estarán determinadas por este desarrollo socioeconómico.

La denominación Boletín de la Salud de la Región Murciana, coincide con las orientaciones de la OMS desde su constitución, de centrar el objetivo sanitario sobre la salud en

sus aspectos de fomento, promoción y protección, en lugar de hacerlo sobre la enfermedad. En este sentido, por ejemplo, el asunto del aceite tóxico, tema candente hoy, será revisado desde los aspectos organizativos del control de la higiene de los alimentos que la aparición de la intoxicación ha puesto de manifiesto como insuficientes, y de las posibles soluciones.

Este Boletín va dirigido a todos los profesionales que de forma directa o indirecta trabajen en el sector sanitario, como colectivo, sin hacer divisiones estamentales, puesto que lo fundamental en este campo es la tarea en equipo, y su entronque de la forma más eficaz posible con la colectividad. Tendrá una periodicidad mensual y constará de tres partes: una primera dedicada a producción original de todos los temas sanitarios que incidan sobre promoción y protección de la salud de la colectividad dando cabida a todas las áreas que en la región trabajan para este fin: higiene materno-infantil con el importante sector de la planificación familiar, sanidad escolar, salud mental, salud laboral, epidemiología, higiene de los alimentos, control de zoonosis, sanidad ambiental, atención primaria de salud, etc.; una segunda dedicada a reseñar los artículos de interés para la región, y una tercera de información acerca de actos, cursos, simposiums de interés para los profesionales sanitarios.

Para cumplir el objetivo del Boletín nos hemos dirigido a todas las instituciones profesionales y académicas que tienen relación con el tema para que la comunicación desde aquí comenzada pueda contar con la participación de todos.

Deseamos larga vida con éxito a esta publicación.

CARLOS ALBEROLA GOMEZ-ESCOLAR
Consejero Regional de Sanidad y S. S.

1. PROMOCION DE SALUD - EDUCACION SANITARIA

Dra. Elvira Ramos García

**Jefe de Sección de Promoción de la Salud,
Consejería de Sanidad y Seguridad Social**

Una de las tareas fundamentales dentro de la promoción de la salud es la Educación Sanitaria, de ahí que la Consejería de Sanidad y Seguridad Social haya colocado esta actividad como uno de sus objetivos prioritarios.

La Educación Sanitaria es el conjunto de actividades sistemáticas y planificadas dirigidas a producir los cambios necesarios de creencias, actitudes y comportamiento de la población para alcanzar una salud óptima (1).

En tanto que medio importante de obtener la participación de la población para conseguir una modificación perdurable de los hábitos personales y colectivos en materia de salud, la Educación Sanitaria está íntimamente ligada a los programas sanitarios, cuyos objetivos contribuye a alcanzar.

Los puntos fundamentales a reseñar son:

- 1.º Se trata de un **proceso educativo**, no basta con la información acerca de lo que es saludable, es preciso que el sujeto cambie la actitud nociva (no basta con conocer que el tabaco es perjudicial para la salud, es preciso llegar a dejar de fumar).
- 2.º Se trata de una decisión personal, es decir es el individuo en definitiva el que ha de cambiar su comportamiento.
- 3.º Es preciso actuar sobre la **colectividad** que es el objetivo de la salud pública y que ella tome parte activa en la consecución de la salud (**participación de la comunidad**).

Por estas razones la Educación Sanitaria necesita, para constituir su fondo de conocimientos acudir a disciplinas afines, tales como la pedagogía, para adquirir experiencias en métodos educativos; a la psicología social, la sociología y la antropología para conocer a fondo las ciencias del comportamiento que pueden garantizar el éxito de la tarea educativa (2).

Existe por tanto una triple tarea:

- I) de promoción de personal en educación sanitaria con arreglo a las disciplinas mencionadas arriba.

- II) de investigación de las colectividades desde un ángulo de vista antropológico, sociológico y de psicología social para poder llevar a la misma, con los métodos pedagógicos más adecuados, el contenido sanitario que dicha población requiera para la modificación de sus hábitos y actitudes.

- III) de estímulo a la participación de la comunidad.

En este sentido se ha orientado el programa de Educación Sanitaria de la Consejería.

I) Formación de personal.

a) Profesionales sanitarios.

Se han realizado dos cursos de Educación Sanitaria a nivel regional, el primero para Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios (del 18 al 23 de mayo), y el segundo para Ayudantes Técnicos Sanitarios (del 25 al 30 de mayo), dirigidos al conocimiento de las bases metodológicas de la Educación Sanitaria, con la participación de sociólogos, antropólogos, pedagogos y personal sanitario.

Ha existido una amplia participación de profesionales de toda la región (114 médicos, 14 farmacéuticos, 38 veterinarios y 128 A.T.S.), aunque la distribución municipal ha sido, como es natural, muy irregular, con alrededor del 60% procedentes de Murcia, y con muy escasa participación de los municipios más alejados (Yecla, Aguilas).

Para obviar el inconveniente de la distancia y conseguir una participación mayor, se van a programar cursos de contenido semejante por comarca, el primero de los cuales, en la comarca de Lorca y con la colaboración de las entidades municipales allí comprendidas (Totana, Aledo, Lorca, Puerto-Lumbreras

(1) Educación para la Salud. Discursos pronunciados en la IX Conferencia Internacional sobre educación para la Salud. *Publ. Cientif. O.P.S.*, 1978, núm. 360.

(2) TURNE, C. E. (1964). — Community Health Educator's Compendium of Knowledge. Geneva, Revue Internationale d'éducation de la Santé.

y Aguilas), se ha celebrado en los días 22 a 26 de junio.

Con el personal más interesado vamos a formar el equipo encargado de la Educación Sanitaria a nivel regional.

b) Profesionales no sanitarios.

Dentro de los profesionales no sanitarios que van a jugar un papel fundamental en la Educación Sanitaria merecen destacarse el maestro y el asistente social.

Aquí en la región es escaso el número de asistentes sociales que tengan un puesto de trabajo, ni siquiera existe uno por municipio, por lo que apenas pueden realizar el papel tan fundamental que en otros países tienen asignado.

El magisterio sin embargo es un cuerpo amplio y homogéneamente distribuido y en todos los países el principal protagonista de la Educación Sanitaria, por lo que centramos ahí nuestro esfuerzo de Educación Sanitaria en tres tipos de tareas:

- impartir una disciplina «optativa» de Educación Sanitaria en la Escuela de Magisterio,
- introducción de la Educación Sanitaria en las Escuelas de Verano, a las que acuden los profesionales para formación continuada,
- planificación a niveles comarcales e incluso municipales de un programa de contenidos sanitarios para maestros a realizar a lo largo del curso escolar 1981-82. Este programa se realiza en base a una encuesta, que se ha realizado sobre una muestra de 600 profesores y alumnos de Magisterio, acerca de actitud del maestro

hacia la educación sanitaria y nivel de contenidos sanitarios.

II. Investigación.

Dentro de la necesidad de conocer los hábitos, costumbres y actitudes de la colectividad se está elaborando una encuesta a la población, que nos servirá de base y nos permitirá realizar evaluaciones de la eficacia del proceso educativo, cuando mediante ulteriores encuestas se compruebe la modificación de los hábitos nocivos.

III. Participación de la comunidad.

Por la importancia que la comunidad tiene como protagonista en la consecución de una salud óptima, la Consejería de Sanidad y Seguridad Social ha concentrado muchos de los esfuerzos en despertar, ayudar y fomentar dicha participación. En este sentido ha utilizado todo tipo de resortes para poner en funcionamiento los Consejos Municipales de Sanidad, fruto de lo cual ha sido la realización de semanas sanitarias en algunos municipios de la provincia con proyección de películas que les hemos ofrecido desde la Consejería.

Los municipios que han participado han sido los de Calasparra, Caravaca, Ceutí, Cieza, Jumilla, Librilla, Lorca, Las Torres de Cotillas y Totana.

Es preciso todavía incrementar más la relación de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social con los municipios y con los movimientos y organizaciones ciudadanas para que exista una total comunicación que haga conjuntar los intereses sanitarios de la población y los de los administradores de salud, en el terreno educativo.

2. EPIDEMIOLOGIA

Situación epidemiológica de las hepatitis víricas en 1980

Dra. Carmen Navarro Sánchez
Jefe Sección Epidemiología Consejería Sanidad y Seguridad Social

Aunque a nivel nacional las hepatitis víricas no son enfermedades de declaración obligatoria todavía, en la Región Murciana se recomendó a los médicos que la declarasen desde finales de 1978, razón por la cual existen datos de morbilidad registrados desde

esa fecha.

El número de casos notificados en 1980 ha sido de 315, lo que representa una tasa de 33,96 por cien mil habitantes. Cifras ambas bastante superiores al año anterior con 175 casos y tasa de 18,28 (1).

La distribución **estacional** de casos aparece en la gráfica 1. Los meses de mayor incidencia corresponden al invierno y la primavera, disminuyendo sensiblemente a partir de la semana 30.

En cuanto a la distribución **espacial**, las comarcas más afectadas han sido las de Lorca (tasa de 79,9), Altiplano (60,5), Campo de Cartagena (43,6) y Noroeste (43,0). Todas ellas presentan incidencia alta o muy alta. Mula y Molina tienen una incidencia en torno a la media provincial y el resto de comarcas tienen incidencia muy baja. Comparativamente con 1979, la distribución es muy semejante, con la única excepción del Campo de Lorca (ver tabla 1 y mapas 1 y 2).

Las tasas elevadas de las comarcas citadas con alta incidencia se deben principalmente a la existencia de brotes epidémicos en Aguilas y Puerto Lumbreras de la comarca del Campo de Lorca, Yecla en el Altiplano, Mazarrón, San Pedro y La Unión en el Campo de Cartagena y Calasparra en el Noroeste. Además ha habido brotes en Archena, Ceuti y Las Torres de Cotillas.

Respecto a la distribución por **sexo** y **edad**, solamente en 28 casos se conoce este dato. De ellos, el 57,1% son varones y el 42,8 mujeres, estando la mayoría de ellos comprendidos entre los 5 y 14 años (67%). En

1979, este grupo fue aún más importante, con el 85,2%.

En resumen, podemos decir que las hepatitis en 1980 presentan una tendencia ascendente frente al año anterior, difícil de valorar en la perspectiva temporal por el poco tiempo que lleva en funcionamiento su notificación y registro. Tampoco podemos comparar con la situación nacional por la falta de datos en este sentido, ya que como apuntamos al principio no es de declaración obligatoria. No obstante, las cifras son inferiores a las de otras provincias o áreas en las que se notifican estas enfermedades como Valencia (46,60) (2) o Area Sanitaria de Talavera de la Reina (66,97) (3).

La afectación principalmente de niños en la edad escolar, y la tendencia a la presentación en brotes sugiere que el principal componente de las notificaciones son hepatitis infecciosas (Hepatitis A), aunque la presentación estacional no coincide, pues estas hepatitis se describen como más frecuentes en otoño-invierno.

(1) *Bol. Epid. Sem. Murc.* núm. 81 (1980).

(2) Boletín Epid. Sem. Región Sanitaria de la consellería de Sanidad. Dirección de Salud de Valencia, núm. 119 (1980).

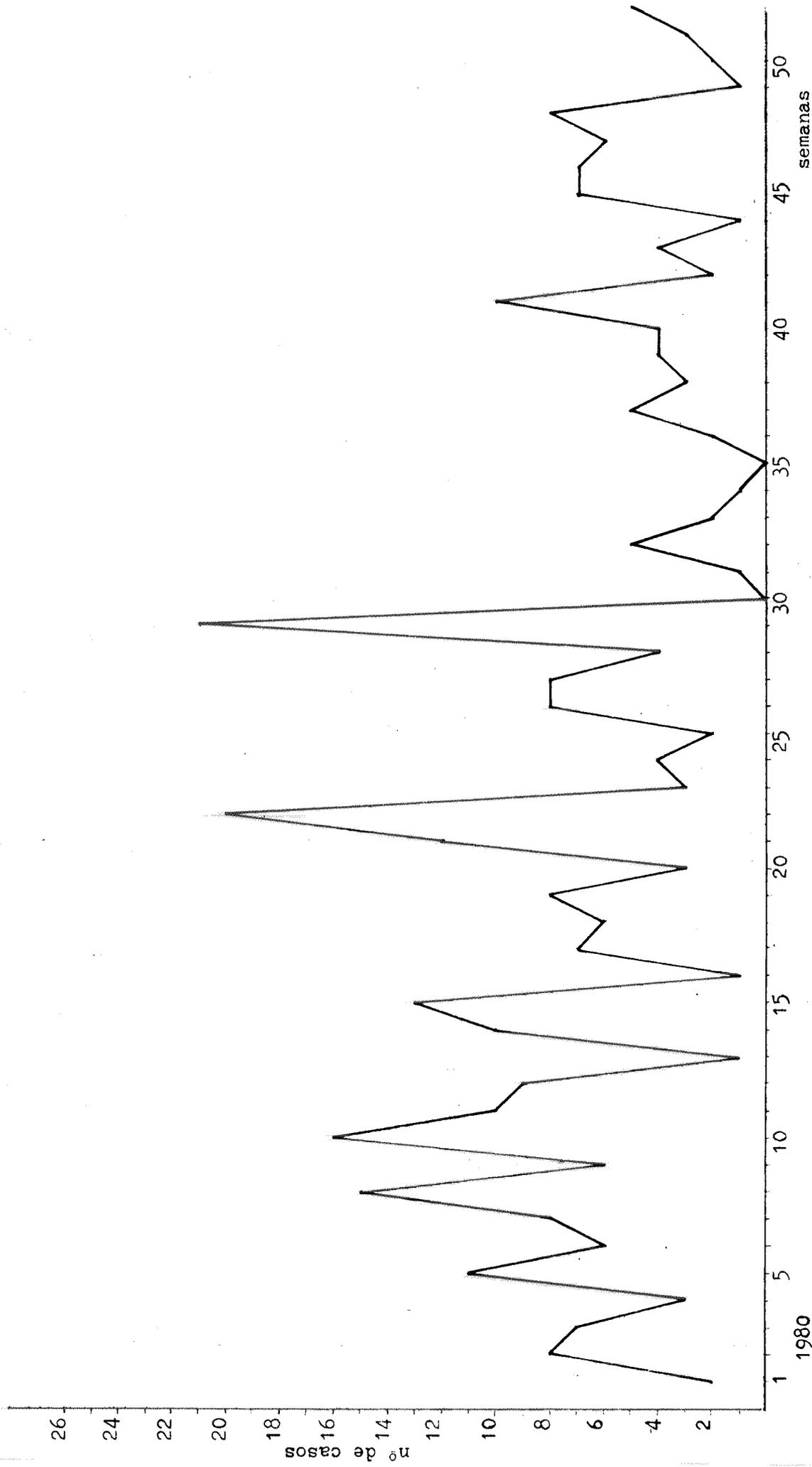
(3) M.º Sanidad y Seguridad Social. Centro Nacional de Demostración Sanitaria. Boletín núm. 36 (1981).

TABLA 1

HEPATITIS. REGION MURCIANA. DISTRIBUCION COMARCAL DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. 1979 Y 1980.

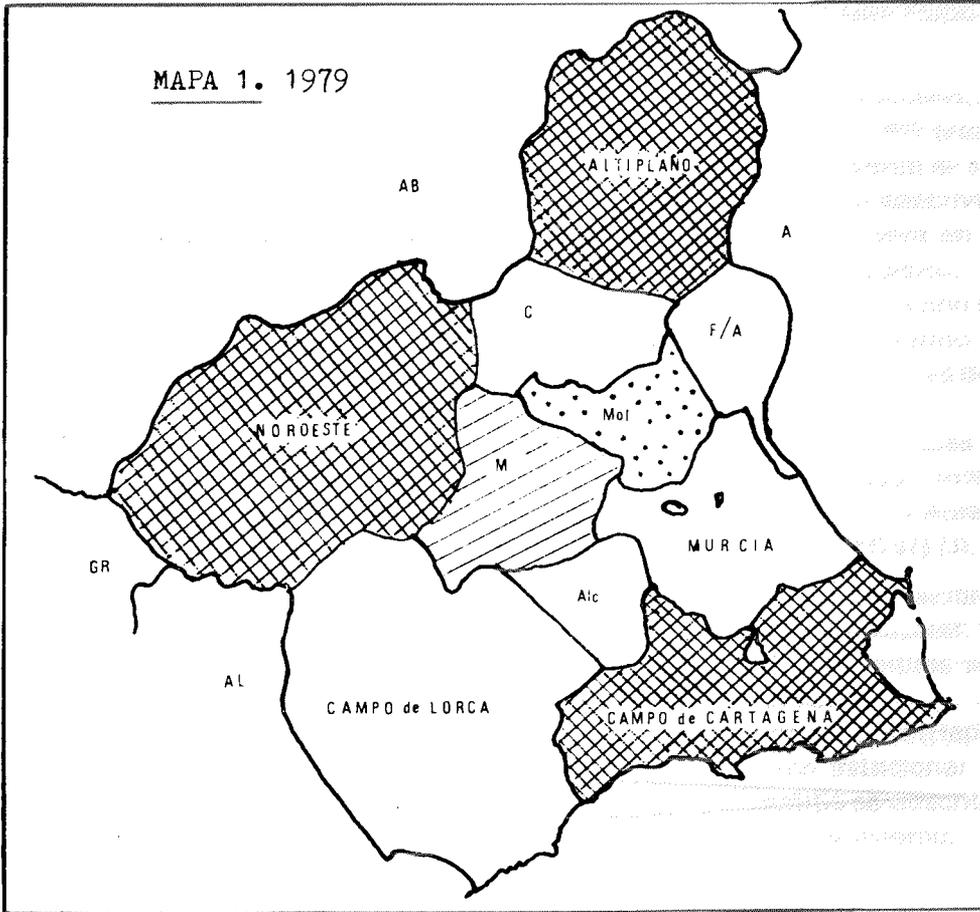
COMARCA	N.º CASOS		TASA	
	1979	1980	1979	1980
NOROESTE	20	28	31,06	43,04
ALTIPLANO	42	28	92,43	60,50
CAMPO DE LORCA	0	93	0	79,93
CAMPO DE CARTAGENA	81	104	34,53	43,66
SUBCOMARCA MULA	4	8	17,56	34,68
SUBCOMARCA ALCANTARILLA	1	5	2,44	12,04
SUBCOMARCA CIEZA	4	1	8,19	2,02
SUBCOMARCA MOLINA	8	28	10,69	36,46
SUBCOMARCA FORT./ABANILLA	1	3	3,71	14,43
MURCIA CAPITAL	14	17	4,92	5,76
TOTAL	175	315	18,28	33,96

GRAFICA n° 1 : HEPATITIS REGION MURCIANA. 1980. Distribución estacional de casos.



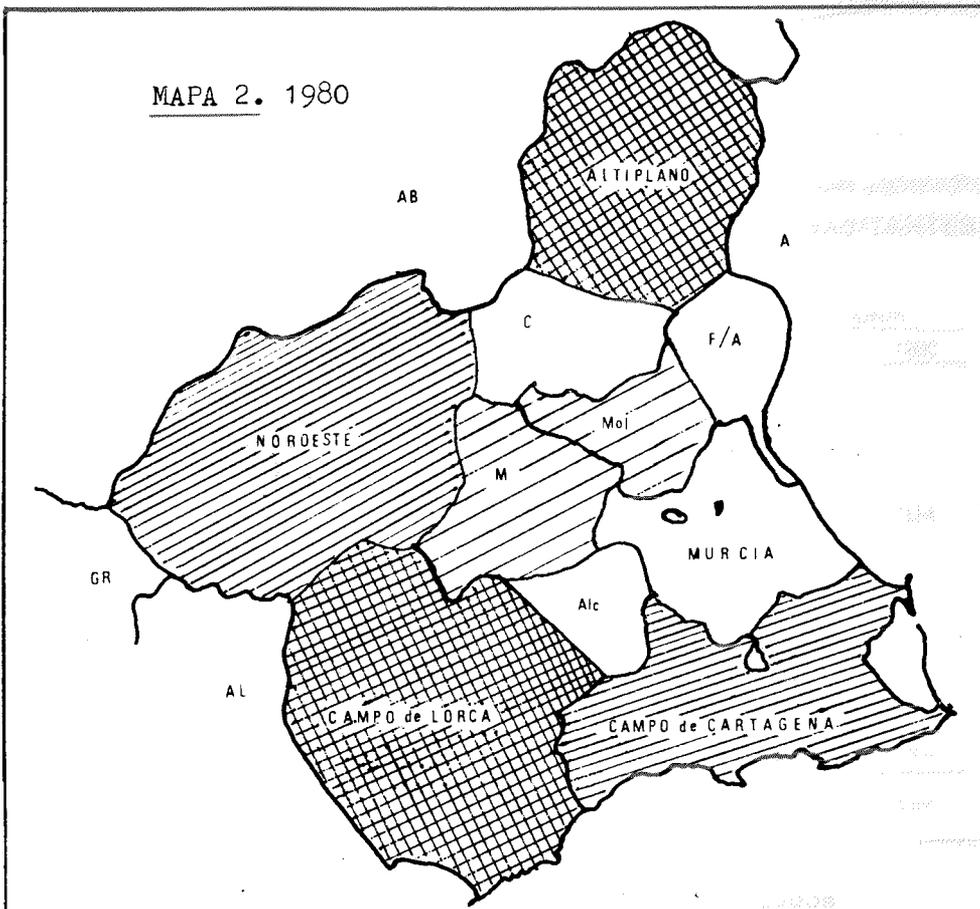
HEPATITIS REGION MURCIANA. TASAS DE INCIDENCIA POR COMARCAS. 1979-1980.

MAPA 1. 1979



Tasa regional : 18,28

MAPA 2. 1980



Tasa regional : 33,96

3. ATENCION PRIMARIA. UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dr. Pedro Parra Hidalgo
Especialista en Salud Pública de las
Unidades de Algezares y Cabezo de Torres

En el Real Decreto 3.303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica se dice en su artículo primero:

1.—El Médico de Familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

2.—El alcance a la misión expuesta se centra en los siguientes cometidos:

2.1.—Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo y en régimen tanto normal como de urgencia.

2.2.—Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

2.3.—Contribuir, junto a la Administración Sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno-infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del sistema sanitario.

2.4.—Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.

2.5.—Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

La nueva figura del médico familiar y comunitario debe ser el eje de una medicina integrada que anteponga la promoción de la salud al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y amplíe la asistencia individual a la asistencia de la persona agrupada de modo interdependiente en la familia, considerando ésta como unidad dinámica fundamental de la comunidad.

Las funciones que debe desempeñar el Médico de Familia, pueden ser sistematizadas de la manera siguiente:

1.—Promoción de la salud.

Es aquí donde va a desarrollar principalmente su papel familiar y comunitario; para

ello debe conocer los recursos y capacidades de su comunidad y región, la composición, morbilidad y mortalidad de su población, sus necesidades...

Colabora con la Administración Pública en las tareas de planificación sanitaria de su zona y es el ejecutor, junto a los demás miembros del Equipo de Salud, de dicha planificación en su área de competencia. Realizar esta labor implica: medidas de protección de la salud como saneamiento general, control de enfermedades transmisibles, diagnóstico precoz mediante campañas de reconocimiento a grupos en riesgo, etc.; actividades de fomento de salud como higiene personal, materno-infantil, higiene mental y dental, del escolar, del trabajador, etc., destinadas todas ellas a elevar el grado de bienestar del sector de población del que es responsable.

2.—Atención curativa.

Es el médico del primer contacto y el que facilitará cuando sea necesario el acceso de los pacientes al sistema total de atención sanitaria. Aplica sus conocimientos y habilidades de diagnóstico y tratamiento, y presta atención continuada a la población. Por ser un médico personal, está en situación privilegiada para descubrir precozmente los síntomas y signos de enfermedad, identificar los problemas de urgencia, y dar los pasos necesarios para resolverlos.

Por su estable y continua relación con sus pacientes, es muy efectivo en el tratamiento de sus problemas emocionales e igualmente de las dimensiones sociales de su vida y los obstáculos de todo género (económicos, profesionales...) que crea la enfermedad. Reconoce fácilmente las enfermedades psicosomáticas y además de modo precoz, al reconocer y valorar todas las circunstancias y problemas que rodean al individuo y su familia.

3.—Rehabilitación.

Dirigida a los pacientes crónicos o con lesiones físicas residuales, debiendo desarrollar igualmente estas tareas entre enfermos psíquicos: alcohólicos, enfermos mentales, trastornos de la conducta y pacientes

geriátricos. Es el ejecutor de la planificación de este tipo de asistencia, basándose en sus conocimientos sobre el estado anterior del paciente, su situación económica y familiar y en fin, todas las circunstancias psíquicas y sociales que concurren en la acción rehabilitadora del paciente.

4.—Labor docente e investigadora.

La tarea docente irá encaminada a colaborar en la formación de pre y postgraduados y del resto del personal integrante de los equipos de salud. Por otra parte, tiene un amplio espectro para la investigación en el campo de la Medicina Familiar muy diferente de la tradicional investigación biomédica, debido a la enorme perspectiva de la salud y la enfermedad a nivel comunitario que ningún otro profesional puede poseer.

Para desarrollar todas las funciones anteriormente expuestas, es imprescindible que el Médico Familiar y Comunitario integre su trabajo en el equipo de salud, localizado en el Centro de Salud y en estrecha relación con el resto de los niveles asistenciales. Entendiendo el Centro de Salud como un organismo que ofrece a la población de un área geográfica determinada, servicios primarios de tipo integral, y de forma continuada.

La asistencia primaria se establece como base del sistema de salud. Es el primer contacto de la población con los servicios médico sanitarios. Atiende al individuo tanto sano como enfermo y por tanto, abarca a toda la población, ofreciendo una asistencia de tipo integral, tanto preventiva, curativa y rehabilitadora, participando en la promoción de la salud y la educación sanitaria de la población. En ella se deben resolver la mayoría de los problemas de salud que se presenten o, en su defecto, orientar y coordinar la utilización de los recursos ofrecidos por los demás niveles asistenciales. Sus características básicas son:

1.—La globalidad, proporcionando asistencia integral a toda la población, por grupos de edad o sexo.

2.—Continuidad, atendiendo al individuo tanto en estado de salud como de enfermedad, con una responsabilidad constante y no de forma esporádica.

3.—Disponibilidad de los servicios, para poder responder a las necesidades de salud que plantea la población.

4.—Accesibilidad para la utilización de sus servicios para toda la población.

El desarrollo de las funciones del Médico de Familia ubicado en un Centro de Salud e integrado en un equipo de salud, y coordinado con el resto de la estructuración sanitaria, supone una alternativa global al modelo actual de organización de los servicios de salud en nuestro país. Veamos someramente las características diferenciales con la Medicina General.

El Médico de Familia, además de poseer las cualidades del Médico General, amplía su actuación en los siguientes puntos:

1.—Objeto de atención sanitaria.

No es sólo el individuo enfermo. Para la Medicina Familiar y Comunitaria es el individuo tanto sano como enfermo, como parte de la familia y de la sociedad; también esa familia y esa comunidad son en sí mismo objeto de esa atención.

2.—Características de dicha atención.

No se concibe ya la atención sanitaria como aislada y esporádica. Ha de ser integral y continuada. Integral teniendo en cuenta que el individuo es una unidad física, psíquica y social sobre la que están actuando multitud de factores que han de ser tratados conjuntamente a la hora de hablar de salud. Es continuada porque se encuentra en ese nivel asistencial capaz de proporcionar accesibilidad, aceptación y eficacia como para dotarla de esa continuidad que otros niveles asistenciales no poseen.

3.—Tipo de prestación.

La práctica tradicional de la Medicina General implica únicamente una labor asistencial curativa, aunque el Médico General, por iniciativa propia o por circunstancias especiales de su puesto de trabajo, pueda desarrollar otros aspectos de atención sanitaria.

La Medicina Familiar y Comunitaria, además de la asistencia curativa contempla las funciones específicas ineludibles de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, creando la dinámica necesaria para que la comunidad participe activamente y se corresponsabilice en el desarrollo de estas funciones.

4.—Integración en la estructura sanitaria.

La Medicina Familiar y Comunitaria debe realizarse integrada con los otros niveles asistenciales, localizándose en los Centros de Salud, compartiendo con ellos cuando sea necesario, las labores asistenciales con otros especialistas médicos, sirviendo esa convivencia de los niveles primario y secundario para una mejor asistencia y aprovechamiento de los limitados recursos de salud, junto con el enriquecimiento intelectual que la práctica en equipo aporta.

5.—Labor docente e investigadora.

El actual contexto en el que se practica la Medicina General, no propicia la labor docente ni la investigación.

El Médico Familiar y Comunitario se encuentra en una posición excelente para desarrollar estas tareas tal como hemos comentado anteriormente.

En el mes de julio han comenzado a funcionar en las localidades de Algezares y Cabezo de Torres del municipio de Murcia las Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria, en las que realizan su tercer año la primera promoción de médicos de esta especialidad.

La puesta en marcha de estas Unidades ha tenido que superar muchas dificultades, derivadas en gran medida de la ambigüedad de la normativa dictada por la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud y de la falta de recursos, producto de la escasa clarificación existente en la actualidad de las funciones que tendrán que asumir los nuevos

especialistas, y de la delimitación y ubicación de sus tareas en la estructura sanitaria.

Para el funcionamiento de estas Unidades se cuenta con el decidido apoyo de la Consejería de Sanidad del Consejo Regional de Murcia, el Ayuntamiento de Murcia y el Colegio Oficial de Médicos.

Por otra parte ha sido de vital importancia para comenzar esta experiencia la colaboración de los médicos titulares de ambas pedanías y de las organizaciones de vecinos respectivas.

Los objetivos que se pretenden alcanzar en el programa de trabajo, que tiene un año de duración son los siguientes:

1.—Prestar asistencia sanitaria integral a una población conocida, definida social y geográficamente.

2.—Realizar el diagnóstico de salud del área.

3.—Cumplimiento del programa de formación extrahospitalaria de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

El cumplimiento del plan de trabajo se ha establecido en base al desarrollo de los siguientes programas:

- Programa de asistencia médica por grupos de edad y sexo.
- Programa de Promoción de la Salud (vacunaciones, salud materno-infantil, salud escolar, planificación familiar y educación sanitaria).
- Programa de Higiene del Medio.
- Programa de Docencia.
- Programa de Investigación, y
- Programa de Administración.

CAMPAÑA DE VACUNACION DE TETANOS DE ADULTOS

La morbilidad tetánica en la provincia es alta, unos 20 casos al año, es decir, 2 por 100.000 hab. y de ellos el 40% muere (unos 8 casos).

Con el fin de reducir estas cifras, el día 5 de octubre se va a iniciar una campaña de vacunación de tétanos de adultos a nivel regional. El hecho de volver al sistema de campaña está justificado porque, a pesar de que desde hace unos tres años funcionan en casi todos los municipios de Murcia la vacunación continuada, es decir la oferta de servicios de vacunación a lo largo de todo el año, no se ha conseguido un aumento suficiente del volumen de vacunados. Las cifras registradas han sido:

- 1979 = 17.182 4,8%
- 1980 = 27.274 7,6%
- 1981 = 23.304 13%

(1.º semestre) dato estimado considerando como adultos la población comprendida entre 24-60 años, 357.611, y en base al 6,5% del primer semestre.

Por ello, creemos es importante realizar una campaña masiva, en la que si consiguiéramos entre 100 y 200.000 vacunados (aproximadamente un 28 a un 56% de la población adulta), estamos convencidos que a partir de entonces la demanda posterior de vacuna a los servicios permanentes de vacunación se aumentará.

Se está haciendo un gran esfuerzo para poner a punto el dispositivo técnico que realizará la campaña. Será llevada a cabo en cada localidad por la Comisión Municipal de Sanidad, de la que el Jefe Local de Sanidad es el técnico cualificado.

Se ha pedido colaboración en la campaña a todos los profesionales sanitarios a través de los Colegios Profesionales, Instituciones Sanitarias: INSALUD, Centro de Higiene y Seguridad en el Trabajo, convencidos de que tomarán la campaña con todo el interés que se espera de su gran profesionalidad.

RESEÑA DE PUBLICACIONES SANITARIAS DE LA REGION

PEREZ TOMAS, ROSA.—*Un estudio epidemiológico de la tuberculosis en Murcia desde 1975 hasta 1979.* Tesis de licenciatura. Murcia, 1981.

Se trata de un estudio de la Tuberculosis en Murcia de 1975 a 1979 a través de los enfermos que han sido tratados en el Dispensario del Patronato Nacional Antituberculoso de Enfermedades del Tórax de la Delegación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de la provincia. Se estudia la morbilidad atendiendo a las características de las personas: edad, sexo, estado civil, profesión; de su distribución espacial: municipio de procedencia; y de su distribución temporal. Se analiza el proceso asistencial y de diagnóstico haciendo hincapié sobre la forma en que se llega al hallazgo de nuevos casos.

Es un trabajo interesante que junto al de Juan José Martínez Ortiz: *La Tuberculosis en la comarca de Lorca. Estudio epidemiológico desde 1945 a 1975.* Tesis de Licenciatura, Murcia, 1977; nos está completando la panorámica de la Tuberculosis en la provincia. Queda por estudiar en este sentido la comarca de Cartagena.

QUILES MORA, J.; GARCIA LOMAS, J.; SANCHEZ PEDREÑO; MARIN INIESTA, F.; RODRIGUEZ GARCIA, F.—Leishmaniasis. Un problema actual. *Rev. Hig. San. Publ.* (1979), 53, 771-807.

Con motivo del estudio de 24 casos de leishmaniasis cutánea y cinco casos de leishmaniasis visceral estudiados en la Escuela de Puericultura de la Dirección Provincial de Salud, durante los años 1975 a 1978, se realiza un análisis de los hechos actuales de interés en relación con este parásito, con el objeto de hacer llegar a los sanitarios su interés y actualidad, recogiendo la nomenclatura actual de las fases de su ciclo vital. Las características clínicas deducidas de nuestra experien-

cia, cuyos datos se recogen en los cuadros anexos, los métodos de diagnóstico existentes y utilizados por nosotros, las consideraciones terapéuticas y los resultados obtenidos con el tratamiento con Glucantime, así como algunas consideraciones epidemiológicas de interés.

PEREZ MARTIN, M. V.; RABADAN ASENSIO, A.—La situación de la mortalidad infantil y materna. Análisis comparativo de las regiones: Extremadura, Murcia, Madrid y País Vasco-Navarro. *Rev. Hig. y San. Publ.*, 53, 151-167 (1979).

Los autores intentan hacer ver, basándose en datos económicos, demográficos y sanitarios, que tanto la mortalidad infantil como la materna dependen, fundamentalmente, del grado de salud de la madre y del niño. Este grado de salud es consecuencia del medio social en que se desenvuelvan y no tanto de la cantidad de medios asistenciales con que se cuente, aun sabiendo que estos también influyen. Este medio social que condiciona el estado de salud de madres e hijos está en función de los recursos económicos y formas de producción del área o región.

N. de la R.—Dada la dificultad de conocimiento de todas las publicaciones de los sanitarios murcianos por la amplitud de los órganos de difusión, rogamos que cuantos estén interesados en que se divulguen desde aquí los resúmenes de contenidos se dirijan al Servicio de Publicaciones de la Consejería de Sanidad y S.S., Ronda de Levante, 11 - MURCIA.

ACTOS. CURSOS. SIMPOSIUMS.

I CURSO DE MEDICOS MONITORES EN PLANIFICACION FAMILIAR

Organizado por la Sección de Planificación Familiar tendrá lugar en la primera quincena de octubre el «I Curso de Médicos Monitores en Planificación Familiar», en los locales de la Consejería de Sanidad.

El objetivo del curso es la puesta al día en Planificación Familiar en todos sus aspectos (Ginecológico, psicológico, sexualidad, sociología, etc.), con el fin de que los asistentes puedan participar activamente en la Campaña de Planificación Familiar y Sexualidad promovida por los Centros Asesores de la Mujer y la Familia de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

CURSO DE AUXILIARES DE PUERICULTURA

Organizado por la Escuela de Puericultura que dirige el Dr. Quiles, del 1 al 10 de septiembre 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 10 de septiembre.

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

Duración: 9 meses. Clases teóricas y prácticas diarias de 9 a 11 y de 5 a 7 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.

CURSO DE EDUCACION EN ALIMENTACION Y NUTRICION, PARA MAESTROS

Organizado por la Sección de Promoción de Salud de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

Dirigido a maestros y maestras.

Su objetivo es elevar el nivel de contenidos en alimentación en el Magisterio, para que dichos conocimientos sean impartidos en los distintos niveles de E.G.B., que hoy tienen muy escaso programa en este tema tan fundamental.

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

CURSO DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS

A lo largo del presente curso van a desarrollarse cursillos de «Transmisión de enfermedades infecciosas por los alimentos», dirigidos al personal que manipula los mismos. Su horario será anunciado en el próximo boletín.

CURSO DE MONITORES DE EDUCACION SEXUAL

Los días 10, 11 y 12 de septiembre, tendrá lugar el Curso de Monitores de Educación Sexual, organizado por la Sección de Centros Asesores de la Mujer y la Familia, dirigido a Médicos, Psicólogos y Pedagogos que ya estén iniciados en la materia.

N. de la R. — Nos hemos dirigido a los Colegios Profesionales, Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, INSALUD y Directores de Centros Hospitalarios para que tengan a bien comunicarnos con la antelación suficiente cuantos actos, simposiums y conferencias se vayan a celebrar, para su difusión en este Boletín.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

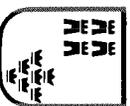
Semanas: 27 a la 31 (28 junio al 1 agosto 1981) (29 junio al 2 agosto 1980)

COMARCAS	(1) n.º de habitantes	Tasa x 100 de 1 ca. de 100 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infeccion cómica Meningo-		Varicela		Sarampion		Gripe		Escarlatina		Tétanos		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubeola		Reumatismo cardi-vascular		Paludismo		Lepra			
			1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981		
NOROESTE	65.044	1,5	0	0	2	15	1	1	46	199	56	41	3	0	0	0	0	0	0	2	1	37	130	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	
ALTIPLANO	46.276	2,2	3	0	5	0	2	0	0	215	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0	0	4	21	5	0	0	4	0	0	0		
LORCA	96.513	1,0	0	0	3	4	0	0	9	116	65	2	25	11	0	0	0	0	0	0	0	0	59	0	0	25	2	0	14	0	0	0	0	0		
TOTANA	19.838	5,0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CARTAGENA	238.151	0,4	1	7	4	8	0	2	1	243	38	127	0	210	0	1	0	0	0	1	37	205	0	28	3	21	2	26	0	2	0	0	0	0		
MULLA	23.064	4,3	0	0	1	2	0	0	1	8	4	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.501	2,4	0	0	1	0	0	0	14	37	52	24	64	17	0	0	0	0	0	2	0	59	51	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIEZA	49.311	2,0	0	0	0	0	0	1	4	107	8	36	11	21	0	0	0	0	0	3	1	1	0	8	76	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	
MOLINA	76.780	1,3	0	3	1	3	0	0	104	207	90	58	0	56	0	16	0	0	0	1	0	15	101	0	327	0	1	0	11	0	1	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	27.400	3,6	0	0	0	2	0	0	5	36	12	1	5	5	0	0	0	0	0	0	10	2	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	288.465	0,3	0	13	0	0	3	1	6	308	20	114	16	363	0	8	0	0	0	2	9	23	74	0	57	2	21	0	98	0	24	0	0	0	0	0
TOTAL REGION	972.343	0,1	4	23	17	34	6	5	192	1478	365	406	125	683	0	26	0	0	10	12	190	708	8	498	34	70	7	152	0	46	0	0	0	0	0	

(1) Según la rectificación del Padrón de Habitantes a 31-12-1979.

* Casos importados.

SUSCRIPCION
AL BOLETIN
DE LA SALUD
MURCIANA



CONSEJERIA
DE SANIDAD
Y SEGURIDAD
SOCIAL