



Crisis económica y la salud de los trabajadores. Bajas laborales por enfermedad común en la comarca de Cartagena 1963-1979

FERNANDO DE SAN EUSTAQUIO TUDANCA *
PEDRO MARSET CAMPOS **

* Prof. Ayudante Depto. Historia de la Medicina
** Prof. Agregado Depto. Historia de la Medicina

Facultad de Medicina. Murcia

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los doctores Fernández Nafria y Cuesta, Delegado Territorial del Ministerio de Sanidad y Director de INSALUD, respectivamente, por las facilidades para la confección de este trabajo, y a la casa ODEC (Gandía) por el proceso de datos.

I. INTRODUCCION

En el absentismo laboral, distinguen los especialistas tres modalidades:

1.º Absentismo voluntario: Vacaciones, permisos, licencia, huelgas, etc.

2.º Absentismo por enfermedad común, en el que a veces se engloba el producido por maternidad.

3.º El producido por la patología laboral, es decir, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

De estos tres grupos el más importante en cuanto a la mayor contribución a este problema es el segundo apartado, es decir la enfermedad común, ya que éste supone un 62%, mientras que salidas especiales es un 16%; lesiones en el trabajo, 10%; nacimientos, defunciones, matrimonios, 4% (1).

Las publicaciones que hacen referencia al tema, suelen por lo general referirse al problema, bien en relación con una empresa o bien a un conjunto de ellas, por lo que pensamos, que sería interesante enfocar nuestro estudio desde una perspectiva más amplia, englobando a toda la población trabajadora, de una zona determinada, en este caso la comarca del Campo de Cartagena, relacionándolo con otros aspectos de tipo socio-económico, industrial y ambiental, como podría ser el lugar de residencia, días de la semana en

que se coge la baja, etc... Y en el caso de la E. N. Bazán por ser la empresa mayor de la zona, tratarla en particular pero también de una forma general.

La Comarca del Campo de Cartagena se caracteriza socio-económicamente por la importancia de la actividad industrial, predominantemente en su versión química. Sobre un panorama agrario con un puerto base naval importante del Mediterráneo, esta actividad industrial depende de centros de decisión situados fuera de la región murciana, ligados al Capital Monopolista del Estado y altas multinacionales (Explosivos Río Tinto, Empetrol, Peñarroya, Enfersa, Española del Zinc, etc.), que han adquirido gran relieve en las décadas de los sesenta y setenta, teniendo un ritmo de crecimiento superior al 50% cuando el resto de la población activa ha crecido en un 20% (2).

Esta masiva incorporación de la población a la industria en la década de los sesenta ha sido seguida inmediatamente desde 1975 de un proceso creciente de paro (3) que ha afectado sobre todo a la propia actividad industrial. Con ello, desde el punto de vista de las consecuencias sanitarias del

1. WADE, M.: El trabajador de la media jornada. The European Business Magazine Vision. Mayo, 1974, número 41. Citado por Blasco Sánchez, B. (1), pág. 20.

2. Véase: La comercialización en el contexto del desarrollo económico del área de Cartagena.

3. Obtenido de los archivos de la Oficina de Empleo de Cartagena.

proceso industrializador sobre la población, han coincidido dos procesos que afectan a las condiciones de vida: por una parte los ritmos duros de trabajo en los sesenta y primera parte de los setenta en un panorama sindical verticalista, sin derechos ni obligaciones, y por otra parte sobre las pautas de trabajo anteriores, el temor a quedarse sin trabajo por las consecuencias de la crisis desde 1975 con un paro creciente, esta vez en un panorama sindical más organizado, pero así mismo con el despido libre como factor nuevo.

Hemos pensado que una forma objetiva de poder analizar las consecuencias sanitarias que producen estos efectos sobre la población asalariada, era la de estudiar la evolución de las bajas laborales por enfermedad común a lo largo de este periodo, teniendo en cuenta las siguientes variables: El sexo, la duración de la baja, la fecha de la misma, tanto días de la semana, como por los distintos meses, la causa de la misma, el número de bajas por trabajador y por enfermedad, la actividad de la empresa, y el lugar de residencia del trabajador, entre otras. No hemos analizado los accidentes y el número de las enfermedades profesionales. Siendo nuestras hipótesis de trabajo las siguientes: Por una parte, con el aumento del paro pensamos que va a disminuir de número de bajas por temor al despido, y por otra, al disminuir las bajas, en general aumentarán dentro de ellas pero proporcionalmente las que sean más graves, es decir, aquéllas que no son compatibles con la continuación del proceso de trabajo, por lo tanto las bajas que se tomen, bajo esta precisión, serán por ello de menor duración, para así reincorporarse al trabajo.

II. MATERIAL Y METODO

Sobre un total de unos 56.000 trabajadores que durante los periodos 1963-69 y 1973-79 han tenido alguna baja por enfermedad común, excluyendo los accidentes y enfermedades profesionales, tal como consta en los ficheros de las Inspecciones Médicas del I. N. P. de la zona de Cartagena (lo que supone aproximadamente la casi totalidad de los trabajadores asalariados y asegurados, puesto que éstos pasan de 29.159 en 1969 a 45.386 en 1979 en la comarca de Cartagena) hemos cogido una muestra aleatoria de 1.739, es decir, una ficha de trabajador cada 32, lo que supone un 3,06% del total mencionado.

De estas fichas hemos recogido los datos relativos a sexo, domicilio, número de bajas, fecha de la baja por día de la semana, por mes del año, y por año, duración de cada baja, diagnóstico de cada baja, actividad de la empresa, y en el caso de la empresa Bazán además del tipo de trabajo que desempeña el trabajador según el grado de esfuerzo físico.

A pesar de nuestro propósito no pudimos recoger las siguientes variables: Edad en el momento

de cada baja, estado civil, número de hijos, número de beneficiarios, fecha de nacimiento, tiempo que lleva en la empresa, todo ello a causa de la política de hacer desaparecer todo tipo de datos que sigue el extinto y paradójicamente omnipresente I. N. P.

A estos datos así recogidos y tabulados, se relacionaron entre sí en base a tablas de doble entrada, a las que se aplicó sistemáticamente un X^2 según programa Kvilmer de ordenador, señalándose en el apartado resultados sólo aquellas relaciones que fueron estadísticamente significativas.

III. RESULTADOS

1. Evolución de las bajas

Los 1.739 trabajadores, de los que un 11% son mujeres han causado en los dos periodos de 7 años, 5.390 bajas, es decir, 3 bajas por persona, proporción idéntica casi para los dos periodos (2,9 para 1963-69 y 3,1 para 1973-79).

La evolución de estas bajas a lo largo de los años muestra un perfil similar para los dos periodos, con una rápida subida en los primeros años, estabilizándose en años intermedios y descenso brusco al final, más adecuado para el segundo periodo. Esto indica, parece ser, momentos difíciles para los años finales de ambos periodos en el terreno del desarrollo industrial.

El primer periodo posee menos bajas, 1.650 para 552 trabajadores, con una fuerte subida del año 63 al 64, siendo éste de una diferencia de 172 bajas (113 bajas el año 63 y 285 bajas el año 64), se mantiene prácticamente estacionario los años intermedios, no siendo más de 17 bajas la diferencia entre los años 64 y 67 (285 bajas el año 64 y 268 bajas el año 67) y un descenso del año 67 al 69 de 74 bajas de diferencia (268 bajas el año 67 y 194 bajas el año 69). Mientras en el segundo periodo con 3.710 bajas de 1.182 trabajadores, se produce una subida espectacular del año 73 al 74, con una diferencia de 369 bajas (206 bajas el año 73 y 569 el año 74), se mantiene estacionario los años 74 y 75 (569 y 574 respectivamente), asciende hasta el año 77 con una diferencia de 157 bajas (731 el año 77) para descender bruscamente hasta el año 79 con una diferencia de 189 bajas (542 bajas el año 79) (ver tabla I, gráficas 1 y 2).

Esta evolución contrasta con la de trabajadores asegurados en el Régimen General de la Seguridad Social para la zona que siendo 36.989 en 1973 sube a 46.622 en 1976, siendo la diferencia de 9.633, para descender lentamente, no tan acusadamente como las bajas, 45.099 en 1977, 44.364 en 1978, con una diferencia de 1.258 con respecto a este último año, manteniéndose en junio de 1979 en 45.386.

Aunque el paro registrado oficialmente durante estos años ha pasado de ser 1.300 en 1973,

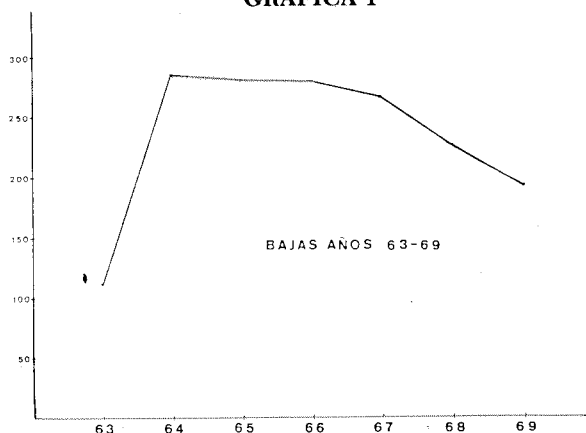
2.600 en 1977, 2.700 en 1978, para alcanzar la cifra récord de 4.000 en junio de 1979 (ver gráfica 3). Todo ello señala en primer lugar los problemas surgidos para mantener el ritmo de industrialización, su fracaso ulterior, con el aumento del paro, a pesar de lo poco fiable de las cifras encontradas.

TABLA I

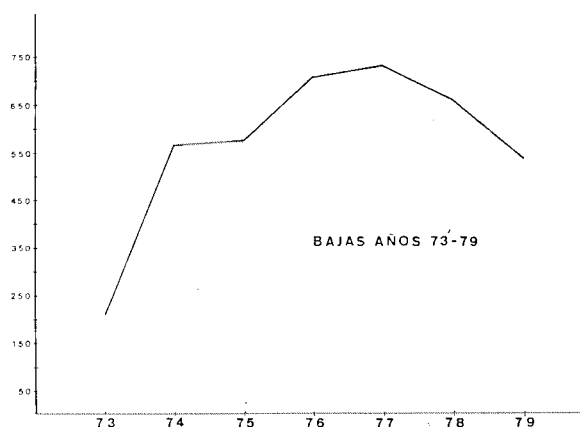
DISTRIBUCION CRONOLOGICA DE LAS BAJAS, NUMERO DE ASEGURADOS Y CIFRAS DE PARO

Años	Bajas	Asegurados	Paro
1963	113 (2,1%)	—	—
1964	285 (5,3%)	—	—
1965	283 (5,3%)	—	—
1966	280 (5,2%)	—	—
1967	268 (5%)	—	—
1968	227 (4,2%)	—	—
1969	194 (3,6%)	29.154	—
1970	—	29.619	1.256
1971	—	32.173	2.402
1972	—	34.295	2.378
1973	206 (3,8%)	36.989	1.309
1974	569 (10,6%)	40.382	1.629
1975	574 (10,6%)	44.027	1.803
1976	702 (13%)	46.622	2.055
1977	731 (13,6%)	45.099	2.496
1978	657 (12,2%)	44.364	2.669
1979	271 (5%) (Junio)	45.386	3.921 (Junio)

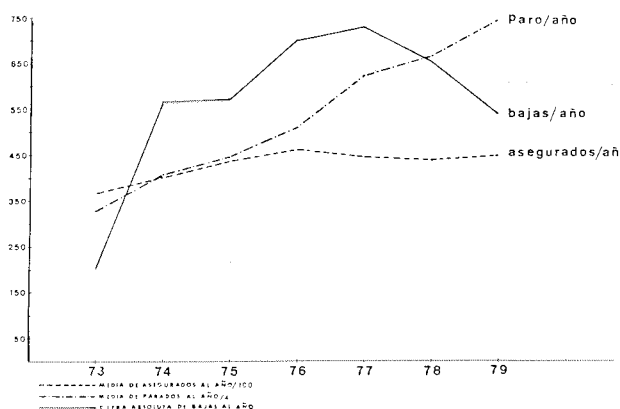
GRAFICA 1



GRAFICA 2



GRAFICA 3



2. Número de bajas por trabajador

Siendo la media aritmética de 3 bajas por trabajador que ha causado baja para los dos periodos, la distribución sin embargo muestra que más de un tercio sólo ha tenido 1 baja en todo el periodo (36%), un 18% 2 bajas, un 12% 3 bajas (entre 1, 2 y 3 bajas un 66%), mientras que en el otro extremo hubo un caso con 47 bajas y otro con 48 (ver tabla II).

TABLA II

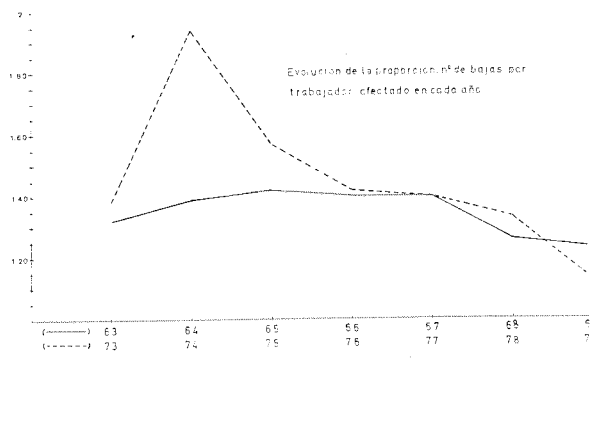
DISTRIBUCION CASOS SEGUN NUMERO DE BAJAS TENIDAS

Número bajas	Absoluto	%
1	627	36,1
2	318	18,3
3	204	11,7
4	154	8,9
5	119	6,8
6	68	3,9
7	64	3,7
8	42	2,4
9	31	1,8
10	16	0,9
11	20	1,2
12	14	0,8
13	10	0,6
14	15	0,9
15	4	0,2
16	1	0,1
17	5	0,3
18	6	0,3
19	1	0,1
20	4	0,2
47	1	0,1
48	1	0,1
	5.390	100,0

Anualmente se confirma lo dicho anteriormente al comprobar por ejemplo que en el primer periodo el promedio bajas-trabajador es de 1,32 en 1963, asciende a 1,42 en 1965, se estabiliza

hasta 1967 con 1,40 para descender a 1,28 en 1969, cuanto en el segundo pasa de 1,38 en 1973 a 1,94 en 1974, para descender a 1,40 en 1977 y 1,12 en 1979 (ver gráfica 4). Este descenso está pues en contra de lo afirmado por la CEOE en su acuerdo marco sobre el aumento del absentismo (4).

GRAFICA 4



Al agrupar las bajas en 4 grupos de intervalos, los que tienen 1 baja, de 2 a 3, de 4 a 10, y de 11 a 48 bajas, y relacionarlas con los domicilios se observa que el grupo de los que tienen de 11 a 48 bajas está proporcionalmente disminuido (debajo de la media en 18 puntos), un 8%, en la zona «resto de la comarca», mientras que están aumentados (en 12 puntos por encima de la media), un 38%, en la zona «Cartagena casco» y en la «zona de contaminación» en 7 puntos. Los que han tenido de 4 a 10 bajas tienen un perfil similar al casco anterior con descensos en la zona «resto de la comarca», 8 puntos por debajo de la media (26%) y aumento en la zona «Cartagena casco», 6 puntos por encima de la media (26%). Mientras que contrariamente los que sólo tienen 1 baja están muy aumentados en la zona «resto de la comarca», un 34% (ver tabla III, mapa 1).

Esto nos indica que los trabajadores que tienen muchas bajas están ubicados en la zona industrial, mientras que los que tienen pocas bajas se ubican en la zona rural, recientemente incorporada a la actividad industrial, y con pautas sociales de menor confianza ante la repercusión de la enfermedad en la empresa. Hay por lo tanto distinta respuesta somática al proceso industria-

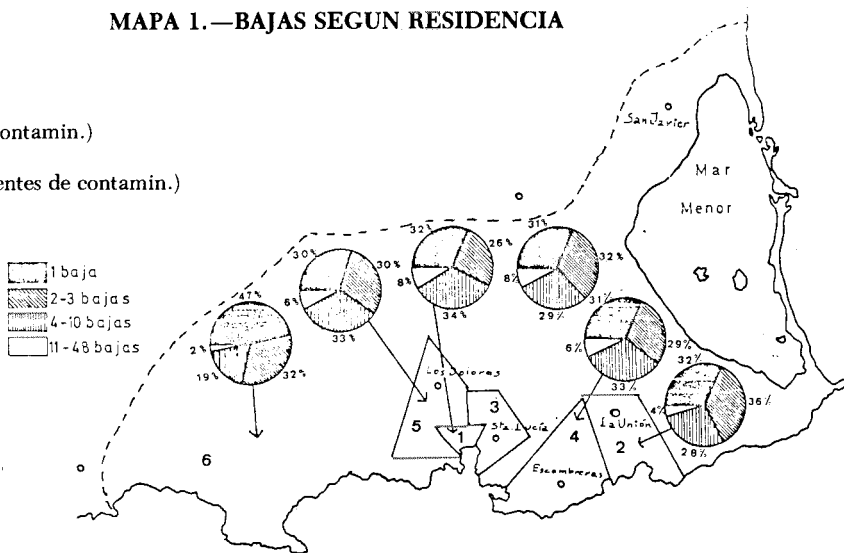
TABLA III.—DISTRIBUCION DEL N.º DE BAJAS SEGUN ZONA DE RESIDENCIA

N.º bajas	Total	1	2	3	4	5	6
1	627 (36%)	144 (32%)	44 (32%)	83 (31%)	16 (31%)	104 (30%)	214 (47%)
2 y 3	522 (30%)	117 (22%)	49 (36%)	84 (32%)	15 (29%)	104 (30%)	146 (32%)
4 - 10	494 (28%)	156 (34%)	39 (28%)	76 (29%)	17 (33%)	116 (33%)	87 (19%)
10 - 48	95 (5%)	36 (8%)	5 (4%)	21 (8%)	3 (6%)	22 (6%)	8 (2%)

- 1 (Cartagena Casco)
- 2 (Zona minera)
- 3 (Zona próx. a fuentes de contaminación)
- 4 (Valle de Escombreras)
- 5 (Barrios alejados de las fuentes de contamin.)
- 6 (Resto de la Comarca)

MAPA 1.—BAJAS SEGUN RESIDENCIA

- 1 (Cartagena Casco)
- 2 (Zona minera)
- 3 (Zona próx. a fuentes de contamin.)
- 4 (Valle de Escombreras)
- 5 (Barrios alejados de las fuentes de contamin.)
- 6 (Resto de la Comarca)



4. Véase: *El País*, 6 de enero, 1980.

lizador entre los residentes en el casco urbano, más integrados en este proceso, y los de la zona rural, recientemente incorporada a la industrialización.

3. Duración de la baja

Contabilizando día a día la duración de las bajas, el número de las bajas de 1 día, de 6 y de 7 días poseen los porcentajes más altos, un 6% cada caso (ver tabla IV), pero si clasificamos las posibles duraciones por grupo de intervalo de 1 día, de 2 a 3 días, de 4 a 7 días, de 8 a 15 días, de 16 a 30 días, de 1 a 2 meses, y de más de 2 meses, entonces tenemos como predominante los grupos de 8 a 15 días, un 26%, y de 4 a 7 días con un 25% (ver tabla V, gráfica 5). Visto por periodos, destaca dentro de lo expuesto anteriormente cómo mientras en 1963-69 predomina las largas duraciones, de más de 8 días, un 70%, y menos de 8 días un 30%, en el segundo periodo estas duraciones superiores de 8 días llegan sólo a un 56%, mientras que las inferiores a 7 días alcanzan el 44%. Siendo significativo que los de 1 día pasen del 2% del total en el primer periodo al 8% en el segundo y los de 2 a 3 días del 6% en el primero al 10% en el segundo (tabla VI).

TABLA IV

DURACION EN DIAS DE LAS BAJAS

Duración de las bajas	Absolutos	%
1 día	327	6,1
2 días	210	3,9
3 días	269	5
4 días	341	6,3
5 días	315	5,8
6 días	353	6,5
7 días	346	6,4
8 días	281	5,2
9 días	216	4
10 días	235	4,4
11 días	165	3,1
12 días	166	3,1
13 días	137	2,5
14 días	115	2,1
15 días	107	2
16 días	75	1,4
17 días	70	1,3
18 días	82	1,5
19 días	64	1,2
20 días	64	1,2
21 días	50	0,9
22 días	45	0,8
23 días	39	0,7
24 días	43	0,8
25 días	51	0,9
	5.390	100

TABLA V

DURACION DE LAS BAJAS POR INTERVALOS DE DIAS

Duración de las bajas	Absolutos	%
1 día	327	6,1
2 y 3 días	479	9
4 - 7 días	1.355	25
8 - 15 días	1.422	26
16 - 30 días	759	14
1 a dos meses	531	10
Más de 2 meses	478	9
N/C	39	1
	5.390	100

GRAFICA 5

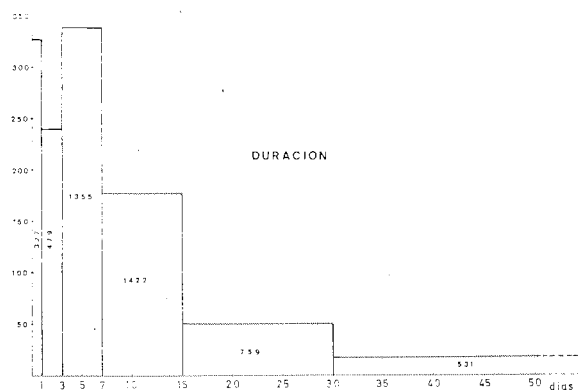


TABLA VI

DURACION DE LAS BAJAS POR INTERVALOS DE DIAS Y PERIODOS

Duración de las bajas	1963-69	1973-79
1	34 (2%)	293 (8%)
2 y 3	93 (6%)	384 (10%)
4 - 7	392 (24%)	959 (26%)
8 - 15	532 (32%)	884 (24%)
16 - 30	258 (16%)	497 (13%)
1 a 2 meses	193 (12%)	336 (9%)
Más de 2 meses	139 (8%)	335 (9%)
N/C	9 (1%)	22 (1%)
	1.650 (100%)	3.700 (100%)

Si observamos la distribución de las bajas por año con respecto a la duración de éstas, destacan en primer lugar que en el grupo de intervalo de los que duran 1 día, están muy aumentados en el año 1974 con 24 puntos por encima de su media (11%) así como de 16 puntos por encima de su media (11%) en el año 1975, mientras que disminuye a la mitad de la media los años 67, 68, 69, 76, 77 y 78. En el grupo de los que duran 31 a 60 días está disminuido en 5 puntos por debajo de la media (11%) en el 74, mientras que está aumen-

tado en 4 puntos por encima de la media (13%) en el 76. El grupo de los que duran 2 a 3 días, hay un aumento de 5 puntos por encima de su media (11%) en el 74, mientras que disminuye en 3 puntos por debajo de su media (5%) en el año 67.

4. Bajas según el día de la semana y el mes

En general el lunes es el día que más bajas se producen, 28% del total, de ahí va decreciendo paulatinamente hasta el domingo con un 2,1% (ver tabla VII, gráfica 6). En los dos periodos se mantiene este perfil decreciente, aunque en el periodo 63-69 aumentan las bajas ligeramente los viernes y sábados (ver tabla VIII, gráficas 7 y 8).

TABLA VII

NUMERO DE BAJAS SEGUN DIAS DE LA SEMANA GLOBALMENTE

Fecha de baja semana	Absoluto	%
Lunes	1.500	28
Martes	989	18
Miércoles	881	16
Jueves	726	13
Viernes	621	12
Sábado	549	10
Domingo	111	2
N/C	13	0
	5.390	100

GRAFICA 6

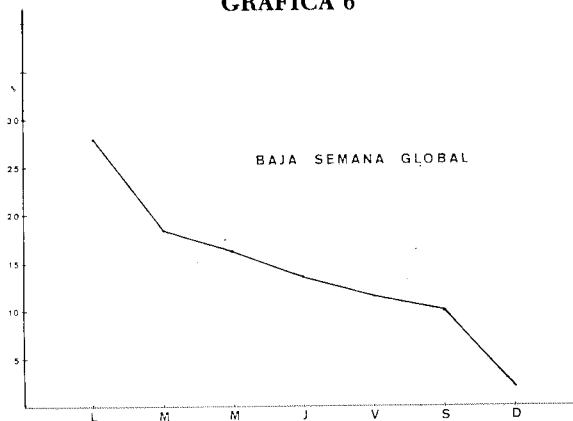
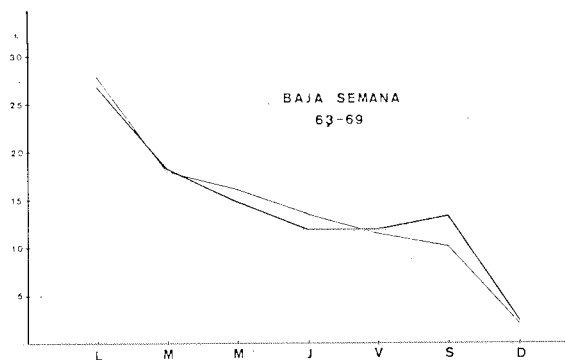


TABLA VIII

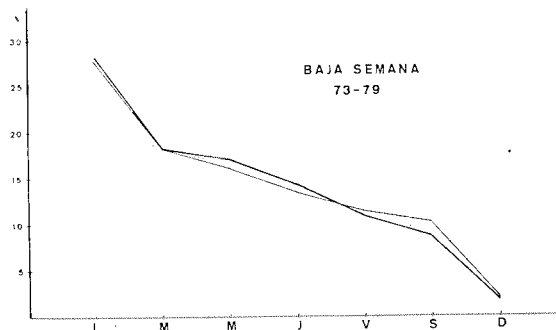
NUMERO DE BAJAS SEGUN DIAS DE LA SEMANA, PRIMER Y SEGUNDO PERIODO

Fecha baja semana (por periodos)	1963-69	1973-79
Lunes	439 (26%)	1.063 (29%)
Martes	318 (18%)	683 (18%)
Miércoles	245 (15%)	633 (17%)
Jueves	202 (12%)	521 (14%)
Viernes	199 (12%)	419 (11%)
Sábado	227 (14%)	321 (9%)
Domingo	40 (2%)	70 (2%)
N/C	1 (0%)	—
	1.650	3.710

GRAFICA 7



GRAFICA 8



Si relacionamos los días de la semana de una forma global con la duración de las bajas se observa que el grupo de las bajas que duran 1 día se dan poco los sábados y los lunes, mientras que son más frecuentes hacia el final de la semana en los jueves y viernes. Las bajas de duración de 2 a 3 días se dan más los sábados para alargar hasta el lunes, 5 puntos por encima de la media (10%), mientras están disminuidos los jueves y viernes. Las bajas que duran de 4 a 7 días, son más frecuentes al principio de la semana, los martes, mientras que disminuyen los sábados. Las bajas de gran duración de 1 a 2 meses son más frecuentes los sábados (tabla IX).

Esto quiere decir que las bajas de corta duración se dan más los días intermedios de la semana, los de 1 día y 4 a 7 días, mientras que los de larga duración de 1 a 2 meses se dan más los sábados, con la excepción del grupo de los que duran de 2 a 3 días que se dan más los sábados. Al separar estos dos periodos, tienen un perfil muy similar al global. Se da pues una reacción ante el ritmo industrial, con el fin de interrumpirlo.

TABLA IX.—DISTRIBUCION DE LA DURACION DE LAS BAJAS SEGUN LOS DIAS DE LAS SEMANAS GLOBALMENTE

Fecha baja semana global	1	2-3	4-7	8-15	16-30	1-2 meses	más 2 meses
Lunes	79 (24%)	142 (30%)	375 (28%)	420 (30%)	195 (26%)	148 (28%)	131 (27%)
Martes	66 (20%)	84 (18%)	296 (22%)	241 (17%)	124 (16%)	90 (17%)	86 (18%)
Miércoles	60 (18%)	85 (18%)	235 (18%)	220 (17%)	118 (15%)	81 (16%)	78 (15%)
Jueves	55 (17%)	43 (9%)	199 (15%)	181 (13%)	110 (14%)	69 (13%)	56 (14%)
Viernes	53 (16%)	45 (9%)	149 (11%)	165 (12%)	96 (13%)	56 (11%)	51 (11%)
Sábado	11 (3%)	72 (15%)	86 (6%)	157 (11%)	95 (13%)	73 (14%)	51 (11%)
Domingo	3 (1%)	7 (1%)	15 (1%)	36 (3%)	20 (3%)	14 (3%)	14 (3%)
	327	479	1.355	1.422	759	531	478

Para los meses del año, en general enero es el que más bajas produce con un 11%, disminuyendo paulatinamente hasta junio, con un 5% y de éste vuelve a ascender hasta diciembre que se sitúa en un 10% (ver tabla X, gráfica 9). Mientras en el primer periodo, 63-69, febrero y marzo han sido ligeramente superiores al de enero 15 y 12% (ver tabla XI, gráfica 10), en el segundo, 73-79, el mes de más bajas fue diciembre con un 12% (ver gráfica 11). El final del año como acumulador de todos los microtraumas de los meses anteriores.

TABLA X

NUMERO DE BAJAS SEGUN MESES DEL AÑO GLOBALMENTE

Fecha baja mes (global)	Absoluto	%
Enero	597	11
Febrero	577	11
Marzo	547	10
Abril	516	10
Mayo	445	8
Junio	367	7
Julio	257	5
Agosto	339	6
Septiembre	367	7
Octubre	424	8
Noviembre	474	9
Diciembre	462	9
	5.390	100

GRAFICA 9

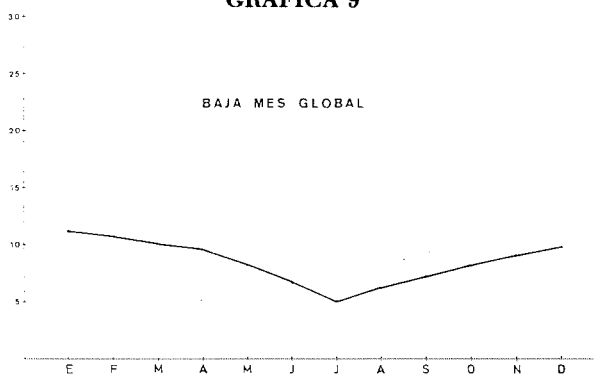
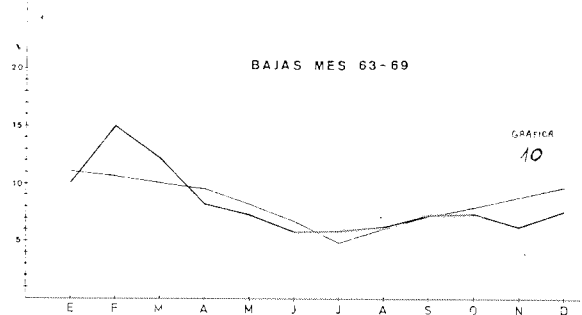


TABLA XI

NUMERO DE BAJAS SEGUN MESES, PRIMER Y SEGUNDO PERIODO

Fecha baja mes (por periodos)	1963-69	1973-79
Enero	160 (10%)	436 (12%)
Febrero	226 (14%)	351 (9%)
Marzo	198 (12%)	348 (9%)
Abril	151 (9%)	363 (10%)
Mayo	124 (8%)	320 (9%)
Junio	100 (6%)	267 (7%)
Julio	102 (6%)	153 (4%)
Agosto	107 (6%)	232 (6%)
Septiembre	124 (8%)	242 (7%)
Octubre	132 (8%)	291 (8%)
Noviembre	109 (7%)	359 (10%)
Diciembre	116 (7%)	339 (9%)
	1.650	3.710

GRAFICA 10



GRAFICA 11

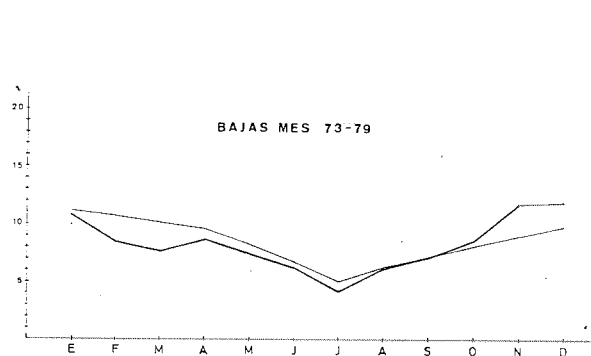


TABLA XII.—DISTRIBUCION DE LAS DURACIONES DE LAS BAJAS SEGUN LOS MESES GLOBALMENTE

Fecha baja mes	1 día	2-3 días	4-7 días	8-15 días	16-30 días	1-2 meses	más 2 meses
Enero	38 (12%)	45 (9%)	150 (11%)	162 (11%)	90 (12%)	65 (12%)	47 (10%)
Febrero	33 (10%)	63 (13%)	164 (12%)	158 (11%)	67 (9%)	47 (9%)	42 (9%)
Marzo	27 (8%)	42 (9%)	135 (10%)	171 (12%)	77 (10%)	52 (10%)	42 (9%)
Abril	27 (8%)	39 (8%)	138 (10%)	143 (10%)	66 (9%)	64 (12%)	37 (8%)
Mayo	23 (7%)	52 (11%)	126 (9%)	114 (8%)	63 (8%)	35 (7%)	31 (6%)
Junio	31 (9%)	40 (8%)	82 (6%)	86 (6%)	49 (6%)	40 (8%)	37 (8%)
Julio	16 (5%)	23 (5%)	49 (4%)	59 (4%)	46 (6%)	27 (5%)	34 (7%)
Agosto	19 (6%)	27 (6%)	71 (5%)	89 (6%)	56 (7%)	40 (8%)	32 (7%)
Septiembre	31 (9%)	32 (7%)	85 (6%)	78 (5%)	60 (8%)	37 (7%)	42 (9%)
Octubre	29 (9%)	35 (7%)	102 (8%)	109 (8%)	59 (8%)	39 (7%)	48 (10%)
Noviembre	31 (9%)	34 (7%)	138 (10%)	122 (9%)	58 (8%)	44 (8%)	42 (9%)
Diciembre	17 (5%)	47 (10%)	112 (8%)	130 (9%)	67 (9%)	41 (8%)	44 (9%)
	327	479	1.355	1.422	759	531	478

Al observar la distribución de las bajas según los meses del año de forma global, con respecto a la duración de las mismas destaca en primer lugar (ver tabla XII) que el grupo de bajas que duran sólo 1 día, se da ligeramente menos en el mes de diciembre, mientras que están aumentados los meses de junio y septiembre antes y después de vacaciones. El grupo de duración de 2 a 3 días es más frecuente en mayo y febrero. Las bajas de duración de más de 2 meses se dan menos los meses de febrero, abril y mayo, 2 puntos por debajo de la media (11,10 y 8%, respectivamente), mientras que se dan más los meses de julio, septiembre y octubre, 2 puntos por encima de la media (5,7 y 8%, respectivamente).

5. Diagnósticos

De los 282 diagnósticos que nos aparecieron en las 5.390 bajas, en la primera aproximación hecha en base a 103 grupos diagnósticos, resultaron las cuatro causas por orden de frecuencia relacionadas con vías respiratorias, con un 16% la gripe, la bronquitis con un 13,3%, un 7,7% el resfriado y un 7,4% los procesos faríngeos infecciosos, siguiéndole en quinto lugar el llamado «cólico gástrico y similares (diarrea, etc.)» con un 7,2%, de esta forma resulta que las enfermedades alrededor de las vías respiratorias ya mencionadas, más la pulmonía (0,3) y sinusitis (0,6) suponen casi la mitad de las causas de bajas (44,3%) (tabla XIII, gráfica 12).

Cuando debido a los pequeños porcentajes del resto, los reagrupamos en 25 grupos diagnósticos (21, excluyendo los anteriores: Gripe, bronquitis, faringitis y resfriado), luego del 7,2% del «cólico gástrico», viene el porcentaje del grupo «varios» con un 6%, con un 4% los grupos ciática, artrosis (más espondiloartrosis y gota), y el grupo etiquetado de «observación». En general tenemos que las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo (cólico gástrico, úlcera de estómago, colecistitis, hernia inguinal y gastritis) suponen un

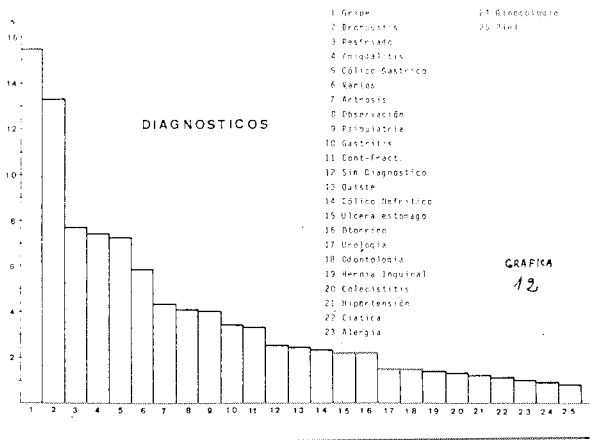
15%, y las relacionadas con el aparato locomotor (ciática, artrosis y fracturas, etc.) un 11%. Volviendo a reagrupar el resto obtenemos un 4% los de riñón y vías urinarias, otro 4% para causas de dentadura y O. L. R., y por último con un 1% cada una están las causas psiquiátricas, alérgicas, ginecológicas y de insuficiencia cardiovascular, y otro 1% que no consta.

TABLA XIII

DISTRIBUCION DE BAJAS POR DIAGNOSTICO

Diagnóstico	Absoluto	%
1 Ciática y simil.	205	4
2 Psiquiát. y simil.	75	1
3 Contusión	175	3
4 Artrosis	232	4
5 Resfriado	415	8
6 Alergia y simil.	53	1
7 Quiste y simil.	129	2
8 Bronquitis	716	13
9 Urología y simil.	83	2
10 Gripe	838	16
11 Cólico gástrico y simil. ...	387	7
12 Varios	318	6
13 Cólico nefrítico y simil. ..	122	2
14 Observación	225	4
15 Dientes y simil.	82	2
16 Úlcera estómago y simil. .	116	2
17 Hernia inguinal y simil. ..	79	1
18 Amigdalitis	400	7
19 Gastritis y simil.	185	3
20 Colecistitis y simil.	72	1
21 Hipotensión y simil.	68	1
22 Sin diagnóstico	137	3
23 O. R. L.	118	2
24 Piel y simil.	51	1
25 Ginecología y simil.	54	1
26 N/C	55	1
	5.390	100

GRAFICA 12



Destaca de esta panorámica la importancia del aparato respiratorio soportando la agresión industrial, el aparato digestivo y sobre todo la escasez de causas neuróticas, psiquiátricas y psicósomáticas en su sentido estricto.

6. Los diagnósticos a lo largo de los dos periodos

Contrariamente a lo esperado, pensando en el aumento de la contaminación por la mayor industrialización, las bajas a causa de enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio disminuyen en el segundo periodo en relación con el primero, de un 50% (1963-69) pasan a un 40% (1973-79) del total. Las enfermedades del aparato digestivo se mantienen casi en similares proporciones como causas de baja así, de un 17% en el primer periodo bajan a un 15% en el segundo. Mientras que lo que experimenta un aumento importante son las bajas debidas a afecciones del aparato locomotor, tanto en su versión crónica, internista, ciática o artrosis, como la externa, traumática, de fracturas, pasando globalmente de ser un 8% a ser un 14%, que sin ser accidentes de trabajo, indican sobrecarga de este sistema.

De todas formas el aumento más espectacular tiene lugar en las bajas motivadas por el vago y poco claro denominador común de «observación» que pasa de un 1% a un 6% aumentando también el apartado «varios» que de un 4% se sitúa en un 7%. Este apartado «observación» estaría en relación con las bajas por complacencia.

El resto de causas de bajas disminuye desde el primer periodo al segundo, piel (4 a 3%), urológicas (4 a 3%), dientes y O. R. L. (4 a 3%), úlcera de estómago (3 a 2%), excepto psiquiátricas y vasculares que mantienen un 1%, y alergias y problemas ginecológicos y tocológicos que aumentan de 0,5 al 1% (ver tabla XIV).

Al observar la distribución de diagnósticos según la zona de residencia (ver tabla XV y mapa 2), destaca en primer lugar que en la zona «resto de la comarca», es decir, la más alejada de la ubicación de la industria, se producen gran cantidad

de bronquitis, un 20%, cuando el promedio de porcentaje de esta enfermedad es de un 13%. Asimismo destaca en esta zona la baja incidencia de gripe, un 10% con 6 puntos de la media, y la mayor frecuencia de artrosis y similares, un 7%, frente a un 4% del conjunto. Por último tenemos un descenso, frente al patrón general (7%), de cólico gástrico y similares (4%).

TABLA XIV

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS POR PERIODOS

Diagnósticos	Periodo 1963-69	Periodo 1973-79
1 Ciática y simil.	56 (3%)	146 (4%)
2 Psiquiát. y simil.	22 (1%)	53 (1%)
3 Contusión y simil.....	33 (2%)	142 (4%)
4 Artrosis y simil.....	50 (3%)	177 (5%)
5 Resfriado	114 (7%)	299 (8%)
6 Alergia y simil.	6 (0%)	46 (1%)
7 Quiste y simil.	47 (3%)	82 (2%)
8 Bronquitis	295 (18%)	417 (11%)
9 Urología y simil.	28 (2%)	55 (1%)
10 Gripe	272 (16%)	562 (15%)
11 Cólico gástrico y sim. .	95 (6%)	292 (8%)
12 Varios	70 (4%)	247 (7%)
13 Cólico nefrítico y sim.	37 (2%)	84 (2%)
14 Observación	16 (1%)	206 (6%)
15 Dientes y simil.	29 (2%)	53 (1%)
16 Úlcera estómago y s.	48 (3%)	68 (2%)
17 Hernia inguinal y s.	36 (2%)	43 (1%)
18 Amigdalitis	134 (8%)	265 (7%)
19 Gastritis y simil.	65 (4%)	120 (3%)
20 Colecistitis y simil.	32 (2%)	40 (1%)
21 Hipotensión y simil. ..	20 (1%)	48 (1%)
22 Sin diagnóstico	79 (5%)	58 (2%)
23 O. R. L.	31 (2%)	86 (2%)
24 Piel y simil.	11 (1%)	39 (1%)
25 Ginecología y simil. ..	1 (0%)	52 (1%)
26 N/C	23 (1%)	30 (1%)
	1.650	3.710

Al observar la distribución de diagnósticos según la zona de residencia (ver tabla XV y mapa 2), destaca en primer lugar que en la zona «resto de la comarca», es decir, la más alejada de la ubicación de la industria, se producen gran cantidad de bronquitis, un 20%, cuando el promedio de porcentaje de esta enfermedad es de un 13%. Asimismo destaca en esta zona la baja incidencia de gripe, un 10% con 6 puntos de la media, y la mayor frecuencia de artrosis y similares, un 7%, frente a un 4% del conjunto. Por último tenemos un descenso, frente al patrón general (7%), de cólico gástrico y similares (4%).

La zona «Cartagena casco» destaca por la baja incidencia de bronquitis (9%), y el aumento de cólico gástrico y similares con un 9%.

En la zona «Valle de Escombreras» destaca la gran incidencia de gripe, la cuarta parte de las bajas (24%) así como las enfermedades psiquiátricas y similares (5%), con 4 puntos por encima de la media y la baja incidencia de bronquitis (1%).

TABLA XV

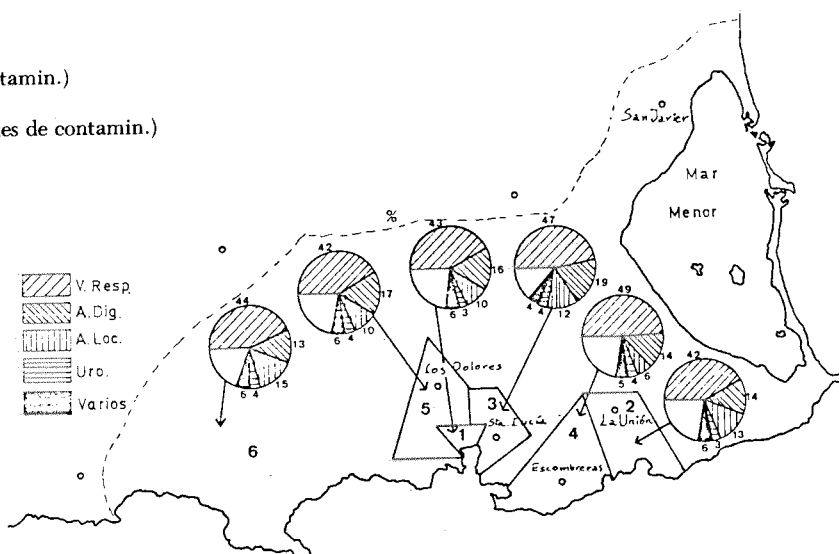
DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN DOMICILIO

Diagnósticos	1	2	3	4	5	6
1 Ciática y simil.	50 (31%)	25 (6%)	32 (4%)	4 (2%)	40 (3%)	50 (5%)
2 Psiquiát. y simil.	24 (2%)	6 (1%)	14 (2%)	8 (5%)	12 (1%)	10 (1%)
3 Contusión y simil.	59 (4%)	10 (2%)	36 (4%)	3 (2%)	33 (3%)	33 (3%)
4 Artrosis y simil.	50 (3%)	21 (5%)	32 (4%)	4 (2%)	50 (4%)	73 (7%)
5 Resfriado	159 (10%)	18 (4%)	77 (9%)	10 (6%)	95 (8%)	53 (5%)
6 Alergia y simil.	18 (11%)	5 (1%)	8 (1%)	2 (1%)	14 (1%)	6 (1%)
7 Quiste	24 (2%)	13 (3%)	23 (3%)	4 (2%)	37 (3%)	28 (3%)
8 Bronquitis	138 (9%)	70 (17%)	127 (14%)	17 (10%)	137 (11%)	216 (20%)
9 Urología y simil.	22 (1%)	6 (1%)	15 (2%)	4 (2%)	12 (1%)	24 (2%)
10 Gripe	269 (17%)	56 (14%)	147 (16%)	42 (24%)	204 (16%)	114 (10%)
11 Cólico gástrico y simil. .	134 (9%)	22 (5%)	67 (8%)	11 (6%)	105 (9%)	43 (4%)
12 Varios	99 (6%)	23 (6%)	40 (4%)	8 (5%)	73 (6%)	70 (6%)
13 Cólico nefrítico y simil.	36 (2%)	7 (2%)	16 (2%)	4 (2%)	31 (3%)	26 (2%)
14 Observación	80 (5%)	8 (2%)	38 (4%)	6 (3%)	63 (5%)	28 (3%)
15 Dientes y simil.	25 (2%)	9 (2%)	11 (1%)	2 (1%)	18 (1%)	17 (2%)
16 Ulcera estómago y sim.	29 (2%)	8 (2%)	18 (2%)	2 (1%)	22 (2%)	37 (3%)
17 Hernia inguinal y simil.	21 (1%)	7 (2%)	16 (2%)	3 (2%)	12 (1%)	20 (2%)
18 Amigdalitis	111 (7%)	28 (7%)	68 (8%)	15 (9%)	77 (6%)	98 (9%)
19 Gastritis y simil.	52 (3%)	16 (4%)	31 (3%)	6 (3%)	41 (3%)	36 (3%)
20 Colecistitis y simil.	22 (1%)	5 (1%)	11 (1%)	4 (2%)	19 (2%)	11 (1%)
21 Hipotensión y simil.	10 (1%)	10 (2%)	9 (1%)	3 (2%)	20 (2%)	16 (1%)
22 Sin diagnóstico	35 (2%)	12 (3%)	18 (2%)	4 (2%)	32 (3%)	31 (3%)
23 O. R. L.	39 (2%)	7 (2%)	15 (2%)	5 (3%)	26 (2%)	25 (2%)
24 Piel y simil.	10 (1%)	7 (2%)	11 (1%)	3 (2%)	7 (1%)	13 (1%)
25 Ginecología y simil.	35 (2%)	1 (0%)	8 (1%)	—	8 (1%)	2 (0%)
26 N/C	14 (1%)	6 (1%)	4 (0%)	—	13 (1%)	18 (2%)
TOTAL	1.565	406	892	174	1.201	1.098

- 1 (Cartagena Casco)
- 2 (Zona minera)
- 3 (Zona próxima a fuentes de contaminación)
- 4 (Valle de Escombreras)
- 5 (Barrios alejados de las fuentes de contaminación)
- 6 (Resto de la Comarca)

MAPA 2.—ENFERMEDADES SEGUN RESIDENCIA

- 1 (Cartagena Casco)
- 2 (Zona minera)
- 3 (Zona próx. a fuentes de contamin.)
- 4 (Valle de Escombreras)
- 5 (Barrios alejados de las fuentes de contamin.)
- 6 (Resto de la Comarca)



En la zona minera destaca el aumento en la incidencia de bronquitis, un 17%, así como el descenso en resfriados, 4% y en cólico gástrico y similares, un 5%.

En la zona «barrios alejados de la fuente de contaminación» destaca únicamente un descenso discreto de la bronquitis (11%) con 2 puntos por debajo de la media (13%) y ascenso de 2 puntos por encima de la media (7%) de cólico gástrico y similares (9%).

En cuanto a la zona «próxima a la fuente de contaminación» la distribución de diagnósticos no se separa significativamente o si lo hace es muy

discreto, 1 punto de la media en algún diagnóstico.

Al observar la distribución de diagnósticos según el número de bajas que tiene cada enfermedad (ver tabla XVI), destaca en primer lugar que en el grupo de intervalo de más repetición de bajas las que tienen de 11 a 48 bajas predominan los diagnósticos de: resfriado (14%), cólico gástrico y similares (12%) y gastritis (6%); mientras que las causas de enfermedad con menor frecuencia relativa causando de 11 a 48 horas son: la gripe (13%), la amigdalitis (4%) y el grupo varios (3%).

TABLA XVI

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN EL NUMERO DE BAJAS

Diagnósticos	1 baja	2 a 3 bajas	4 a 11 bajas	11 a 48 bajas
1 Ciática y simil.	30 (5%)	55 (4%)	91 (3%)	29 (4%)
2 Psiquiat. y simil.	9 (1%)	14 (1%)	40 (1%)	12 (2%)
3 Contusión y simil.	40 (6%)	45 (4%)	65 (2%)	25 (3%)
4 Artrosis y simil.	35 (6%)	63 (5%)	114 (4%)	20 (3%)
5 Resfriado	39 (6%)	67 (5%)	204 (7%)	105 (14%)
6 Alergia y simil.	9 (1%)	13 (1%)	20 (1%)	11 (1%)
7 Quiste	23 (4%)	35 (3%)	58 (2%)	13 (2%)
8 Bronquitis	57 (11%)	160 (13%)	387 (14%)	102 (13%)
9 Urología y simil.	13 (2%)	29 (2%)	36 (1%)	5 (1%)
10 Gripe	95 (15%)	208 (17%)	433 (16%)	102 (13%)
11 Cólico gástrico y simil.	25 (4%)	62 (6%)	206 (7%)	94 (12%)
12 Varios	48 (8%)	73 (6%)	173 (6%)	24 (3%)
13 Cólico nefrítico y simil.	10 (2%)	30 (2%)	66 (2%)	16 (2%)
14 Observación	24 (4%)	34 (3%)	132 (5%)	35 (5%)
15 Dientes y simil.	13 (2%)	21 (2%)	38 (1%)	10 (1%)
16 Úlcera estómago y sim.	11 (2%)	29 (2%)	65 (2%)	11 (1%)
17 Hernia inguinal y simil.	17 (3%)	28 (2%)	32 (11%)	2 (0%)
18 Amigdalitis	45 (7%)	101 (8%)	221 (8%)	33 (4%)
19 Gastritis y simil.	18 (3%)	28 (2%)	96 (3%)	43 (6%)
20 Colecistitis y simil.	8 (1%)	12 (1%)	46 (2%)	6 (1%)
21 Hipotensión y simil.	6 (1%)	16 (1%)	40 (1%)	6 (1%)
22 Sin diagnóstico	15 (2%)	33 (3%)	64 (2%)	25 (3%)
23 O. R. L.	16 (3%)	34 (3%)	56 (2%)	18 (1%)
24 Piel y simil.	6 (1%)	16 (1%)	24 (1%)	5 (1%)
25 Ginecología y simil.	3 (0%)	22 (2%)	24 (1%)	5 (1%)
26 N/C	10 (2%)	17 (1%)	19 (1%)	8 (1%)
TOTAL	635	1.245	2.750	759

En el grupo de los que tienen 1 sola baja predomina el diagnóstico de fracturas y similares (6%) el de artrosis (6%), trastornos de piel (4%) y el grupo de varios (8%). Por el contrario se caracteriza por la poca frecuencia de resfriado (6%), bronquitis y cólico gástrico (4%).

En aquellos trabajadores que han tenido 2 a 3 bajas el diagnóstico más frecuente comparativamente es la artrosis (5%), mientras que el de menor frecuencia es el resfriado (5%) y el cólico gástrico (5%).

Dentro del grupo de trabajadores con 4 a 10 bajas no se observa ninguna diferencia importante en la distribución de las causas de enfermedad respecto al patrón general.

Al observar la distribución de los diagnósticos con respecto a la duración de las bajas (ver tabla XVII), destaca en primer lugar que en el grupo de los que duran 1 día, la causa más frecuente es el llamado cólico gástrico, con un 28%, mientras que el menos frecuente, con un descenso de 11 puntos por debajo de la media del diagnóstico bronquitis con un 2%, y el de gripe 6%. Por otra parte es muy frecuente también como causa de baja por 1 día las «observaciones» con un 16% y los resfriados también con un 16%.

En el grupo de duración de más de 2 meses, tienen importancia por su relativo elevado porcentaje la artrosis, con un 11% (cuando en general son de un 4%), y las enfermedades del grupo

«vario», 15%, así como la ciática, 8%, las contusiones, 6%, y psiquiátricas un 4%, y úlcera de estómago un 5%. Por el contrario, como era de esperar la gran disminución de enfermedades causando tanta duración está la gripe (de un 15% general pasa a un 4%).

El grupo de duración de 2 a 3 días es frecuente como causa la de los resfriados (15%), el cólico gástrico (13%) y la gripe (20), siendo menos frecuente comparativamente la bronquitis (9%). Las enfermedades más frecuentes, produciendo 1 semana de baja, son también, como es de esperar,

la gripe (22%), el resfriado (12%), las amigdalitis, con un 12% y la bronquitis (14%). Destacando como las más importantes en la causa de baja de 2 semanas de duración la gripe de nuevo (20%) y también la bronquitis, un 17%. Mientras que para 1 mes de junio a ésta, la bronquitis y la gripe destacan comparativamente, la ciática, la artrosis y la úlcera de estómago.

En el grupo de 1 a 2 meses de duración, destaca la poca importancia de la gripe (4%) mientras que manteniendo la bronquitis un 10% es la artrosis la enfermedad que más sube y contribuye entre otras.

TABLA XVII

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN LA DURACION DE LAS BAJAS

Diagnósticos	1 día	2-3 d.	4-7 d.	8-15 d.	16-30 d.	1-2 m.	+ 2 m.
1 Ciática y simil.	5 (2%)	10 (2%)	39 (3%)	46 (3%)	41 (5%)	26 (5%)	38 (8%)
2 Psiquiát. y simil.	4 (1%)	8 (2%)	6 (0%)	16 (1%)	11 (1%)	12 (2%)	17 (4%)
3 Contusión y simil.	6 (2%)	9 (2%)	26 (2%)	45 (3%)	29 (4%)	30 (6%)	27 (6%)
4 Artrosis y simil.	3 (1%)	7 (1%)	37 (3%)	44 (3%)	41 (5%)	42 (8%)	51 (11%)
5 Resfriado	52 (16%)	72 (15%)	158 (12%)	91 (6%)	24 (3%)	12 (2%)	6 (1%)
6 Alergia y simil.	2 (1%)	4 (1%)	10 (1%)	19 (11%)	10 (1%)	3 (1%)	5 (1%)
7 Quiste	—	7 (1%)	19 (1%)	42 (3%)	23 (3%)	22 (4%)	15 (3%)
8 Bronquitis	7 (2%)	41 (9%)	189 (14%)	247 (17%)	127 (17%)	54 (10%)	50 (10%)
9 Urología y simil.	—	1 (0%)	15 (1%)	21 (1%)	25 (3%)	11 (2%)	10 (2%)
10 Gripe	20 (6%)	97 (20%)	296 (22%)	285 (20%)	94 (12%)	23 (4%)	19 (4%)
11 Cólico gástrico y simil. ...	92 (28%)	62 (13%)	102 (8%)	75 (5%)	30 (4%)	21 (4%)	5 (1%)
12 Varios	15 (5%)	16 (3%)	50 (4%)	66 (5%)	59 (8%)	39 (7%)	70 (15%)
13 Cólico nefrítico y simil. ...	5 (2%)	8 (2%)	23 (2%)	49 (3%)	21 (3%)	14 (3%)	2 (0%)
14 Observación	51 (16%)	20 (4%)	40 (3%)	42 (3%)	26 (3%)	27 (5%)	18 (4%)
15 Dientes y simil.	6 (2%)	15 (3%)	24 (2%)	22 (2%)	9 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
16 Úlcera estómago y sim.	—	2 (0%)	12 (1%)	28 (2%)	27 (4%)	24 (5%)	22 (5%)
17 Hernia inguinal y simil. ...	—	3 (1%)	3 (0%)	3 (0%)	18 (2%)	34 (6%)	17 (4%)
18 Amigdalitis	18 (6%)	41 (9%)	160 (12%)	113 (8%)	38 (5%)	20 (4%)	9 (2%)
19 Gastritis y simil.	19 (6%)	18 (4%)	44 (3%)	47 (3%)	25 (3%)	19 (4%)	13 (3%)
20 Colecistitis y simil.	2 (1%)	5 (1%)	9 (1%)	14 (1%)	10 (1%)	15 (3%)	16 (3%)
21 Hipotensión y simil.	1 (0%)	6 (1%)	13 (1%)	24 (2%)	10 (1%)	9 (2%)	5 (1%)
22 Sin diagnóstico	10 (3%)	16 (3%)	30 (2%)	32 (2%)	19 (3%)	15 (3%)	14 (3%)
23 O. R. L.	5 (2%)	5 (1%)	30 (2%)	30 (2%)	16 (2%)	18 (3%)	13 (3%)
24 Piel y simil.	1 (0%)	1 (0%)	10 (1%)	13 (1%)	14 (2%)	8 (2%)	2 (0%)
25 Ginecología y simil.	—	3 (1%)	2 (0%)	2 (1%)	4 (3%)	16 (3%)	19 (4%)
26 N/C	3 (1%)	2 (0%)	8 (1%)	6 (0%)	8 (1%)	13 (2%)	12 (3%)
TOTAL	327	479	1.355	1.422	759	531	478

Al relacionar los diagnósticos con las fechas de baja semana-global (ver tabla XVIII), se observa para los lunes paradójicamente un aumento proporcional de la ciática y artrosis tras los dos días de descanso, dentro del patrón general; en los martes, un gran predominio de la amigdalitis; los miércoles, la gastritis; los jueves, mayor frecuencia comparativa de las úlceras de estómago, mientras que los viernes se dan un 25% de las alergias.

Al observar la distribución de los diagnósticos según los meses del año globalmente (ver tabla XIX), está el hecho lógico, de en primer lugar, para el mes de agosto una disminución proporcional de la gripe y bronquitis dentro del patrón general, mientras que también como era de esperar aumenta el cólico gástrico y similares con un 12% respecto al 7%, así como el grupo de contu-

siones y similares (6%).

En junio se repite, como es lógico, de una manera global, el perfil del mes de agosto con respecto a la gripe, bronquitis y resfriado, sin embargo aumenta el grupo de «varios» (10%) y «observación» con un 7%.

En diciembre aumenta, como era de esperar, la gripe con 11 puntos por encima de la media (16%) y la bronquitis (19%), mientras que se produce un descenso del cólico gástrico y similares (2%).

En los meses de septiembre tienen un patrón similar a los meses de junio, con un descenso de la gripe (5%) con respecto al 16% del patrón general, así como el cólico gástrico y similares y resfriados, mientras que aumenta la amigdalitis y similares (10%).

TABLA XVIII.—DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN EL DIA DE LA SEMANA GLOBALMENTE

Diagnósticos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 Ciática y simil.	68 (5%)	40 (4%)	35 (4%)	27 (4%)	15 (2%)	17 (3%)	3 (3%)
2 Psiquiát. y simil.	25 (2%)	10 (1%)	11 (1%)	10 (1%)	11 (2%)	7 (1%)	1 (1%)
3 Contusión y simil.	55 (4%)	30 (3%)	22 (2%)	24 (3%)	16 (3%)	19 (3%)	9 (8%)
4 Artrosis y simil.	75 (5%)	30 (3%)	38 (4%)	33 (5%)	30 (5%)	20 (4%)	2 (2%)
5 Resfriado	122 (8%)	84 (8%)	68 (8%)	52 (7%)	48 (8%)	35 (6%)	5 (5%)
6 Alergia y simil.	12 (1%)	10 (1%)	9 (1%)	6 (1%)	13 (2%)	2 (0%)	1 (1%)
7 Quiste y simil.	40 (3%)	27 (3%)	15 (2%)	17 (2%)	10 (2%)	19 (3%)	1 (1%)
8 Bronquitis	197 (13%)	135 (14%)	112 (13%)	88 (12%)	92 (15%)	76 (14%)	4 (13%)
9 Urología y simil.	25 (2%)	12 (1%)	16 (2%)	12 (2%)	5 (1%)	11 (2%)	2 (2%)
10 Gripe	226 (13%)	155 (16%)	150 (17%)	95 (13%)	104 (17%)	92 (17%)	15 (14%)
11 Cólico gástrico y simil. ...	103 (7%)	79 (8%)	60 (7%)	54 (7%)	49 (8%)	35 (6%)	5 (5%)
12 Varios	84 (6%)	59 (6%)	53 (6%)	42 (6%)	43 (7%)	30 (5%)	7 (6%)
13 Cólico nefrítico y simil. ...	33 (2%)	25 (3%)	20 (2%)	20 (3%)	13 (2%)	8 (1%)	3 (3%)
14 Observación	69 (5%)	41 (4%)	31 (4%)	37 (5%)	21 (3%)	24 (4%)	2 (2%)
15 Dientes y simil.	27 (2%)	16 (2%)	10 (1%)	8 (1%)	7 (1%)	13 (2%)	1 (1%)
16 Ulcera estómago y sim. ...	34 (2%)	10 (1%)	18 (2%)	24 (3%)	10 (2%)	16 (3%)	4 (4%)
17 Hernia inguinal y simil. ...	22 (1%)	15 (2%)	13 (1%)	14 (2%)	7 (1%)	4 (1%)	4 (1%)
18 Amigdalitis	99 (7%)	85 (9%)	65 (7%)	59 (8%)	47 (8%)	31 (6%)	13 (12%)
19 Gastritis y simil.	40 (3%)	35 (4%)	40 (5%)	22 (3%)	24 (4%)	19 (3%)	5 (5%)
20 Colecistitis y simil.	21 (1%)	9 (1%)	13 (1%)	9 (1%)	10 (2%)	9 (2%)	1 (1%)
21 Hipotensión y simil.	13 (1%)	16 (2%)	14 (2%)	7 (1%)	8 (1%)	7 (1%)	2 (2%)
22 Sin diagnóstico	37 (2%)	23 (2%)	21 (2%)	22 (3%)	14 (2%)	19 (3%)	1 (1%)
23 O. R. L.	25 (2%)	23 (2%)	21 (2%)	22 (3%)	9 (1%)	17 (3%)	1 (1%)
24 Piel y simil.	14 (1%)	8 (1%)	6 (1%)	9 (1%)	4 (1%)	9 (2%)	1 (1%)
25 Ginecología y simil.	17 (1%)	6 (1%)	10 (1%)	1 (0%)	8 (1%)	4 (1%)	7 (6%)
26 N/C	15 (1%)	6 (1%)	10 (1%)	12 (2%)	3 (0%)	6 (1%)	1 (1%)
TOTAL	1.500	989	881	726	621	549	111

TABLA XIX.—DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN LOS MESES DEL AÑO GLOBALMENTE

Diagnósticos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiem.	Octubre	Noviem.	Diciem.
1 Ciática y sim.	30 (5%)	19 (3%)	21 (4%)	16 (3%)	19 (4%)	16 (4%)	9 (4%)	19 (6%)	14 (4%)	17 (4%)	11 (2%)	14 (3%)
2 Psiquiát. y simil.	3 (1%)	11 (2%)	6 (1%)	7 (1%)	6 (1%)	8 (2%)	3 (1%)	4 (1%)	6 (2%)	2 (0%)	10 (2%)	9 (2%)
3 Contusión y simil.	20 (3%)	12 (2%)	11 (2%)	12 (2%)	16 (4%)	19 (5%)	10 (4%)	21 (6%)	18 (5%)	10 (2%)	16 (3%)	9 (2%)
4 Artrosis y simil.	16 (3%)	25 (4%)	13 (2%)	17 (3%)	24 (5%)	24 (7%)	16 (6%)	22 (6%)	15 (4%)	24 (6%)	16 (3%)	16 (3%)
5 Resfriado	49 (8%)	48 (8%)	44 (8%)	31 (6%)	34 (8%)	15 (4%)	10 (4%)	20 (6%)	19 (5%)	40 (9%)	56 (12%)	48 (10%)
6 Alergia y simil.	13 (2%)	2 (0%)	6 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (1%)	3 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	4 (1%)
7 Quiste	16 (3%)	9 (2%)	13 (2%)	13 (3%)	10 (2%)	16 (4%)	7 (3%)	9 (3%)	11 (3%)	9 (2%)	12 (3%)	4 (1%)
8 Bronquitis	87 (15%)	98 (17%)	71 (13%)	68 (13%)	56 (13%)	23 (6%)	29 (11%)	29 (9%)	41 (11%)	64 (15%)	64 (14%)	86 (19%)
9 Urología y simil.	6 (1%)	5 (1%)	12 (2%)	17 (1%)	8 (2%)	10 (3%)	4 (2%)	10 (3%)	7 (2%)	4 (1%)	5 (1%)	5 (1%)
10 Gripe	128 (21%)	126 (22%)	139 (35%)	123 (24%)	42 (9%)	17 (5%)	4 (2%)	5 (1%)	17 (5%)	35 (8%)	74 (16%)	127 (27%)
11 Cólico gástrico y simil.	32 (5%)	28 (5%)	24 (4%)	29 (6%)	41 (9%)	38 (10%)	34 (13%)	39 (12%)	47 (13%)	37 (9%)	29 (6%)	8 (2%)
12 Varios	21 (4%)	31 (5%)	27 (5%)	27 (5%)	29 (7%)	35 (10%)	23 (9%)	19 (6%)	24 (7%)	39 (9%)	26 (5%)	17 (4%)
13 Cólico nefrítico y simil. ...	15 (3%)	11 (2%)	10 (2%)	14 (3%)	7 (2%)	7 (3%)	7 (3%)	12 (4%)	11 (3%)	10 (2%)	10 (2%)	8 (2%)
14 Observación	21 (4%)	19 (3%)	20 (4%)	16 (3%)	17 (4%)	24 (7%)	12 (5%)	22 (6%)	14 (4%)	19 (4%)	23 (5%)	14 (3%)
15 Dientes y simil.	7 (1%)	9 (2%)	9 (2%)	8 (2%)	14 (3%)	5 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	9 (2%)	7 (1%)	4 (1%)
16 Ulcera estómago y sim. ...	11 (2%)	9 (2%)	15 (3%)	15 (3%)	10 (2%)	11 (3%)	4 (2%)	5 (1%)	9 (2%)	12 (3%)	8 (2%)	7 (2%)
17 Hernia inguinal y simil. ...	9 (2%)	7 (1%)	12 (2%)	7 (1%)	6 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	5 (1%)	7 (2%)	6 (1%)	9 (2%)
18 Amigdalitis	38 (6%)	47 (8%)	29 (5%)	41 (8%)	32 (7%)	32 (9%)	21 (8%)	27 (8%)	38 (10%)	25 (6%)	41 (9%)	28 (6%)
19 Gastritis y simil.	19 (3%)	14 (2%)	15 (3%)	17 (3%)	15 (3%)	9 (2%)	19 (7%)	18 (5%)	20 (5%)	15 (4%)	15 (3%)	9 (2%)
20 Colecistitis y simil.	8 (1%)	8 (1%)	4 (1%)	5 (1%)	9 (2%)	6 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	11 (3%)	7 (2%)	7 (1%)	3 (1%)
21 Hipotensión y simil.	7 (1%)	2 (0%)	7 (1%)	3 (1%)	9 (2%)	8 (2%)	4 (2%)	11 (3%)	1 (0%)	5 (1%)	7 (1%)	3 (1%)
22 Sin diagnóstico	14 (2%)	12 (2%)	11 (2%)	11 (2%)	10 (2%)	14 (4%)	9 (3%)	19 (3%)	13 (4%)	10 (2%)	12 (3%)	11 (2%)
23 O. R. L.	9 (2%)	13 (2%)	10 (2%)	13 (3%)	13 (3%)	10 (3%)	7 (3%)	12 (4%)	11 (3%)	7 (2%)	6 (1%)	7 (2%)
24 Piel y simil.	9 (2%)	3 (1%)	2 (0%)	5 (1%)	5 (1%)	4 (1%)	6 (2%)	5 (1%)	2 (1%)	5 (1%)	2 (0%)	3 (1%)
25 Ginecología y simil.	5 (1%)	3 (1%)	7 (1%)	3 (1%)	7 (2%)	3 (1%)	5 (2%)	6 (2%)	4 (1%)	3 (1%)	5 (1%)	2 (0%)
26 N/C	4 (1%)	6 (1%)	9 (2%)	3 (1%)	3 (1%)	5 (1%)	4 (2%)	2 (1%)	3 (1%)	4 (1%)	3 (1%)	7 (1%)
TOTAL	597	577	547	516	445	367	257	339	367	424	474	462

En los meses de marzo aumenta la gripe (25%), mientras que desciende el cólico gástrico y similares con un 4%.

El resto de los meses, siguen aproximadamente los mismos patrones vistos dependiendo de que sean meses fríos o cálidos.

7. Tipo de actividad y número de bajas

Debido al alto porcentaje de casos en que no constaba la actividad de la empresa (40%), no son fiables los resultados sobre su posible influen-

cia en el número de las bajas u otras características, por lo que hemos tomado únicamente la división hecha en los 231 trabajadores con bajas de la empresa Bazán, en tres categorías: Actividades intermedias tipo limpiadores (7%), las sedentarias (31%), y las actividades con desarrollo de gran esfuerzo físico (60%). El resultado más significativo es que del elevado porcentaje de trabajadores con más de 11 bajas de 76%, son lo que desempeñan actividades pesadas, cuando por el contrario los de actividades sedentarias suponen sólo el 19% cuando debería ser proporcionalmente un 31% (ver tabla XX).

TABLA XX.—DISTRIBUCION DEL NUMERO DE BAJAS SEGUN EL TIPO DE ACTIVIDAD EN LA EMPRESA BAZAN

Actividad	1 baja	2-3 bajas	4-10 bajas	11-48 bajas
Menores	3 (10%)	4 (11%)	6 (6%)	1 (2%)
Oficinas	9 (31%)	14 (38%)	31 (33%)	8 (19%)
Pesados	15 (52%)	18 (49%)	56 (60%)	32 (76%)
N/C	2 (7%)	1 (3%)	1 (1%)	1 (2%)
TOTAL	29	37	94	42

IV. CONCLUSIONES

Del estudio realizado sobre la patología en el ambiente industrial se llega entre otras a las siguientes conclusiones:

1.º El número de bajas ha aumentado paralelamente al incremento de la población asalariada, pero con una disminución en el número de las bajas por año y por trabajador coincidente con el inicio de la crisis económica y aumento del paro, de 1,94 en 1974 a 1,2 en 1979.

2.º Siendo la duración más frecuente de las bajas de 7 a 9 días, a lo largo de los años aumentan las bajas de 1 solo día de duración (de 1 a 8%), mientras que disminuyen las de más de 8 días (de 70 a 50%). De esta forma la media aritmética en número de días por baja pasa de 25 días (a causa de la influencia a pesar de su escasa proporción, de las bajas de muy larga duración) en el periodo de 1963-69, a 20 días en el segundo.

3.º El perfil de bajas según los días de la semana se caracteriza por la alta incidencia en los lunes (28%), disminuyendo gradualmente hasta el domingo.

En relación con los meses del año los peores son los de invierno, diciembre, enero, febrero y marzo que se llevan el 41% de las bajas y los más benignos los de verano, pues entre junio, julio, agosto y septiembre suponen un 25% de ellas.

4.º El aparato respiratorio, es el más castigado en el proceso de trabajo como causa de bajas, casi la mitad de ellas (44,3%), destacando la gripe (16%), la bronquitis (13%), el resfriado común (7%) y procesos faríngeos (7%), disminuyendo globalmente con el tiempo de un 50% a un 40%.

El segundo sistema por el que se expresa con mayor frecuencia la patología en el proceso pro-

ductivo es el digestivo, con 15% de las bajas por enfermedad, manteniéndose constante a lo largo del tiempo. El tercer aparato afectado con un 11% es el locomotor con tendencias a aumentar de un 8% a un 13%.

Las enfermedades psiquiátricas, desde esquizofrenia a neurosis han supuesto a lo largo del tiempo un mismo porcentaje, un 1%.

5.º En general el mayor esfuerzo físico en la actividad laboral aumenta la facilidad para caer con más frecuencia enfermo.

6.º En general el trabajador urbano está más condicionado y habituado al proceso de trabajo industrial, que el trabajador que proviene de las zonas rurales que evita las bajas por enfermedad y las acorta, como temor a esta situación.

7.º En general la crisis económica ha incidido en el proceso industrializador creciente y el temor al paro se expresa en una disminución del número de bajas y duración de éstas, con expresión en menor cantidad de trastornos psicológicos, y aumento por el contrario de las bajas cortas de 1 día, que interrumpen el ritmo del trabajador industrializador.

BIBLIOGRAFIA

1. BLASCO SANCHEZ, B.: Absentismo laboral en profesionales de astilleros. Ponencia en la XIII Asamblea del C. S. I. C. Avilés.
2. Acuerdo marco interconfederal sobre negociación colectiva. Suscrito entre U.G.T. y la C.E.O.E. por dos años. *El País*, 40-42, 6 enero 1980.
3. Organización Sindical Murcia. *III Consejo económico social sindical del Campo de Cartagena*, Cartagena, 1974.
4. TAMAMES, Ramón: *La comercialización en el contexto del desarrollo económico del área de Cartagena*, Cartagena, Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación, 1973.

Reseña de publicaciones sanitarias de la Región Murciana

RESUMENES DE TESIS DOCTORALES

Autor: José BUENDIA VIDAL.

Título: «Actitudes hacia la enfermedad mental. Análisis de los factores que determinan las distintas actitudes hacia la enfermedad mental en Murcia.»

Fecha de lectura: 11 de junio de 1983.

Calificación: Sobresaliente cum laude.

Director: Dr. Pedro Maset Campos.

Resumen: El estudio de las actitudes ocupa un lugar central en Psicología Social, y todos coinciden en que éstas representan un determinante de gran importancia en la orientación del individuo con respecto al medio ambiente ya que se trata de la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de conducta.

Con relación a la enfermedad mental la población tiene sus propias representaciones y sentimientos que generalmente son de rechazo o prejuicio; por lo que dichas actitudes condicionan la evolución del proceso mórbido en muchos casos y reducen las posibilidades de tratamiento y rehabilitación de los enfermos.

Conocer las actitudes de la población hacia la enfermedad mental, su nivel de tolerancia frente a los enfermos, y hacia las condiciones de tratamiento supone un paso imprescindible para determinar los servicios que tendrían que establecerse en cada uno de los sectores.

En esta investigación se estudian las actitudes de la población de Murcia hacia la enfermedad mental y hacia los diferentes tipos de tratamiento ya sean hospitalarios o ambulatorios.

Además de las características culturales, la religión y la educación como factores que influyen decisivamente en las actitudes colectivas.

Como instrumento de trabajo se ha utilizado el cuestionario administrado mediante visita domiciliaria previa clasificación de la población en cuatro categorías o sectores a partir de los factores geográficos, rural-urbano, y socioeconómico, alto-bajo.

Entre las conclusiones, cabe destacar, que la percepción que tiene la población murciana del en-

fermo mental está en estrecha relación con el nivel educativo y con la mentalidad más o menos evolucionada y libre de prejuicios de los diferentes estratos socioeconómicos. Entre las personas y áreas geográficas de más bajo nivel económico inspira más temor el enfermo mental, y son menos tolerantes con el mismo.

Todo lo cual evidencia que la planificación de la asistencia psiquiátrica debe ir encaminada a promocionar los conocimientos de la población sobre los modos de enfermar, las posibilidades de tratamiento y asistencia, y a difundir los principios generales de higiene mental.

Elevar el nivel de conocimientos de la población, será verdadero motor de transformación al mismo tiempo de las condiciones sociales y económicas.

Por otro lado, destaca en esta investigación, la opinión negativa de los murcianos con relación a los ambulatorios del Insalud y el hospital psiquiátrico, lo cual plantea la urgencia de una transformación de la asistencia psiquiátrica de forma que sea tenida en cuenta toda la comunidad murciana.

Autor: D. José Luis AGUAYO ALBASINI.

Título: «Comportamiento Electromecánico del intestino delgado en diferentes estados de ileo, mecánico, y paralítico: Estudio experimental en perros».

Director: Dr. D. Pascual Parrilla Paricio.

Calificación: Sobresaliente cum Laude.

Fecha de lectura: 9 julio 1983.

Resumen: En la obstrucción mecánica y en los ileos paralíticos se altera la actividad mecánica y la actividad eléctrica del intestino. Estas actividades pueden registrarse en el animal de experimentación mediante electrodos y microbalones implantados crónicamente. Sin embargo, estos registros son tan inespecíficos que no pueden considerarse de ayuda al diagnóstico de estas situaciones.

Autor: D. José Francisco BALLESTA GERMAN.

Título: «Rasgos morfológicos comparativos de la corteza renal de diversos roedores».

Director: Dr. D. Francisco Hernández Calvo.

Calificación: Sobresaliente.

Fecha de lectura: 14 julio 1983.

Resumen: Se hace un estudio morfológico comparativo de la corteza renal de rata, ratón, hamster y cobaya. Es referido fundamentalmente al corpúsculo renal, al aparato yuxttaglomerular, al túbulo proximal y al túbulo distal. En la metodología se utilizan las técnicas comunes de histología, microscopia electrónica e inmunocitoquímica.

Entre las conclusiones destacan variaciones de unos animales a otros en el número y en el tamaño de los corpúsculos renales; en la estructura de la cápsula de Bowman; en el número de pedicelos podocitarios; en la distribución y en la cantidad de granulaciones del aparato yuxttaglomerular; en el mesangio y en las reacciones inmunocitoquímicas.

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, SYMPOSIA

CURSO DE DIPLOMADOS EN SANIDAD

En el B.O.E. del 19 de agosto de 1983, ha aparecido la convocatoria del curso de Diplomados en Sanidad que se celebrará en la Escuela Departamental de Murcia, dirigido a Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios.

Resumiendo los aspectos de la convocatoria, se trata de 70 plazas (42 para médicos, 14 para veterinarios, 14 para farmacéuticos).

Las solicitudes, acompañadas con la relación y acreditación de méritos se presentarán en la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

La selección se realizará mediante baremo de méritos anexo a la convocatoria.

El tribunal de selección lo formarán:

— Presidente: El Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia, don José María Morales Meseguer.

— Vicepresidente: El Director Regional de Salud, don Angel Fernández Nafria.

— Vocales: Don Gustavo del Real, como representante de la Escuela Nacional de Sanidad; doña Elvira Ramos García, como directora del Curso; don Pedro Alonso Carrión, como profesor del Curso.

— Secretario: don Diego Ruiz Romero, secretario administrativo.

La relación de admitidos se publicará en el

tablón de anuncios de la Consejería de Sanidad.

Los seleccionados formalizarán su inscripción en la Secretaría de cada centro, en los 15 días siguientes a la publicación de la relación de admitidos.

El curso se iniciará en todas las Escuelas el 12 de diciembre. Tendrá una duración de tres meses, siendo obligatoria la asistencia continuada al mismo, quedando automáticamente eliminados quienes acumulen diez faltas a clases teóricas o prácticas.

El programa constará de una parte general y una parte específica.

Durante el desarrollo del curso los cursillistas deberán realizar una tesina sobre temas de interés sanitario regional, que podrá ser realizada individualmente o en grupo, para lo cual cada alumno o grupo de alumnos serán adscritos a un tutor.

Finalizado el curso se realizará una prueba teórica y otra práctica, cuyo tribunal calificador será:

Presidente: El Consejero de Sanidad.

Vice-Presidente: El Director de Salud.

Vocales: El Director del Curso, dos representantes de la Escuela Nacional de Sanidad, uno de los cuales actuará de Secretario.

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: 40 a 43 (3 al 30 de octubre 1983) y 40 a 43 (del 3 al 30 de octubre 1982)

COMARCAS	(1) n.º de habitantes	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infeccion Meningo-cócica		Varicela		Saram-pion		Gripe		Escarfa-tina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Gonococia		Sifilis	
		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	2	1	6	1	2	0	29	0	36	1	81	291	0	0	1	3	4	1	2	2	1	4	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	3	2	0	0
ALTIPLANO	45.970	2	2	2	1	0	0	21	8	160	1	54	16	0	0	4	6	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	
LORCA	110.866	1	0	1	5	0	0	4	1	4	0	200	167	0	0	0	6	50	4	3	0	1	2	3	0	1	0	0	0	0	12	8	2	6	0	0	
CARTAGENA	238.201	8	7	1	1	2	1	6	5	19	0	603	264	0	3	2	4	13	12	20	3	7	22	2	10	6	0	0	9	0	1	0	5	23	0	0	
MULA	21.839	0	0	1	1	0	1	0	0	23	0	24	27	0	1	0	1	-0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	0	0	0	0	0	1	5	0	10	0	100	139	0	0	2	1	6	4	3	12	1	0	1	2	0	2	0	5	6	0	0	3	6	1	1	
CIEZA	47.996	0	0	0	0	0	1	0	0	294	0	59	35	0	0	1	10	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	9	3	1	
MOJINA	76.645	0	0	2	1	1	0	2	3	44	6	214	331	1	1	0	1	14	19	26	6	9	4	4	6	0	4	0	0	2	0	0	7	9	3	1	
FORTUNA/ABANILLA	26.327	0	0	0	0	0	0	5	2	3	2	50	30	0	0	0	9	1	9	5	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	0	0		
MURCIA CAPITAL	284.585	4	1	1	2	2	2	9	18	39	8	638	1050	5	4	5	11	30	46	38	19	16	7	27	8	1	0	0	3	3	0	2	16	15	2	3	
TOTAL REGION	955.215	17	11	14	12	7	6	81	37	632	18	2023	2350	6	9	10	15	76	127	111	71	39	46	24	52	14	9	0	1	18	14	17	12	42	68	6	5

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