

BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES



**COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE LA REGIÓN MURCIANA**

AÑO 1984 - MARZO
VOL. IV, NUM. 3
30L. S. R. M. IV, 49-72

ÍNDICE

	Pág.
EDITORIAL. Descentralización municipal	51
Elvira Ramos García: CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	52
Pedro J. Saturno Hernández: EL TIPO DE HOSPITAL, PÚBLICO/PRIVADO, COMO VARIABLE EN EL CONSUMO DE ASISTENCIA HOSPITALARIA (I): DIFERENCIAS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA, GRADO DE UTILIZACIÓN Y FORMA DE PAGO DE LA ASISTENCIA EN 10 HOSPITALES DE MURCIA	53
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS	66
ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA	68
LEGISLACION SANITARIA	68
NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Marzo)	69

NORMAS GENERALES DE PUBLICACION

Normas de presentación y redacción

Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio y su extensión se atenderá a las siguientes pautas:

a) Trabajos de investigación, artículos de revisión y puesta al día de un tema sanitario, artículos de debate; salvo casos específicos y plenamente justificado, el máximo, como norma, será 8 folios Din A4 (aprox. 2.500 palabras), incluidas tablas o gráficas que, normalmente, no deberán ser más de 6. Las gráficas, dibujos o fotografías serán utilizados sólo cuando los datos no puedan ser claramente expresados de otro modo, y deberán ser presentados a tinta, en blanco y negro y sobre papel que permita su reproducción (papel satinado, papel vegetal).

En estos trabajos, el autor o autores incluirán en hoja aparte: 1) un resumen que no exceda en ningún caso las 80/100 palabras (8-10 líneas mecanografiadas); de no ser enviado este resumen, se entiende que el autor o autores aceptan el que haga la redacción de la revista; 2) algunas palabras clave para su clasificación; 3) una breve nota que identifique al autor o autores (nombre y apellidos y cargo que ocupan).

b) Notas o informes breves sobre algún tema de investigación o de actualidad sanitaria o sobre recensión crítica de alguna publicación de especial interés: el máximo, como norma, será 3 folios Din A4 (aproximadamente 900 palabras). En estos trabajos, el autor o autores incluirán únicamente una breve nota de presentación biográfica en los términos definidos para los trabajos del grupo anterior.

Las referencias bibliográficas

que se procurará reducir a las imprescindibles, serán citadas al final del artículo con la misma secuencia numérica en que aparecen las correspondientes llamadas en el texto.

La forma de citar la bibliografía será la habitual en las revistas científicas:

Artículos de revista: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del artículo, nombre de la revista (subrayado) y, si es el caso, en abreviatura, tomo o volumen y número, páginas, año.

Libros: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del libro (subrayado), ciudad edición, editorial, año.

Las notas a pie de página

serán identificadas mediante asterisco y mecanografiadas en la parte baja de la página de que se trate.

Criterios de aceptación de originales

Tendrán preferencia aquellos artículos que hagan referencia a problemas de Salud Pública del ámbito regional de Murcia. Sobre esta base, el Boletín recibirá la colaboración de todos los profesionales sanitarios, con la condición de que el tratamiento de los temas se mantenga dentro de los niveles aceptables de metodología y de competencia profesional.

Dos o más expertos de entre los miembros del Consejo de Redacción, revisarán los originales para proceder a su aceptación definitiva.

Para facilitar todo el proceso y asegurar la devolución de los trabajos no aceptados, es conveniente que los originales se envíen por correo certificado, o se entreguen en mano por triplicado.

El Consejo de Redacción asume la responsabilidad de los editoriales cuando éstos no vayan firmados. En los editoriales firmados y en el resto de los trabajos, las ideas expuestas son de responsabilidad de sus autores y el Boletín no se identifica necesariamente con ellos.

Correspondencia

Deberá dirigirse al Director del Boletín de Salud de la Región Murciana:

Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
Ronda de Levante, 11
MURCIA-8.

CONSEJO ASESOR DEL BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
José María MORALES MESEGUER

Ilmo. Sr. Vice-Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
Francisco MARTINEZ PARDO

Ilmo. Sr. Director Regional de Salud

Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Medicina

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Veterinaria

Ilmo. Sr. Decano Facultad Biológicas

Consejo de Redacción

P. Alonso, F. Galván, A. González Palacios, P. Maset Campos,
A. Martínez, C. Navarro, P. Parra, A. Peñuela, J. A. Sánchez Sánchez, J.
Saura, J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

Directora: Dra. Elvira RAMOS GARCIA

Edita:

Consejería de Sanidad,
Consumo y Servicios Sociales

Diseño gráfico:

Tip. San Francisco, S. A.

Fotocomposición:

Tip. San Francisco, S. A.

Imprime:

Tip. San Francisco, S. A.
San Nicolás, 31 - Murcia

Depósito Legal:

MU-491-1981

EDITORIAL

DESCENTRALIZACION MUNICIPAL

Una de las tareas prioritarias que está abordando la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, es la de la descentralización de funciones a nivel municipal.

Es conocida de todos las competencias en materia de Sanidad municipal, según la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 noviembre 1944, todavía en vigor.

Estas funciones se resumen en:

a) Proporcionar aguas potables de pureza bacteriológica garantizada o, por lo menos, sanitariamente tolerable. Poseer un servicio de vigilancia y examen de los alimentos y bebidas.

b) Formación del padrón de viviendas, su inspección y mejora en el grado más completo posible, señalando especialmente las insalubres a derribar y las insalubres reformables, así como los planes para extinción de las primeras y corrección de las segundas.

c) Ejercicio de una política sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos y cementerios.

d) Profilaxis de las enfermedades evitables, epidemiología, endemiología, estudio y planes de mejoramiento de las características deficitarias de la población desde el punto de vista sanitario.

e) Higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares allí donde no alcance la red dispensarial de la organización provincial.

f) Evacuación de aguas negras y residuales, clausura de pozos negros y anti-higiénicos, supresión de aguas estancadas. Instalación de red de alcantarillado donde sea posible con carácter urgente o en etapas sucesivas.

g) Inspección de fábricas de embutidos, salazones, comercio del ramo de alimentación, lecherías y establos.

h) Habilitación de locales adecuados para enfermos de carácter epidemiológico y de material para la práctica de desinfecciones y desinsectaciones.

i) Vacunaciones preventivas.

j) Sostenimiento de Centros Sanitarios Locales.

La irregular distribución de los sanitarios locales en muchas localidades, la falta de personal técnico de grado medio y de auxiliares administrativos en casi todas ellas, y la nominación obsoleta de algunos de esos recursos humanos del

primer nivel v.g. (matronas, médicos de casa de Socorro, etc.), unido a la carencia total de infraestructura material (centros de salud, laboratorios, etc.), han sido los factores que han contribuido a que muchas de las tareas antes mencionadas se realizaran de forma incompleta o en muchas ocasiones no se realizaran.

Todo ello unido a que el personal asistencial del INSALUD, no perteneciente al cuerpo de sanitarios locales, es mucho más numeroso que el de sanitarios locales, y sólo realiza tareas asistenciales.

Es en esa línea como debe entenderse el esfuerzo de la Consejería de Sanidad de que sean asumidas las funciones sanitarias por los municipios. Pero esta tarea no es fácil, pues no se pueden asumir competencias, por parte de los ayuntamientos si no se les transfieren recursos económicos.

El que todavía a nivel del Estado Central no se hayan integrado la prevención y la asistencia, hace que aún caminen de forma separada estas dos tareas a nivel de planificación y programación, desde las Comunidades Autónomas, y que por tanto, se produzcan todavía sectorizaciones de las tareas sanitarias por no existir esa necesaria integración. Por ejemplo se programan vacunaciones, Sanidad Escolar, etc., tareas ejecutadas todavía por los sanitarios locales, sin darse aún el paso fundamental de hacer un programa global de la salud infantil y escolar, que abarque todos los cometidos preventivos y asistenciales de estas edades.

Lo mismo ocurre con la salud de la mujer, que sigue sin tener acceso a una vigilancia correcta del embarazo desde los primeros meses, ni tampoco a los necesarios medios de planificación familiar, ya que se sigue una política de creación de consultas específicas sobre el tema, cuando esta tarea debe ser abordada por todos los médicos que trabajan en el primer nivel pues de lo contrario, nunca podrá llegar a cubrirse la demanda estimada. Y así podríamos seguir analizando el resto de colectivos, trabajadores, tercera edad, etc.

Es preciso, por tanto, asumir la nueva concepción integral de la tarea sanitaria, e ir modificando la forma de hacer de nuestros profesionales sanitarios del nivel primario, para lo cual además de necesitar la oportuna legislación y reciclaje que hagan plausible este objetivo, y clarificar la forma de financiación de esta nueva estructura.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Elvira RAMOS GARCIA
Jefe Sección Gabinete Técnico

La Planificación Familiar en España se toma como una medida de salud y bienestar para la unidad familiar individual, más que para un auténtico control de natalidad, puesto que el índice de crecimiento demográfico ha caído espectacularmente. Y también, para evitar las situaciones límites a que puede llevar a las parejas «el hijo no deseado», que al no tener legalizado el aborto en nuestro país, lleva en un gran número de casos a acudir al aborto clandestino, con los graves riesgos para la vida de la madre que ello conlleva.

Digamos pues que la finalidad es doble: mejorar la calidad de vida de la pareja y hacer prevención del aborto clandestino.

Esto no quiere decir que la Planificación Familiar en España vaya dirigida sólo a la pareja establecida, puesto que, respetando el derecho constitucional de ejercer las personas sus derechos y el disfrute de sus libertades, pueden tener acceso a tales servicios todas las mujeres que así lo deseen.

La organización de esta actividad, ha nacido en muchos países como fruto de la lucha de las organizaciones feministas, que reclamaban la generalización de la misma como premisa para poder lograr su realización, ya que tanto desde el punto de vista de su actividad como ama de casa, como desde el ángulo de las mujeres que trabajan fuera del hogar, querían, ya que ello era posible gracias a los adelantos de la ciencia, tener la capacidad de decisión de concebir un nuevo hijo.

Pero, aunque la filosofía de la Planificación Familiar haya comenzado por las organizaciones políticas y feministas, el contenido de la actividad es totalmente sanitario: procedimiento anticonceptivo a emplear, problemática psico-sexual de la pareja, etc. De ahí que se aborde el problema desde su inclusión entre las tareas sanitarias, no olvidando, que por ser esta una de las actividades más relacionadas con la sexualidad y por tanto una de las más complejas de la vida humana, no quedarán absolutamente resueltos todos los problemas. Surgirán obstáculos de todo tipo, desde religiosos, sobre procedimientos más o menos admitidos por cada tipo de confesión religiosa; culturales, como el de la modificación de la situación de fertilidad de la mujer, que la coloca en un papel sexual más similar al del hombre, con las resistencias, suspicacias y reacciones posesivas que por parte del varón esto desencadena; de modificación de los hábitos de sexualidad en la adolescencia, y otro gran número de situaciones. Es preciso, por tanto, separar lo que es tarea sanitaria, de lo que seguirá siendo tarea de los políticos y feministas, para poder señalar la forma organizativa más correcta.

La Planificación Familiar dentro de la Organización Sanitaria

Por lo expuesto más arriba, se deduce que la

tarea sanitaria de la Planificación Familiar debe abordarse dentro de la organización sanitaria.

Existen pluralidad de formas de llevar esto a cabo, pero se dan dos como más claras:

1.º Crear consultorios específicos de Planificación Familiar.

2.º Hacer que la organización sanitaria asuma esta actividad como una más dentro de las funciones de los profesionales sanitarios del primer nivel, y del resto de los niveles organizativos.

La adopción de una u otra modalidad no puede ser una cuestión de capricho, sino que debe obedecer a criterios de racionalidad y eficiencia.

1.º Crear Consultorios específicos de Planificación Familiar.

En España se ha comenzado esta tarea por la primera de las modalidades, creando Centros de Planificación Familiar. En 1979 se creó, con este fin, uno en Murcia capital, al que siguieron otros en Lorca, Yecla y Cartagena.

Tomando el de Murcia capital como modelo, ya que es el que tiene más tiempo de funcionamiento vemos que la atención de mujeres ha evolucionado como sigue:

Año	Primeras visitas	Revisiones	%*
1981	603	1.573	1,3
1982	920	2.626	2,0
1983	949	3.402	2,0

* sobre 46.666 mujeres en edad de 20-45 años.

En tres años, con dos profesionales sanitarios de grado superior dedicados al tema, no hemos conseguido mejorar la cobertura de un 2% en la capital.

2.º Asumir la Planificación Familiar por todos los niveles de la organización sanitaria.

La segunda modalidad, asumiendo esta actividad todos los profesionales sanitarios a quienes corresponde, es la que, sin que desde la administración se tenga conocimiento del volumen de actividades, pragmáticamente se viene aplicando, y es la de que la mujer que necesita Planificación Familiar acude al profesional sanitario que le corresponde, o si éste le niega tal tipo de asistencia acude al que ella cree le va a solucionar el problema con lo que la tarea aparece repartida entre los cerca de 600 profesionales (médicos generales, toco-ginecólogos y pediatras) que trabajan en el nivel primario y en el secundario. Esta última modalidad, cuya cobertura no podemos evaluar por no conocer las cifras, es la que resulta más correcta para poder atender con mayor racionalidad y eficiencia la demanda que la mujer en edad fértil produzca.

Para aclarar esta forma organizativa, podemos realizar la siguiente estimación:

— Supongamos un profesional sanitario del nivel primario al que se ha asignado la atención sanitaria de 2.000 personas. De éstas, las mujeres comprendidas entre 15 a 45 años serán aproximadamente unas 400 en una población media, ni muy joven ni muy vieja.

Suponiendo que la demanda de la tarea de Planificación Familiar sea un 80% de estas mujeres, se producirían 320 primeras consultas. Como el promedio de revisiones es variable, pues la medicación con los anovulatorios orales suele hacerse cada seis meses, mientras que para controlar los dispositivos intrauterinos suele recomendarse cada 2 años, podíamos establecer un promedio de una visita al año, con lo que prácticamente quedaría la cifra de 320 como el número de actos médicos de Planificación Familiar/año a realizar por cada profesional sanitario del primer nivel. Es decir, una consulta de Planificación Familiar por día. Si estimamos en 10 minutos el tiempo promedio de la visita, supondría 10 minutos al día, o 53

horas al año.

Con ello, se deduce que:

- no resulta una sobrecarga asistencial de los profesionales.
- abaratamos costes.
- acercamos el recurso al usuario.
- el mismo médico que atiende los restantes problemas de salud de esas mujeres, atiende éste.
- podremos realizar, a la vez, la cobertura total de la demanda estimada.

Todos los métodos de Planificación Familiar, anticonceptivos hormonales, anticonceptivos mecánicos, y entre ellos los dispositivos intrauterinos, gozan de una sencillez técnica, que todos los profesionales sanitarios del primer nivel pueden prescribirlos o aplicarlos con un simple cursillo de adiestramiento.

Quedarían sólo los casos complejos, para el nivel comarcal.

Por todo ello, la organización sanitaria debe decidirse por esta última modalidad, realizando los cursillos de formación del personal sanitario.

EL TIPO DE HOSPITAL, PÚBLICO/PRIVADO, COMO VARIABLE EN EL CONSUMO DE ASISTENCIA HOSPITALARIA (I): DIFERENCIAS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA, GRADO DE UTILIZACIÓN Y FORMA DE PAGO DE LA ASISTENCIA EN 10 HOSPITALES DE MURCIA

PEDRO J. SATURNO HERNÁNDEZ

Cátedra de Higiene y Sanidad
Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Basado en la Comunicación del mismo título presentada en la II Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (Valladolid, Nov. 1981)

I. INTRODUCCION

La demanda satisfecha de asistencia hospitalaria, el consumo en definitiva que se realiza de tal asistencia por parte de la comunidad, viene condicionada en su conjunto y a grandes rasgos por una serie de factores en general bien identificados (morbilidad, actitudes de médicos y población, características demográficas, distribución espacial y función asistencial de los recursos sanitarios, forma de pago de la asistencia, etc.), únicamente sometidos a discusión en cuanto a: 1. la intensidad con que se manifiesta su influencia en cada caso (1), y 2. en cuanto a la medida con que pueden ser señalados aisladamente como «factores modificables» en beneficio de una asistencia u organización de la asistencia más racional y positiva para el estado de salud de la población.

En realidad el primero de los campos de discusión apuntados, intensidad de la influencia de cada factor, ha de ser en lógica objeto de análisis previamente a la consideración del segundo (posibilidad y probable repercusión de acciones sobre

ellos). Cuando menos, le es indispensable. Por ello lo hemos venido utilizando como objetivo de fondo en nuestros trabajos de acercamiento al estudio de la asistencia hospitalaria en nuestro espacio geográfico (2, 3, 4). En esta línea situamos el análisis de las características que reviste la demanda satisfecha de hospitalización en cada uno de los tipos de hospital que componen la organización de la asistencia hospitalaria en nuestro medio, y la posible *conformación* de dicha demanda a esa forma concreta de organización.

La hipótesis de partida, asumida la idea ya apuntada de que una u otra forma de organización institucional modela perfiles de consumo diferentes, es la existencia de un reparto neto del tipo de pacientes y morbilidad a atender en cada tipo de centro que es consecuencia de unos presupuestos de funcionamiento muy distintos entre sí, y no precisamente ligados a una regionalización o jerarquización de los hospitales. Presupuestos como la existencia o no de necesidad de beneficio, que distingue a un hospital privado de uno público y, a nivel de sector público, la diferencia que

puede haber entre los distintos tipos de centro que prevee la vigente (¿hasta cuándo?) organización sanitaria española. Por ejemplo, el centro de la Seguridad Social por un lado y el encargado de la asistencia benéfica —formalmente excluida de las competencias de un centro del seguro, y actualmente de más bien pequeña importancia cuantitativa (4)— por otro. Todo ello con el fondo de una población mayoritariamente adscrita a la Seguridad Social, que va a determinar una obligada *dependencia* —tanto de centros privados como benéficos— de la demanda hospitalaria que se genere entre los enfermos del seguro.

El sentido de la redistribución del tipo de paciente y la función asistencial que corresponde a cada hospital lo queremos evidenciar a través del análisis de dos tipos de variables: En primer lugar aquellas que nos midan y relacionen el grado de utilización hospitalaria y su distribución espacial, y la estructuración de la responsabilidad financiera de la asistencia prestada (Área de influencia, Porcentajes de Frecuentación, Tasas de Atracción, y forma de pago a que se adscriben los pacientes en cada centro). El segundo grupo de variables son las que nos cuantifiquen el perfil asistencial. Básicamente la morbilidad atendida, distribución etaria de los pacientes, consumo de estancias y proporción de ingresos quirúrgicos.

Ambos enfoques, si bien diferentes e independientes, son absolutamente complementarios, por lo que los hemos estructurado como dos partes de un mismo tema general, constituyendo el presente escrito la primera de ellas.

II. MATERIAL Y METODO

La base de nuestro estudio de la asistencia hospitalaria en Murcia es una muestra aleatoria de 5.149 casos escogidos de entre los ingresados en un mismo año (1977) en los hospitales del Sector de Murcia. La muestra supone algo más del 10% de todos los ingresos habidos en el año, y fue recogida en cada hospital en número proporcional al total de sus ingresos respectivos en ese mismo año. El número de casos es mayor que el previamente calculado como necesario para el estudio de características presentes con una frecuencia del 1%, con un intervalo de confianza de $\pm 0,3\%$ para $p < 0,05$.

Los centros estudiados incluyen la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social, el Hospital Provincial de la Diputación, el Hospital de la Cruz Roja en Murcia, seis clínicas privadas (cuatro con asistencia maternal y dos sin ella) y un pequeño centro benéfico-religioso.

Las fuentes de datos han variado según las posibilidades de cada centro, habiendo utilizado conjunta o alternativamente las fichas de ingreso y alta, Libros de Registro de ingresos, y las Historias Clínicas. Si bien los datos recogidos han sido

los mismos en cada caso, interesándonos para el presente trabajo la procedencia comarcal de los ingresos, en total y en función de cada hospital, y la forma de pago de la asistencia. Con estos datos y los referentes al número de habitantes según Padrón del mismo año, establecemos el área de influencia de los hospitales y realizamos los cálculos de la Frecuentación Hospitalaria por comarcas, los porcentajes de Frecuentación y las correspondientes tasas de atracción, así como las proporciones de pacientes a cargo de Seg. Soc., compañías de seguros o Mutualidades, beneficencia pública y privados, según el tipo de centro, distinguiendo entre hospital de la Seg. Soc., Provincial (Diputación), privados (conjuntamente) y Cruz Roja.

Los resultados obtenidos son sometidos a análisis de significación estadística para establecer con más seguridad las características diferenciadoras y poder llegar a conclusiones estadísticamente válidas.

III. RESULTADOS

1. Área de influencia de cada tipo de hospital: La mayor «comarcalidad» de los centros privados

El área de procedencia geográfica de los pacientes que ingresan en cada uno de los tipos de centro considerados es semejante en cuanto a su extensión absoluta y multiplicidad comarcal, abarcando a toda la provincia y también de forma algo relevante a ciertas zonas de las provincias limítrofes (sobre todo la de Alicante). Sin embargo son muy remarcables las diferencias en las proporciones que corresponden a cada zona según el tipo de hospital y en relación a los valores esperados según el reparto por comarcas de la totalidad de los ingresos (ver Tabla I).

En concreto, la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social que en teoría debería recibir pacientes en proporciones concordantes con las respectivas Frecuentaciones de su Sector de cobertura directa (Murcia, Molina, Cieza, Caravaca, Mula y Yecla-Jumilla), recibe en realidad una proporción significativamente *menor* de pacientes de la propia comarca (Murcia) en la que está ubicada ($p < 0,01$) y de la de Caravaca ($p < 0,001$), mientras que las proporciones para el resto de comarcas del sector son compatibles con el valor esperado o superiores a éste (ver Gráfico 1). Característica común a las dos únicas comarcas del Sector de asistencia hospitalaria directamente subsidiaria del centro regional que tienen proporciones de ingresos en aquél significativamente por debajo de los esperados (Murcia, Caravaca) es la existencia en ellas de centros de hospitalización privados.

Precisamente la distribución geográfica de los pacientes que ingresan en los hospitales privados se muestra como *complementaria* a la observada

T A B L A I

AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DEL SECTOR DE MURCIA. DISTRIBUCION COMARCAL

	C. Sanitaria Seg. Social		Hospital Provincial		Clínicas Privadas Murcia ciudad		Clínica Privada Alcantarilla		Clínica Privada Caravaca		Hospital Cruz Roja		Hospital Real Piedad Cehegín		T O T A L
	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S	n.º (%) S		
C. MURCIA	1627 (58,8) - (3)	334 (62,8) =	899 (70,3) + (4)	157 (68,3) + (1)	0	161 (72,8) + (4)	3178 (61,7)								
C. MOLINA	356 (12,9) + (4)	41 (7,7) - (1)	89 (6,9) - (4)	32 (13,9) = (1)	0	23 (10,4) = (1)	541 (10,5)								
C. CIEZA	198 (7,2) + (3)	9 (1,7) - (4)	71 (5,5) = (1)	9 (3,9) = (1)	0	8 (3,6) - (1)	295 (5,7)								
C. CARAVACA	121 (4,4) - (4)	32 (6,-) = (1)	55 (4,3) - (3)	1 (0,4) = (4)	91 (95,8) + (4)	5 (2,3) - (2)	329 (6,4)								
C. YECLA-JUMILLA	90 (3,2) + (2)	16 (3,-) = (1)	24 (1,9) = (1)	4 (1,7) = (1)	0	6 (2,7) = (1)	140 (2,7)								
C. MULA	68 (2,5) = (1)	6 (1,1) = (1)	26 (2,-) = (1)	9 (3,9) = (1)	0	1 (0,4) = (1)	110 (2,1)								
C. CARTAGENA	92 (3,3) = (1)	25 (4,7) = (1)	59 (4,6) + (1)	8 (3,5) = (1)	0	5 (2,3) = (1)	189 (3,7)								
C. LORCA	106 (3,8) + (3)	26 (4,9) + (2)	19 (1,5) - (3)	1 (0,4) - (1)	0	5 (2,3) = (1)	157 (3,-)								
PROV. LIMITROFES	56 (2,-) = (1)	15 (2,8) = (1)	34 (2,7) = (1)	7 (3,-) - (1)	0	5 (2,3) = (1)	117 (2,3)								
NO CONSTA Y OTROS	53 (1,9) = (1)	28 (5,3) + (4)	3 (0,2) - (4)	2 (0,9) = (1)	4 (4,2) = (1)	2 (0,9) = (1)	93 (1,8)								
TOTAL MUESTRA	2767 (100)	532 (100)	1279 (100)	230 (100)	95 (100)	221 (100)	5149 (100)								

S: Significación estadística.

+ : Porcentaje significativamente mayor que el esperado.

- : Porcentaje significativamente menor que el esperado.

= : Porcentaje compatible con el esperado, para $p < 0,05$.

(1): $p < 0,05$; (2): $p < 0,02$; (3): $p < 0,01$; (4): $p < 0,001$.

para el centro de la Seguridad Social (ver Gráfico 1). Así, alcanzan significación estadística las mayores proporciones de ingresos procedentes precisamente de la comarca en que están ubicados: Murcia (70,3% de los ingresos en las clínicas privadas de la capital) y Caravaca (95,8% de los ingresos en el centro ubicado allí procedían de la propia comarca). Esta mayor concentración relativa del área de influencia de los hospitales privados en torno a su ubicación se manifiesta igualmente para la Clínica S. José en Alcantarilla, municipio geográficamente excéntrico en la comarca de Murcia, situación que condiciona porcentajes relativamente mayores de pacientes residentes en la propia comarca y también para las dos inmediatamente colindantes (Mula, Molina). En estas dos últimas los valores no llegan a tener significación estadística en la muestra estudiada, a pesar de suponer una tendencia que curiosamente no se repite en ninguna otra comarca de la provincia. La falta de significación es probable que se vea influida, aparte de por lo reducido de la submuestra que supone esta clínica, por la reproducción a nivel de municipio del fenómeno que venimos exponiendo: puede ser importante la influencia de este centro sobre los municipios más cercanos (Mula, Torres de Cotillas) y no sobre el resto de los que componen las dos comarcas.

Las características del área de influencia del Hospital Provincial son intermedias entre las de los centros privados y el de la Seg. Soc., más *uniforme* que la de cualquier otro tipo de centro, presenta valores para la comarca en que está ubicado que si bien no son significativamente mayores que los esperados (como en el caso de los privados), tampoco están por debajo de ellos (como en el caso de la Ciudad Sanitaria), a la vez que para el resto del sector no hay grandes variaciones en general. Las que existen con significación estadística son del signo similar a las de los hospitales privados, es decir, en el sentido de menores porcentajes que los esperados en beneficio del más importante encontrado para la comarca de Murcia. Ello sugiere la existencia de características y presupuestos de funcionamiento peculiares, o equiparables *en parte* del modelo de hospital privado y *en parte* al de hospital público de ámbito provincial. A destacar también la significación de pacientes sin domicilio fijo (ambulantes, vagabundos), sin especificar y de otras procedencias, en relación seguramente con su carácter de hospital de beneficencia.

El área de influencia del hospital de la Cruz Roja es superponible a la de los centros privados de la capital, con acentuación de su «comarcalidad», es decir, de la proporción de pacientes que residen en la propia comarca de ubicación del centro.

Finalmente, y en lo relativo a los ingresos que provienen de los otros dos Sectores de la provincia con infraestructura hospitalaria propia (Lorca y

Cartagena) nos encontramos con una diferencia significativa entre ambos y es el hecho de que los pacientes del Sector de Lorca, más lejano, deprimido socioeconómicamente (5) y peor dotado sanitariamente (6) vienen sobre todo a los centros públicos (Ciudad Sanitaria, $p < 0,01$, y H. Provincial, $p < 0,001$) como corresponde al rango provincial de ambos. Contrariamente, entre los pacientes que provienen del Sector de Cartagena, si bien se hospitalizan en proporciones compatibles estadísticamente con las esperadas en los centros públicos, adquiere significación ($p < 0,05$) un porcentaje mayor que el esperado para el área de influencia de los centros privados de Murcia capital.

2. Porcentajes de Frecuentación y Tasas de Atracción comarcales de cada tipo de centro: La importancia incuestionable de la hospitalización en centros privados, coincidente con muy bajos parámetros de utilización para el Hospital Provincial y un centro de la Seguridad Social que sólo cubre poco más de la mitad de las hospitalizaciones.

El cálculo de los dos parámetros indicadores de la mayor o menor utilización cuantitativa por parte de la población de los hospitales individualmente considerados (el porcentaje de Frecuentación que del total existente a nivel de Sector y comarca corresponde a cada centro, y de la subsiguiente tasa de atracción hospitalaria), nos completa la información sobre las características y el sentido de las áreas de influencia respectivas. Por otra parte, la comparación de estos datos con los que cabría esperar en relación al número de camas de cada tipo de hospital, en la hipótesis de un reparto proporcional a éstas de la Frecuentación Hospitalaria con *independencia* del tipo de centro, nos va a indicar las diferencias e importancia relativa del uso que se hace de las camas públicas y privadas en cada una de las comarcas, base para la reflexión sobre las causas de estas diferencias.

Los resultados, ordenadamente expuestos en las Tablas II y III, nos hacen rechazar de entrada la hipótesis de uniformidad en la utilización de cada tipo de cama u hospital (público/privado) y evidencian la importancia de la hospitalización en centros privados, complementaria o «*adaptada*» en general y en su distribución espacial (ver gráfico 2) a una subutilización o utilización al menos *diferente*, de las camas del sector público.

La Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social, principio y fin de su red asistencial para el Sector de Murcia en el momento de la recogida de datos, y hospital regional para el resto de Sectores, cuyas camas suponen algo más del 50% del total de las existentes en el Sector estudiado, acoge un número de pacientes ligera pero significativamente superior a ese valor, tanto en el total de hospitalizaciones de la muestra como en las que corresponden al Sector de Murcia. En este último existen

marcadas diferencias espaciales reflejadas en porcentajes de frecuentación muy significativamente mayores al esperado según el número de camas (del 62 al 67%, $p < 0,01$ a $0,001$) en aquellas comarcas en las que *no* hay clínicas privadas, coincidiendo por otra parte con tasas comarcales de F. H. por debajo de la media del sector y de la que tiene la comarca de Murcia (ver Tabla III). Los *mayores* Porcentajes de Frecuentación para el centro de la Seg. Soc. en las comarcas de *menor* F. H., hace que las tasas de atracción resultantes (tasa de atracción = tasa de F. H. en un centro específico) aunque no homogéneas, no guarden tampoco el mismo orden que para la F. H. en general, acortándose las diferencias entre comarcas (de casi tres veces más alta la cifra de mayor frecuentación sobre la más pequeña, a poco más de la mitad entre los extremos de las tasas de atracción de la Ciudad Sanitaria). En las dos comarcas que cuentan con centros privados de hospitalización, los porcentajes de frecuentación que corresponden al centro de la Seg. Soc. tienen valores sensiblemente menores: compatible con el esperado en el caso de la comarca de Murcia y significativamente inferior en la más lejana de Caravaca ($p < 0,001$), a la que corresponde además la menor tasa de atracción de todas las del Sector (18,2 hospitalizaciones ‰ habitantes).

El Hospital Provincial de la Diputación, segundo centro público de los existentes en el Sector estudiado y de ámbito semejante al de la Seguridad Social, muestra porcentajes de Frecuentación y Tasas de Atracción extraordinariamente bajos, a tenor del 22,8% que suponen sus camas en el total de las existentes en Murcia: todos y cada uno de los Porcentajes de Frec. según comarcas dentro de las del Sector son muy significativamente inferiores a ese valor ($p < 0,001$), igual que para los demás Sectores de la provincia. Las tasas de Atracción son igualmente bajísimas (ver Tabla III). Señalemos que la mayor (9 ‰) corresponde a la comarca en donde está ubicado (Murcia), y lo alejada que está del 20 ‰ que deberá de tener, en el supuesto de una utilización similar al centro de la Seg. Soc. y proporcionalmente a su número de camas.

Muy destacable, pero en sentido opuesto, son las cifras de utilización de las clínicas privadas. En cuanto a número de camas suponen poco más del 20% de las del Sector, pero los Porcentajes de Frecuentación que le corresponden en las distintas comarcas son en su mayoría significativamente superiores, y sólo en algún caso iguales a este valor. Nunca significativamente menores, a pesar de lo bajo de la F. H. de algunas de ellas, siendo el Porcentaje de Frecuentación en el total del Sector para los centros privados de 31,9%. Los valores máximos son naturalmente para las comarcas en que están ubicados: la hospitalización privada cubre la tercera parte de los ingresos en la comarca de Murcia (y es a expensas de ello que tiene esta

comarca la mayor F. H. del Sector), y casi el 45% de la de Caravaca. Con ello, las Tasas de Atracción, aunque especialmente importantes para las comarcas de su entorno (recordemos que ocurre exactamente al contrario para el hospital de la Seg. Soc.), no son desdeñables para el resto en relación a sus respectivas cifras totales de F. H. (ver Gráfico 2), con la única excepción quizás de la más alejada de la capital (Yecla-Jumilla).

La distribución espacial de los parámetros de utilización del Hospital de la Cruz Roja es semejante en lo esencial a la de las clínicas privadas: Porcentaje de Frecuentación y Tasa de Atracción por encima de lo que le correspondería a su número de camas para todos los ingresos del Sector en general ($p < 0,001$), y muy especialmente para la comarca en donde está ubicado. Sólo un porcentaje significativamente inferior: el correspondiente a la comarca de Caravaca, seguramente por la presencia allí de una clínica privada, rival para la captación de pacientes en cuanto a que el Hospital de la Cruz Roja se viene asemejando en sus parámetros al modelo de hospital privado, y este tipo de hospital hemos visto que ingresa fundamentalmente pacientes de su propia comarca.

El pequeño centro de beneficencia privada muestra un área de influencia casi exclusivamente reducida a su propia comarca.

3. Forma de pago de la asistencia según tipo de centro: La asistencia pública en centros privados.

La Seguridad Social es con mucho la responsable financiera de los ingresos en hospitales privados, en el de la Cruz Roja, y también de una parte importante de los del Hospital Provincial, además, naturalmente, de los efectuados en su propio centro. En este último, los pacientes del seguro constituyen el 95% de todos los ingresos, repartiéndose el restante 5% entre compañías de seguros, mutualidades y privados. Sin embargo estas cifras no son privativas de la Ciudad Sanitaria, resultando parecida la proporción de ingresos a cargo de la Seguridad Social en las clínicas médico-quirúrgicas privadas sin asistencia maternal (ver Tabla IV, Gráfico 3). En los centros privados con asistencia tocológica, la proporción de asistencia a cargo de la Seguridad Social es inferior, aunque con algo más del 60% sigue siendo la fuente de ingresos más importante. La existencia de asistencia tocoginecológica ha de influir decisivamente en la cifra de en torno a un 25% de pacientes con pago directo de la asistencia que encontramos en este tipo de hospitales.

El Hospital Provincial recibe pago de la Seguridad Social en un 30% de los casos ingresados, y de compañías de seguro o Mutualidades en más del 15%. Con cargo a Beneficencia, asistencia de la que está formalmente encargado, ingresan poco más del 40% de los pacientes. Señalemos la existencia de un 5,6% de pacientes privados y los

TABLA I I

AREA DE INFLUENCIA HOSPITALES SECTOR DE MURCIA. PORCENTAJES DE FRECUENTACIÓN SEGÚN TIPO DE CENTRO

	C. Sanitaria Seg. Social	Hospital Provincial	Clínicas Privadas	Hospital Cruz Roja	Benef. Privada	TOTAL
	S	S	S	S	S	S
C. Murcia	51,2 =	10,5 —(3)	33,2 +(3)	5,1 +(3)	0,03 —(3)	100
C. Molina	65,8 +(3)	7,6 —(3)	22,4 =	4,2 =	—	100
C. Cieza	67,1 +(3)	3,- —(3)	27,1 +(1)	2,7 =	—	100
C. Caravaca	36,8 —(3)	9,7 —(3)	44,7 +(3)	1,5 —(1)	7,3 +(3)	100
C. Yecla-Jumilla	64,3 +(2)	11,4 —(3)	20,- =	4,3 =	—	100
C. Mula	61,8 +(1)	5,4 —(3)	31,8 +(1)	0,9 =	—	100
TOTAL SECTOR MURCIA	53,6 +(2)	9,5 —(3)	31,9 +(3)	4,4 +(3)	0,5 —(3)	100
C. (Sector) Cartagena	48,7 =	13,2 —(3)	35,4 +(3)	2,6 =	—	100
C. (Sector) Lorca	67,5 +(2)	16,6 —(1)	12,7 —(3)	3,2 =	—	100
Prov. limítrofes	47,9 =	12,8 —(2)	35,- +(2)	4,3 =	—	100
Otras N. C.	57,- =	30,1 =	9,7 —(3)	2,1 =	—	100
TOTAL	53,7 +(3)	10,3 —(3)	31,1 +(3)	4,3 +(3)	0,5 —(3)	100
% Camas que representa	51,3	22,8	21,5	3,1	1,3	100

S: Significación estadística en relación al porcentaje esperado según n.º de camas.

= : Valor compatible con el esperado, para $p < 0,09$.

—: Valor significativamente menor que el esperado.

+: Valor significativamente mayor que el esperado.

(1): $p < 0,05$.

(2): $p < 0,01$.

(3): $p < 0,001$.

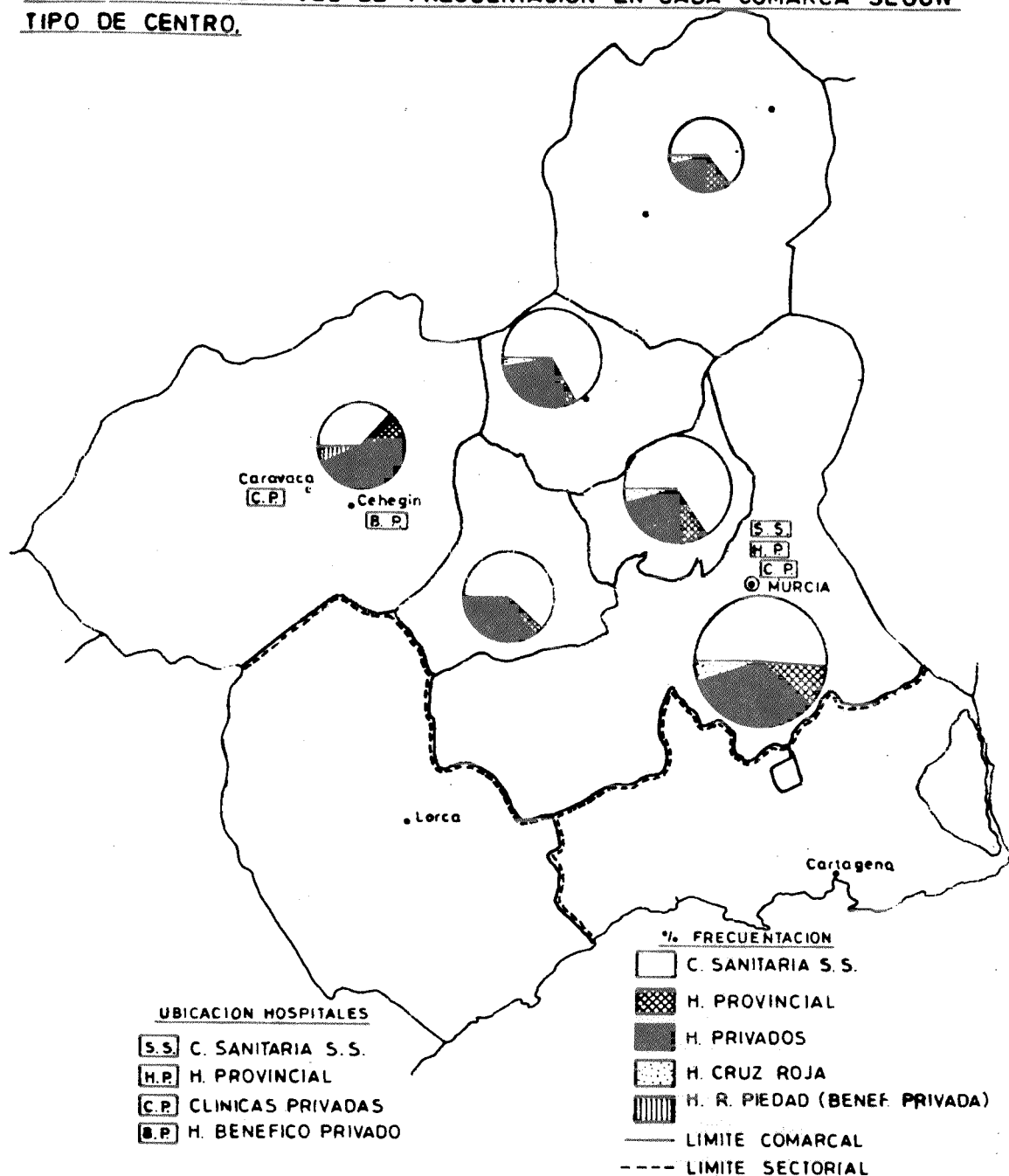
TABLA I I I

AREA DE INFLUENCIA HOSPITALES SECTOR DE MURCIA. TASAS DE ATRACCION (% HAB.) DE CADA TIPO DE CENTRO

	C. Sanitaria Seg. Social	Hospital Provincial	Clínicas Privadas	Hospital Cruz Roja	Benef. Privada	TOTAL F. H.
C. Murcia	45,2 (45,2)	9,- (20,1)	29,3 (19,-)	4,5 (2,7)	0,03 (1,1)	88,2
C. Molina	47,- (36,6)	5,4 (16,3)	16,- (15,3)	3,- (2,2)	—	71,4
C. Cieza	39,5 (30,2)	1,8 (13,4)	16,- (12,7)	1,6 (1,8)	—	58,9
C. Caravaca	18,2 (25,4)	4,8 (11,3)	22,1 (10,6)	0,7 (1,5)	3,6 (0,6)	49,5
C. Yecla-Jumilla	19,3 (15,4)	3,4 (6,8)	6,- (6,4)	1,3 (0,9)	—	30,-
C. Mula	29,- (24,1)	2,5 (10,7)	14,9 (10,1)	0,4 (1,5)	—	47,-
TOTAL SECTOR MURCIA	39,4 (37,7)	7,- (16,8)	23,4 (15,8)	3,2 (2,3)	0,4 (1,-)	73,5
C. (Sector) Cartagena	3,8 (4,-)	1,- (1,8)	2,8 (1,7)	0,2 (0,2)	—	7,8
C. (Sector) Lorca	9,- (6,8)	2,2 (3,-)	1,7 (2,9)	0,4 (0,4)	—	13,3

(): Tasa de atracción esperada según n.º de causas de cada tipo de Centro, en la hipótesis de reparto uniforme de la Frecuentación en los diversos hospitales independientemente del tipo de Centro y asistencia.

GRAFICO 2
DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA FRECUENTACION HOSPITALARIA EN EL SECTOR DE MURCIA. PORCENTAJES DE FRECUENTACION EN CADA COMARCA SEGUN TIPO DE CENTRO.



ingresos de militares que —al igual que los benéficos— se efectúan casi exclusivamente en este hospital.

Los ingresos en el Hospital de la Cruz Roja, como en el caso de los privados con asistencia maternal, son mayoritariamente a cargo de la Seguridad Social, con una proporción importante de privados (23,5%) y de pacientes de compañías libres de seguro (14%). Los ingresos de beneficencia total o parcial son en cambio casi irrelevantes (0,9%), en contra de lo que cabría pensar a priori dado el carácter teóricamente no lucrativo y humanitario que tiene esta institución en otro tipo de actividades.

Señalemos finalmente que el 100% de la muestra de ingresos recogidos de entre los habidos en el pequeño centro benéfico-religioso de Cehegín es a cargo de la Seguridad Social.

IV. COMENTARIOS

1. Area de influencia y parámetros de utilización por comarcas: El perfecto y curiosos acoplamiento de públicos y privados.

Los índices de utilización por parte de la población de un hospital concreto se han venido relacionando normalmente en textos y publicaciones en nuestro país con características como la reputación del hospital; la existencia o no de la función de enseñanza (los médicos formados en el hospital tenderían a enviar pacientes al mismo), la insuficiencia de hospitales de otros niveles, y el movimiento de la población en el área en que está inserto (7, 8, 9); pero, si bien la influencia de todas estas circunstancias nos puede parecer lógica y son en su mayoría más o menos enmarcables en el principio, que compartimos, de que los factores que *más* influyen sobre el consumo médico de la población son los que condicionan y conducen a una determinada caracterización de la oferta (10) especialmente en el sector hospitalario (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), no han sido, que sepamos, adecuadamente cuantificadas entre nosotros. En este sentido, los resultados obtenidos en nuestro estudio nos sugieren que, al margen de otras características individuales del hospital, su utilización está fundamentalmente influenciada en general por la forma concreta de organización y administración de los recursos *en su conjunto*, y la *financiación* de la asistencia. Es sobre esta base y según ella que pueden actuar los factores individuales de cada centro, que se nos muestran así como secundarios.

Con estas premisas podemos entender la distribución según comarcas de las tasas de atracción de los hospitales estudiados y el curioso acoplamiento de las áreas de influencia del centro de la Seguridad Social y de los hospitales privados: En efecto la sectorización geográfica de la asistencia hospitalaria por parte de la Seguridad

Social condiciona definitivamente que la atracción hospitalaria de su centro en el Sector de Murcia sea más intensa para comarcas lejanas como Cieza, Jumilla-Yecla o Caravaca (incluidas en el Sector) que para otras más cercanas como la de Cartagena, perteneciente a otro Sector dotado de recursos hospitalarios propios. Precisamente la mayor atracción relativa ejercida sobre el Sector de Lorca que sobre el de Cartagena, no parece traducir otra cosa que la existencia de diferencias en la dotación y amplitud de cobertura de los recursos existentes en uno y otro, lo cual es cierto (6), corroborando la efectividad de la sectorización asistencial, al margen y por encima del prestigio, la existencia de docencia, el movimiento poblacional o la distancia a que se encuentre el hospital. Por otra parte, sólo una muy concreta política de conciertos con otras entidades, de cesión de funciones a cubrir y de organización de la asistencia de los especialistas de zona, nos puede explicar la importancia de la hospitalización en centros privados, aunque nos sea preciso recurrir a otras variables complementarias para entender por qué esta cesión de funciones y de pacientes es cuantitativamente más importante para las comarcas en que están ubicadas las clínicas privadas, mientras que las tasas de atracción del centro de la Seguridad Social son más homogéneas; otras variables, sin embargo, también *estructurales* y no dependientes de la individualidad de cada hospital, variables como el origen en consulta privada de hospitalizaciones a cargo del sector público en clínicas privadas, la presión de los intereses económicos del grupo sanitario-administrativo de las mismas, el acúmulo de especialistas en la capital (20) que puede conducir a un aumento de la demanda de asistencia, sobre todo por causas menos graves, a satisfacer en gran parte en los centros privados, etc.

Junto a la importancia del uso de los centros privados a la sombra o como complemento del centro de la Seguridad Social, sobresale de los resultados obtenidos otro importante dato que hemos de someter a reflexión: la poca utilización que se hace del hospital de la Diputación. Sus bajísimas cifras de atracción hospitalaria pueden deberse en parte a la considerable proporción de enfermos de beneficencia (aunque no llegan ni a la mitad de los ingresos) entre los que son más frecuentes las estancias largas (4), manteniendo así ocupadas las camas que podrían recibir otros ingresos de rotación más dinámica. También puede influir lo anticuado de parte de sus instalaciones, pero ante el tremendo contraste con los Porcentajes de Frecuentación y Tasas de Atracción de los centros privados, sabiendo que: 1. no están en su mayoría mejor dotados que el Hospital Provincial (21); 2. que suponen todos juntos *menos* camas que el Provincial solo; y, 3. que la mayoría de sus pacientes son a cargo de la Seguridad Social, hemos de ponderar la manifiesta in-

coordinación con el otro centro de hospitalización pública (el de la Seguridad Social) y la influencia de ser un centro que no persigue beneficio y con personal médico fijo, no abierto a todo el que pueda traer pacientes y a los especialistas de zona, como es el caso de los privados. Otra vez son los factores estructurales y administrativos los que mejor explican en nuestra opinión el grado de utilización de un hospital, en este caso el Provincial.

2. Financiación de la asistencia: La Seguridad Social paga, todos (?) se benefician.

Un estudio detallado del proceso de atención nos evidenciaría más inequívocamente la influencia que la financiación de los recursos ejerce sobre los resultados de la atención médica, a partir de un determinado sistema organizativo (22). No obstante el solo conocimiento de la distribución de responsabilidades financieras de la asistencia en cada uno de los posibles centros de hospitalización, y los datos de utilización relativa y de la clase de enfermedades que se atienden, ya nos sugiere el sentido de la relación entre: (a) el origen de la financiación; (b) el tipo de entidad en que se realiza la asistencia; y (c) las características que reviste la atención concreta que ofrece cada hospital, y su repercusión en la comunidad.

Así, sabemos que la Seguridad Social paga la asistencia ofrecida a la mayoría de pacientes que ingresan en clínicas privadas y Hospital de la Cruz Roja, y la tercera parte de los del Hospital Provincial, además de los ingresos en su propio centro. De esta manera, al margen del efecto estimulador de la demanda en los pacientes del seguro, lo lógico es que las administraciones de las clínicas privadas cobren a la Seguridad Social *más* de lo que les cuesta *realmente* la asistencia, dado su consustancial fin lucrativo. Y que tiendan a procurarse *en el mayor número posible* (¿incluso fomentando a través de los médicos demanda de hospitalización no totalmente justificada?) aquel tipo de pacientes que puedan ser atendidos con una mínima utilización de medios y personal, a la vez que intentarán *sobrevalorar* el eventual ofrecimiento de técnicas «sofisticadas» (U.V.I., diálisis, EEG, etc.). Por su parte la Seguridad Social, incapaz hasta ahora de atender con sus propios medios la demanda hospitalaria generada por la población a su cargo, sin una red adecuada de hospitales comarcales (la política de grandes centros, que afortunadamente parece haber tocado a su fin), cede con preferencia el tipo de paciente «fácil». Un tipo de paciente que conviene a las entidades privadas y que es aparentemente oneroso atender en hospitales de rango provincial o regional como el de la Seguridad Social. Queda bien explicitado que esto ocurre así, al analizar las causas de ingreso en cada tipo de hospital (23).

Otro problema, muy relacionado con lo que acabamos de exponer y difícil de evaluar, es la hi-

potética desviación de demanda a los centros privados. La base explicativa de este fenómeno sería la trama de intereses particulares en torno al proceso asistencial, y la eventual coincidencia de responsabilidades e intereses públicos y privados en una misma persona o grupo, con el resultado de una utilización inadecuada de las instalaciones del hospital público.

Mención aparte merece la asistencia con cargo a beneficencia, casi exclusivamente reducida al 40% de los ingresos del Provincial. Hospital que se beneficia a su vez de ingresos de la Seguridad Social y de compañías de seguros, como cualquier hospital privado. Ya hemos explicado cómo esta circunstancia puede contribuir a explicar la caracterización de su área de influencia, intermedia entre la del centro de la Seguridad Social (componente de hospital público provincial) y la de los privados (mayor importancia de los ingresos de su propia comarca).

V. CONCLUSIONES

1. El área de influencia de los hospitales públicos y privados del Sector de Murcia es similar en cuanto a su extensión, aunque muy diferente en cuanto a su intensidad relativa, resultando más concentrada en torno a la comarca de su ubicación para los hospitales privados.

2. A pesar de la mayor comarcalidad del área de influencia de los centros privados, las tasas de atracción en cada una de las comarcas del Sector nos ponen de manifiesto la gran importancia relativa de la hospitalización en clínicas privadas para *todas ellas* (en torno al 30% de los ingresos, como media), produciéndose un curioso acoplamiento en la distribución espacial de la atracción del hospital de la Seguridad Social y la de las clínicas privadas, que evolucionan la una de forma inversa a la otra. Ello determina que los valores de atracción hospitalaria para el centro de la Seguridad Social sean, en relación a la frecuentación comarcal, proporcionalmente más bajos que para cualquier otra del Sector en aquellas comarcas en donde existen centros privados. Es especialmente llamativo el caso de la comarca de Murcia por ser en ella en donde está ubicado el propio centro de la Seguridad Social.

3. El Hospital Provincial, muestra unos Porcentajes de Frecuentación y consiguientes Tasas de Atracción excepcionalmente bajos en todo el Sector. Hecho que atribuimos no sólo a un funcionamiento diferente (Beneficencia, estancias más largas) sino también a un cierto grado de subutilización.

4. La Seguridad Social financia, aparte de su propio centro, más del 60% de las hospitalizaciones en las clínicas privadas (en algunas cerca del 100%), Hospital de la Cruz Roja, y un 30% de las del Hospital Provincial. Sus decisiones y política concreta han de determinar así la caracterización de la asistencia hospitalaria en la zona estudiada.

T A B L A I V

FORMA DE PAGO DE LA ASISTENCIA SEGÚN TIPO DE CENTRO

	Ciudad Sanitaria		Hospital Provincial		Clínicas Privadas con Asist. Maternal*		Clínicas Privadas sin Asist. Maternal		TOTAL clínicas privadas		Hospital Cruz Roja		TOTAL Benefic. Privada		TOTAL muestra	
	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S
Seguridad Social	2633 (95,2)	+ (4)	160 (30,1)	— (4)	401 (60,9)	— (4)	168 (93,8)	+ (4)	569 (68,7)	— (4)	134 (60,6)	— (4)	25 (100)	+ (4)	3521 (80,3)	
Compañías y Mutuas	90 (3,2)	— (4)	88 (16,5)	+ (4)	93 (14,1)	+ (4)	4 (2,3)	— (2)	97 (11,6)	+ (4)	31 (14,7)	+ (4)	0		306 (7,7)	
Beneficencia	0	— (4)	225 (42,3)	+ (4)	0	— (4)	0	— (3)	0	— (4)	2 (0,9)	— (3)	0		227 (5,2)	
Privados	41 (1,5)	— (4)	30 (5,6)	=	163 (24,8)	+ (4)	0	— (4)	163 (19,5)	+ (4)	52 (23,5)	+ (4)	0		286 (6,5)	
Militares	0	— (4)	25 (4,7)	+ (4)	0		0	=	0		0		0		25 (0,6)	
No consta y otros	3 (0,1)		4 (0,7)		1 (0,1)		7 (3,9)		8 (0,9)		2 (0,9)		0		17 (0,4)	
TOTAL MUESTRA	2767 (100)		532 (100)		658 (100)		179 (100)		837 (100)		221 (100)		25 (100)		4382* (100)	

* : Exceptuando clínicas Virgen de la Vega y Santa Cruz, de cuyos ingresos (767 en la muestra) no pudimos saber la forma de pago.

S: Significación estadística:

+ : Porcentaje significativamente mayor que el esperado.

— : Porcentaje significativamente menor que el esperado.

= : Porcentaje compatible con el esperado, para $p < 0,05$.

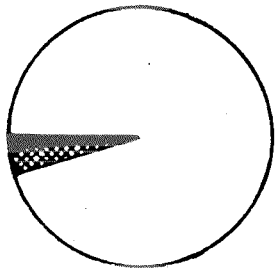
(2): $p < 0,02$.

(3): $p < 0,01$.

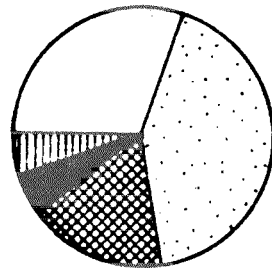
(4): $p < 0,001$.

GRAFICO 3

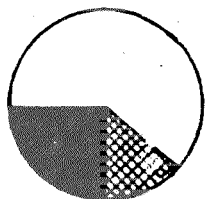
FORMA DE PAGO DE LA ASISTENCIA SEGUN TIPO DE CENTRO



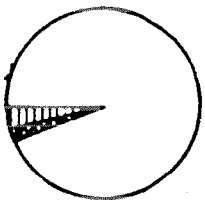
C. SANITARIA S.S.



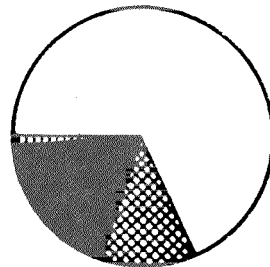
H. PROVINCIAL



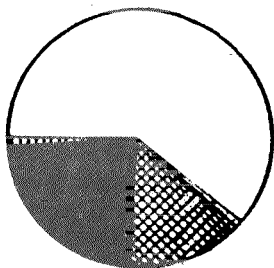
H. PRIVADOS CON
ASIST. MATERNAL



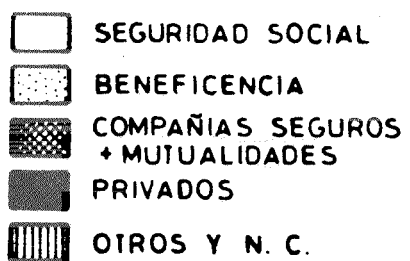
H. PRIVADOS SIN
ASIST. MATERNAL



TOTAL H. PRIVADOS



H. CRUZ ROJA



5. En las clínicas privadas y Hospital Provincial son proporcionalmente más importantes los ingresos de compañías de seguros y los privados que en el centro de la Seguridad Social; la asistencia hospitalaria de beneficencia se reduce casi exclusivamente al 40% de los ingresos del Provincial.

6. La razón última que determina la utilización de cada tipo de hospital, con la base de una determinada forma de pago de la asistencia, la vemos unida a la concreta *organización, administración y financiación de los recursos* (sectorización de la asistencia de la Seguridad Social, incoordinación de centros públicos, política de concertos...) y las formas posibles del *proceso de atención* (estructuración de la asistencia quirúrgica de zona de la Seguridad Social, contando casi exclusivamente con los centros privados, acúmulo de especialistas en la capital, origen en consulta privada de hospitalizaciones en clínicas privadas pero con cargo al sector público...) más que a las características individuales de cada tipo de centro.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. LLEWELYN-DAVIES, R.; MACAULAY, H. M. C.: *Planificación y administración de hospitales*, O. M. S., Monografía n.º 54, Ginebra (1970), págs. 26-30.

2. SATURNO, P. J.; MARSET, P.: Necesidad y demanda de hospitalización: Influencia de la localización de los recursos y el tamaño poblacional en la utilización de los servicios hospitalarios. Estudio de la distribución espacial de la Frecuentación Hospitalaria en 32 municipios de Murcia. *I Jornadas de Economía de la Salud* (Barcelona, Dic. 1980), Ed. Col. Economistas de Cataluña, Barcelona, 1981, págs. 91-108.

3. SATURNO, P. J.: Mortalidad de los ingresos hospitalarios (I): Variabilidad según edad, estancias causadas y tipo de centro, en 10 hospitales de Murcia. Y (II): Causas que motivaron el ingreso, su relación con las causas de muerte en la población y distribución espacial de los pacientes. Un acercamiento a la utilización y funcionamiento del hospital en casos de riesgo vital. Comunicaciones presentadas en el *II Reunión de la Soc. Esp. de Epidemiología*, Valladolid, Nov. 1981.

4. SATURNO, P. J.: El consumo de asistencia hospitalaria según la forma de pago: resultados en el estudio de una muestra aleatoria de 4.365 pacientes ingresados en ocho hospitales de Murcia. *II Jornadas de Economía de la Salud. Economía de la Política Sanitaria* (Bilbao, Dic. 1981), Ed. Gobierno Vasco, Bilbao, 1982, págs. 147-178.

5. BEL, C.: *Estructura y dinámica reciente de la población murciana*. Resumen de Tesis Doctoral, Sec. de Publicaciones Univ. de Murcia, 1981.

6. *Mapa sanitario de la provincia de Murcia. Memoria*, Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Murcia, 1979.

7. PARDELL, H.: *Estudio de la dotación hospitalaria española*. Tesis Doctoral, Fac. de Med. de la Univ. Autónoma de Barcelona, 1973, pág. 58.

8. SERIGO, S.: *Métodos de estudio de la función hospitalaria*. Publicación n.º 84 de la Sec. de Hosp. de la D. G. de Sanidad, Madrid.

9. TRINCADO, P.; PIEDROLA, G.: Hospitales. En PUMAROLA, A., e.a.: *Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental*, tomo I, cap. 7, págs. 131-148, Ed. Amaro, Madrid; 1975.

10. SAN MARTIN, H.: *Salud y enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, 4.ª ed., México, 1981, págs. 850-51.

11. ANDERSON, J. G.: Demographic factors affecting Health Services utilization: A causal model. *Medical Care*, 2, págs. 104-120, 1973.

12. EVANS, R. G.: Supplier-induced demand: Some empirical evidence and its implications. En PERLMAN, M. (ed.): *The Economics of Health and Medical Care*, 1974, págs. 162-173.

13. FELDSTEIN, M. S.: Effects of differences in hospital bed scarcity on type of use. *British Med. J.*, Ag. 1964, págs. 561-566.

14. FELDSTEIN, M. S.: Hospital care and the demand for care. *Bull. of the Oxford Univ. Inst. of Economics and Statistics*, 4, págs. 361-368, 1964.

15. FRIEDMAN, B.: A test of alternative demand-shift responses to the Medicare Programme. En: PERLMAN, M.: *The Economics of Health and Medical Care*, 1974, págs. 234-247.

16. HEWITT, D.; MILNER, J.: Components of the demand for hospital care. *Int. J. of Epidemiology*, 1, págs. 61-68, 1972.

17. NEWELL, D. J.: Problems in estimating the demand for hospital beds. *J. of Chronic Dis.*, 9, págs. 749-759, Sept. 1964.

18. ROEMER, M. I.: Bed supply and hospitalization: a natural experiment. *Hospitals*, Nov. 1961, págs. 35-42.

19. ROEMER, M. I.: Hospital utilization and the supply of physicians. *JAMA*, 10, págs. 989-993, Dic. 1961.

20. SATURNO, P. J.: *La Sanidad en la comarca de la huerta de Murcia. Comentarios a su estructura*, Ed. 23/27, Murcia, 1977, pág. 13.

21. SATURNO, P. J.: *Aspectos estructurales de la Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia*, Tesis de Licenciatura, Fac. de Medicina de Murcia, 1977, págs. 208-228.

22. SONIS, A.; PAGANINI, J. M.: La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención. En: SONIS, S. A., y cols. *Medicina sanitaria y administración de salud*, tomo II, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1978, págs. 261-345.

23. SATURNO, P. J.: El tipo de hospital público/privado, como variable en el análisis del consumo de asistencia hospitalaria (II): Diferencias en la morbilidad atendida y perfil asistencial de los centros públicos y privados en Murcia. Comunicación presentada en la *II Reunión de la Soc. Esp. de Epidemiología*, Valladolid, Nov. 1981.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES PRIMARIAS Y REINFECCIONES POR RUBÉOLA EN MUJERES EMBARAZADAS, por C. Echevarría, M. V. Fernández, J. M. Echevarría y R. Nájera. REV. SAN. HIG. PÚB. (1983), 57, 701-713.

En el presente trabajo exponemos nuestra experiencia sobre los problemas prácticos de diagnóstico que plantea la mujer embarazada que ha tenido contacto con un enfermo de rubéola. Estos problemas, que son similares en la mayoría de los países, son especialmente en aquellos en los que el aborto no es legal y tienen gran relevancia en el campo de la salud pública.

Hemos estudiado un total de 2.783 casos de mujeres embarazadas que han tenido contacto con un enfermo de rubéola. Para ello, hemos realizado en cada caso una historia clínica detallada, analizando por inhibición de la hemaglutinación (IHA) al menos una pareja de sueros, recogidos con dos semanas de diferencia.

De los 2.783 casos estudiados, se seleccionaron 84 casos, que fueron considerados como posibles infecciones por rubéola, por presentar seroconversión en IHA y/o síntomas clínicos compatibles con esta enfermedad. En estos casos, las muestras de suero se fraccionaron por ultracentrifugación en gradientes de sacarosa (CGS) y las fracciones se analizaron por IHA (CGS-IHA), con objeto de detectar la presencia de anticuerpos antirrubéola de la clase IgM y confirmar así el diagnóstico.

Los resultados muestran una correlación directa entre la sintomatología clínica, la seroconversión en IHA y la presencia de IgM específica, encontrándose un porcentaje muy bajo de infecciones primarias asintomáticas.

Asimismo, hemos podido establecer dos grupos de casos que, a nuestro juicio, resultan de gran interés: 1. Casos con sintomatología clínica e IgM específica antirrubéola en los que no se detectó seroconversión, probablemente porque la mujer llegó al laboratorio en un momento tardío, es decir, algunos días después de la aparición de los síntomas. 2. Casos con seroconversión y sin IgM específica a niveles detectables, que se interpretan como reinfecciones y en los que, por tanto, no existiría peligro de malformaciones congénitas. Ambos casos son, sin duda, de interés, ya que plantean la posibilidad de una interpretación errónea de los resultados de IHA. En estos casos es necesaria la determinación de anticuerpos específicos de la clase IgM, que clarifica la situación y orienta el diagnóstico correcto.

INVESTIGACIONES ESPAÑOLAS SOBRE ALCOHOLISMO, por Dr. Joaquín Santo Domingo Carrasco. REV. SAN. HIG. PÚB. (1983), 57, 749-771.

El autor realiza un trabajo de recopilación de trabajos relacionados con el abuso del alcohol y el alcoholismo en España, destacando la importancia del consumo de alcohol como factor de riesgo para la salud.

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA ESCOLAR A LOS ALUMNOS DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA: ANÁLISIS DE SU SITUACIÓN EN ESPAÑA; ASPECTOS CONCEPTUALES Y PEDAGÓGICOS, por R. Trujillo y A. Sierra. REV. SAN. HIG. PÚB. (1983), 57, 803-810.

En el presente trabajo los autores hacen un estudio conceptual y pedagógico de la Medicina escolar. Definen los objetivos de la enseñanza de esta materia para los alumnos de las escuelas universitarias del Magisterio.

Hacen hincapié en la necesidad de su pleno desarrollo en España.

TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN RELACIÓN A LOS TRES PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO (HIPERTENSIÓN, DEPENDENCIA TABÁQUICA Y DIETA), por Pedro Cortina Graus, María del Carmen Saiz Sánchez, Santidán Soriano Marqués, Santiago Muñoz Guillén, Antonio Sabater y Luis Miguel Ibáñez Gadea. REV. SAN. HIG. PÚB. (1983), 57, 783-796.

Se ha estudiado la evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica en España con relación a los tres principales factores de riesgo: hipertensión, dependencia tabáquica y, con mayor detalle, el factor dieta. En cuanto a la hipertensión se considera una necesidad incrementar la realización de programas de detección precoz con un posterior control efectivo, e igualmente, en la dependencia tabáquica la realización de campañas destinadas a evitar la adquisición del hábito tabáquico. En cuanto al factor dieta, estudiado para el periodo 1961-1975, se han especificado los alimentos que son fuente de grasas de origen animal y origen vegetal, encontrando valores promedio que fijan un 75,30 por 100 de consumo de grasas de origen vegetal frente a un 24,40 por 100 de consumo de grasas de origen animal, indicando las conclusiones que se deducen de estos datos.

RIESGO DE CÁNCER Y MUERTE EN RELACION CON EL COLESTEROL SÉRICO: ESTUDIO LONGITUDINAL EN UNA POBLACION DEL ESTE DE FINLANDIA CON NIVEL GENERAL DE COLESTEROL ELEVADO, por Salonen, J. T. AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY (1982), págs. 622-30.

La relación del riesgo y muerte con el colesterol sérico total fue estudiada en una muestra al azar de la población de dos condados del este de Finlandia. Los datos de colesterol sérico se registraron entre febrero y abril de 1972 en 3.745 hombres y 4.221 mujeres de treinta a cincuenta y nueve años de edad que no tenían historia de cáncer, diabetes o enfermedades cardio o cerebrovasculares en los doce meses precedentes. La tasa de participación en la encuesta fue del 92 por 100 en hombres y 94 por 100 en mujeres. Durante seis años, desde el 1 de enero de 1973 al 31 de diciembre de 1978, apareció cáncer en 65 hombres y 78 mujeres en riesgo y en 130 hombres y 52 mujeres murieron por cualquier enfermedad. El riesgo de cáncer no guardó relación con el colesterol

sérico ni en hombres ni en mujeres. En hombres, el riesgo de muerte debida a cualquier enfermedad y a cardiopatía coronaria aumentaba constantemente al aumentar el colesterol sérico desde el nivel de 270 mg/dl (7,0 mmol/litro), mientras que en las mujeres no había asociación entre el colesterol sérico y el riesgo de muerte.

SARAMPiÓN Y RUBÉOLA EN ESTADOS UNIDOS, por Heth Cote, H. W. AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY (1982), págs. 2-12.

Los descensos observados en la incidencia del sarampión en Estados Unidos se han debido tanto al control de brotes como a crecientes fracciones vacunadas. Aunque el control de brotes ha ayudado a reducir la incidencia y la transmisión del sarampión, la erradicación completa y permanente sólo puede obtenerse a través de la inmunidad de rebaño alcanzada por vacunación. Los cálculos anteriores muestran que la fracción de niños vacunados tiene que ser muy elevada durante muchos años para alcanzar inmunidad de rebaño en sarampión. Aunque las actuales tasas de vacunación a nivel nacional son cercanas, no están por encima de los niveles de vacunación que se ha calculado son necesarias para la inmunidad de rebaño y desaparición del sarampión. Por supuesto los números de contactos y los niveles de vacunación no son uniformes en todos los Estados Unidos de manera que algunas ciudades y estados pueden tener ahora inmunidad de rebaño local. En ciudades y estados donde la inmunidad de rebaño es parcialmente difícil de obtener, el programa de dos dosis, que supone una segunda dosis de vacuna de sarampión al entrar en la escuela, puede usarse. Los cálculos muestran que la inmunidad de rebaño para el sarampión es mucho más fácil de alcanzar con la estrategia de las dos dosis. A medida que se alcanza la inmunidad de rebaño local en una comunidad, disminuye la frecuencia de brotes. Cuando se alcanza la inmunidad de rebaño local, el programa de vacunación debe mantenerse indefinidamente con la misma intensidad al menos para prevenir brotes tras casos importados. El sarampión podría continuar a niveles bajos durante muchos años en Estados Unidos antes de que se alcancen la inmunidad.

RIESGOS SANITARIOS DE LA OBESIDAD Y CONTROL DEL PESO EN NIÑOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA, por Mallick, M. J. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH (1983), págs. 78-82.

Una revisión de la literatura sobre los riesgos para la salud de la obesidad y del control del peso en niños indica: 1) las imperfecciones metodológicas tienden a invalidar la suposición de que la obesidad es un factor de riesgo en este grupo de edad; 2) el control del peso por los niños y adolescentes puede causar una variedad de problemas para la salud inclusive retraso del crecimiento, desarrollo, función mental y capacidad reproductiva, y 3) la preocupación por el control del peso en esta sociedad hace probable que los problemas relacionados con la salud derivados del control del peso son fenómenos comunes. Son necesarias más investigaciones sobre las consecuencias a corto y largo plazo de la obesidad y del control del peso antes de que sea posible una práctica clínica clara de este campo.

LA CONTRIBUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN A LA MORTALIDAD EN ESTADOS UNIDOS, por Ing. S. y Manton, K. G. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH (1983), págs. 140-144.

La contribución de la hipertensión a la mortalidad total en Estados Unidos en 1968 y 1979 se establece a través de las tasas de muerte por múltiples causas para todas las menciones de hipertensión y la prevalencia de ésta en el certificado de defunción. Las disminuciones ajustadas por edad en las tasas de muerte por hipertensión fueron 32,8 por 100 para mujeres no blancas, 30,4 por 100 para hombres no blancos, 30,3 por 100 para mujeres blancas y 25,2 por 100 para hombres blancos. Las mayores reducciones fueron para jóvenes no blancos, cerca del 50 por 100, aunque sus tasas fueron dobles que las de los blancos en los dos años. La prevalencia del certificado de defunción también disminuyó para todos los grupos con la mayor (16,5 por 100) para varones no blancos y la menor (10,4 por 100) para varones blancos, que sólo mostraron reducciones en las edades más avanzadas. La trayectoria por edad de la prevalencia del certificado de defunción alcanzó un pico en edades de cincuenta a cincuenta y nueve años para no blancos y a edades de sesenta a setenta y nueve años para blancos, con menos prevalencia a edades más avanzadas. Grandes disminuciones en la contribución de la hipertensión a la mortalidad observada en los datos del certificado de defunción son particularmente notables a la luz de la probabilidad de que haya cualquier sesgo hacia una mejor detección y declaración en los diez años.

CONTROL DURANTE CINCO AÑOS DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y MORTALIDAD TRAS EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES HIPERTENSOS, por Morisky, D. E., y cols. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH (1983), págs. 153-162.

Tres intervenciones de educación sanitaria en pacientes hipertensos urbanos pobres se hicieron consecutivamente en un diseño factorial al azar: 1) una intervención de salida para aumentar la comprensión del régimen prescrito y su cumplimiento: 2) una visita al hogar para estimular a un miembro de la familia para que apoyara el régimen del paciente, y 3) invitaciones a sesiones en grupos pequeños para aumentar la confianza del paciente y su capacidad para afrontar su problema. La evaluación previa de los dos primeros años de experiencia demostró un efecto positivo del programa educativo sobre el cumplimiento del tratamiento médico y el control de la presión sanguínea. Se prestan ahora los datos acumulados en otros tres años, incluido análisis de la mortalidad. El grupo de estudio consistió en la misma cohorte de 400 pacientes hipertensos ambulatorios en los ocho grupos experimentales y control. El análisis de cinco años muestra un efecto positivo continuo sobre el mantenimiento de las citas, el control de peso y el control de la presión arterial. La tasa de mortalidad de tasa de vida por todas las causas fue de 57,3 por 100 menor en el grupo experimental que en el control (12,9/100 frente 30,2/100, $p < 0,05$) mientras que la tasa de mortalidad en relación con la hipertensión fue 53,2 por 100 menor (8,9/100 frente a 19,0/100, $p < 0,01$). Los resultados de este estudio longitudinal proporcionan pruebas que estimulan al medio general a utilizar estos programas educativos en la gestión a largo plazo y el control de la hipertensión sanguínea.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

Dr. D. Francisco Martín Luengo, Catedrático de Microbiología, pronunciará una conferencia titulada «LEISHMANIASIS».

Lugar: Aula de Cultura de la C. A. P.
Hora: 5,30 tarde.
Fecha: 30 de abril, lunes.

CURSO DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PROFESORES DE E.G.B.

**Excmo. Ayuntamiento de Murcia
 Concejalía de Sanidad
 Instituto de Ciencias de la Educación**

20 de marzo a 12 de abril de 1984

Director del Curso: Dr. Pedro Parra Hidalgo.

Local: C. P. Narciso Yepes, centro piloto del I.C.E.,
 c/ Antonete Gálvez, Murcia.

Horario: 6 a 9 de la tarde.

El número de plazas se limita a 40. Para la selección se dará preferencia a un profesor por Centro Escolar, con el objeto de llegar al máximo de centros. Se ocuparán por orden de inscripción.

Las inscripciones se realizarán en la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Murcia hasta el día 14 de marzo, a las 14 horas (teléfono 21 22 29 - ext. 290).

Los derechos de matrícula son 500 pesetas.

Se extenderá Certificado de asistencia del I.C.E. (sujeto a las tasas universitarias correspondientes).

PROGRAMA DEL CURSO

TEMAS:

- 1.º Concepto de Salud y Enfermedad. Evolución histórica.
- 2.º Problemas de Salud en la edad escolar.

- 3.º Crecimiento y desarrollo físico en la edad escolar.
- 4.º Salud escolar. Exámenes de salud.
- 5.º Medio ambiente escolar.
 - Emplazamiento, saneamiento, orientación.
 Aula:
 Diseño, ventilación, iluminación, temperatura y mobiliario.
 - Campo de juegos.
- 6.º Prevención y control de las enfermedades transmisibles en la escuela:
 - Conceptos generales de cadena epidemiológica.
 - Profilaxis general de las enfermedades transmisibles.
- 7.º Programa de vacunaciones:
 - Calendario vacunal.
 - Concepto generales.
- 8.º Prevención de accidentes en la edad escolar:
 - Accidentes domésticos.
 - Accidentes de circulación.
 - Accidentes en la escuela, primeros auxilios.
- 9.º Alimentación y nutrición. Alimentación equilibrada:
 - Comedor escolar, Menús.
 - Toxiinfecciones alimentarias.
- 10.º Salud física del escolar:
 - Higiene personal.
 - Ejercicio físico.
- 11.º Salud mental:
 - Problemas de conducta.
 - Problemas de aprendizaje.
- 12.º Prevención de las drogodependencias:
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Otras drogas.
- 13.º Salud Buco-dental:
 - Conceptos generales.
 - Trastornos dentales:
 - Caries, malposiciones y maloclusiones.
 - Prevención:
 - Cepillado, flúor...
- 14.º Base de la educación sexual en la escuela.
- 15.º Educación sanitaria en la escuela.

LEGISLACION SANITARIA

— Incompatibilidades altos cargos. O. de 16-03-84, de Presidencia de Gobierno. B.O.E. de 21-03-84, pág. 7805.

— Plantilla de personal del Instituto Nacional de Toxicología. O. de 27-02-84, del Minis-

terio de Justicia. B.O.E. 70 de 22-03-84, pg. 7960.

— Cobertura asistencial por los equipos obstétricos desde el primer trimestre de gestación. O. de 28-03-84 del M. S. y C. B.O.E.: 77 de 30-03-84, pág. 8897.

