

BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES

TABLA III

EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA COMARCA DE LA VEGA ALTA, COMARCA DEL NOROESTE Y REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta		C. Noroeste		Región Murciana	
					I.N.E. (1)	Reg. Civ.
1961	14.7		—		39.4	14.9
1962	8.4		—		33.4	8.8
1963	14.2		—		35.5	12.1
1964	14.5		—		34.6	16.7
1965	13.8		—		31.4	14.2
I Quinq.		13.1	32.9		34.8	13.3
1966	10.1		—		30.4	15.2
1967	10.5		—		27.7	12.9
1968	11.5		—		27.2	14.9
1969	23.6		—		24.4	17.0
1970	28.3		—		27.4	20.1
III Quinq.		16.8	35.9		27.4	15.9
1971	21.0		—		23.3	17.5
1972	28.0		—		26.1	19.2
1973	21.0		—		22.0	16.9
1974	15.7		—		22.9	15.7
1975	16.9		—		20.1	15.0
III Quinq.		20.5	29.0		22.8	17.0
1976	22.6		—		21.1	15.5
1977	16.6		—		17.4	15.1
1978	12.3		—		15.5	12.5
1979	11.6		—		14.5	12.3
1980	9.3		—		12.9	11.0
IV Quinq.		14.5	20.9		16.3	13.3

(1) Tasas elaboradas a partir de los datos del I.N.E.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN MURCIANA

AÑO 1984 - SEPTIEMBRE-OCTUBRE
VOL. IV, NÚMS. 9-10
BOL. S. R. M. IV, 133-160

ÍNDICE

	Pág.
García Salom, M.; Parra Hidalgo, P.; Aliaga Matas, F.; León Pellicer, E.: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA EN LA REGIÓN DE MURCIA Y SU COMARCA DE LA VEGA ALTA DEL SEGU- RA. DESDE 1961 A 1980	135
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS	155
ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA	156
LEGISLACIÓN SANITARIA	157
NÚMERO DE CASOS COMUNICADO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (Septiembre-Octubre)	158

NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

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 Dina 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 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 BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
José María MORALES MESEGUER
Ilmo. Sr. Director Regional de Asistencia Sanitaria
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. Saura,
J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

Secretario de Redacción: J. A. SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Directora: Dra. Elvira RAMOS GARCÍA

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

Déposito Legal:

MU-491-1981

Evolución de la Mortalidad en la infancia en la Región de Murcia y su comarca de la Vega Alta del Segura. Desde 1961 a 1980

GARCÍA SALOM, M.*; PARRA HIDALGO, P.**; ALIAGA MATAS, F.**; LEÓN PELLICER, E.**

* Profesor de Fisiología. Fac. Med. Murcia. ** Prof. Colaborador de H.^a de la Medicina Fac. Med. Murcia

El diagnóstico de salud de una comunidad es el primer paso del proceso de Planificación sanitaria. La descripción del diagnóstico de salud supone el conocimiento del nivel de salud, medido a través de la morbilidad y mortalidad de la población, así como del de aquellos factores que actúan condicionando este nivel de salud: características demográficas, medio ambiente físico, cultural, social y económico, y la distribución, volumen y organización de los recursos utilizados en esa comunidad para la atención de la salud.

Dentro de los indicadores que expresan el nivel de salud, se encuentran aquellos que hacen referencia a la mortalidad infantil y que miden el riesgo de muerte en el primer año de vida. La extraordinaria importancia de estos indicadores viene dada, no sólo por su valor explícito, sino como fiel reflejo del nivel de salud de una comunidad, de manera que conociendo la mortalidad infantil y sus causas, podemos hacernos una idea bastante aproximada de los problemas de salud de esa colectividad y de su nivel de vida.

Los objetivos de este trabajo son:

- 1.º Elaborar y describir las tasas de mortalidad infantil y preescolar durante los años 1961 a 1980, de la Comarca de la Vega Alta del Segura.
- 2.º Descripción de las causas de muerte en cada grupo de edad y su evolución cronológica.
- 3.º Estudio de la correlación entre la evolución de los indicadores de mortalidad infantil y los factores económicos, ambientales y sociales.

MARCO GEOGRÁFICO

La comarca de la VEGA ALTA DEL SEGURA está formada por el conjunto de 13 municipios por los que discurre el río Segura hasta la represa de la Contraparada (exceptuando el municipio de Calasparra que corresponde a otra comarca), donde tradicionalmente empieza la VEGA MEDIA. Estos mu-

nicipios son: Cieza, Abarán, Blanca, Ricote, Ojós, Ulea, Villanueva del Río Segura, Archena, Ceutí, Lorquí, Alguazas, Molina de Segura y Las Torres de Cotillas (mapa 1). Con una extensión de 1.029 Km², en 1980 tenía una población de 124.632 habitantes y una densidad de 121,1 habs./Km², muy superior a la media regional que era, en ese año, de 84.4 habs./Km² (1). Esta comarca presenta un gran dinamismo basado en sus tradicionales cultivos horto-frutícolas, así como en la extensión de nuevos regadíos en áreas de secano (ver tabla I). La industria de la conserva concentra en esta comarca el 60% del total de la región, lo que ha transformado notablemente su actividad económica, favorecida por la red de transportes existentes en la región, que atraviesa a esta comarca (ver tabla II). Además, hay un predominio absoluto del cultivo directo, acompañado de un extremo minifundismo, que se ha ido acentuando con el tiempo (2). Esto explica que la mayor parte de los empresarios agrícolas declaren que su ocupación principal es diferente de la agricultura, estando dedicados, sobre todo, a la industria y al sector servicios (3). De esta forma, «aunque la mayor parte de la población no vive de la agricultura de forma directa, al menos vive de la transformación de los productos agrícolas, sobre todo de las conservas. Estamos, pues, en presencia de una comarca rural industrializada» (4), aunque el obrero de la industria

(1) Datos de elaboración propia a partir de las publicaciones de la CAJA DE AHORROS DE ALICANTE Y MURCIA, pág. 20 (5).

(2) GONZÁLEZ ORTIZ, J. L.: «La Vega Alta», H.^a de la Región Murciana, págs. 364 a 381 (7). Entre 1962 y 1972 el número de explotaciones agrarias ha pasado de 11.494 a 14.339, con un aumento de 2.845, casi en su mayoría incluidas en el grupo de las que tienen menos de 1 Ha. de extensión. De las 14.339 explotaciones, el 93,7% (13.154) tenían menos de 10 Ha. y un 68,4% menos de 1 Ha. 9.809 explotaciones en 1972, en tanto que en 1962 eran 7.446.

(3) GONZÁLEZ ORTIZ, J. L.: op. cit. (7), pág. 378. «...el pequeño agricultor puede cultivar su parcela en los ratos libres que le deja su ocupación principal, lo que es posible por el predominio de cultivos arbóreos que requieren pocos cuidados, por el sistema de venta de frutos en el árbol».

(4) GONZÁLEZ ORTIZ, J. L.: op. cit. (7).

MAPA I

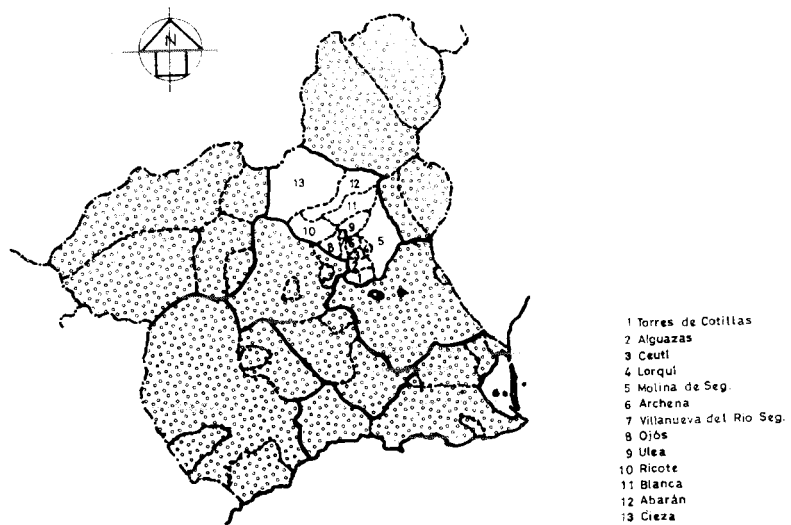


TABLA I

DISTRIBUCIÓN COMARCAL DE LA TIERRA CULTIVADA EN LA VEGA ALTA DEL SEGURA
(1961, 1971, 1979 y 1980)

	1961		1971		1979		1980	
	Has.	%	Has.	%	Has.	%	Has.	%
Secano	38.419	83,7	27.669	64,5	27.527	59,0	27.111	56,7
Regadío	7.463	16,3	15.238	35,5	19.125	41,0	20.665	43,2
TOTAL	45.882	100,0	42.907	100,0	46.652	100,0	47.776	100,0

TABLA II

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ACTIVA EN CIEZA, MOLINA DE SEGURA, COMARCA DE LA VEGA ALTA
Y REGIÓN MURCIANA EN 1975 Y 1980 (EN % SOBRE EL TOTAL)

	CIEZA	MOLINA DE SEG.	COMARCA	REGIÓN
1975:				
S. Primario	39.28	13.71	38.29	27.80
S. Secundario	19.85	45.52	26.46	21.30
S. Construcción	11.63	14.43	10.87	12.60
S. Servicios	29.24	26.34	24.32	38.30
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00
1980:				
S. Primario	31.75	8.46	26.12	22.54
S. Secundario	16.91	43.57	27.22	22.17
S. Construcción	12.67	10.55	10.25	10.30
S. Servicios	35.66	34.62	30.29	41.18
Otros	3.02	2.81	6.12	—
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuentes: CAJA DE AHORROS DE ALICANTE Y MURCIA. Datos y series estadísticas. 1980 y 1981. DIPUTACIÓN PROVINCIAL.

conservera es mayoritariamente eventual, con un alto porcentaje de mujeres empleadas. Dentro de esta actividad industrial destaca Molina de Segura, en donde se concentra la mitad de la producción comarcal (5).

MATERIAL Y MÉTODO

La recogida de datos sobre las defunciones la hicimos recurriendo a los Libros de Defunciones y Legajos de Abortos de los Registros civiles de los distintos municipios. Los datos recogidos fueron los siguientes:

— *Fechas de nacimiento y defunción*, especificando el día, mes y año para así hacer un cálculo exacto de la edad en cada caso.

— *Lugar de la Defunción*: Según el lugar físico de la defunción, consideramos las siguientes posibilidades: Domicilio, Seguridad Social, Clínicas Maternales locales, Clínicas Privadas, Hospital Provincial, Escuela de Puericultura, Lugares de Accidente y No Consta cuanto no se consignaba este dato.

— *Municipios de Nacimiento y Defunción*: Para establecer el domicilio habitual, algunas veces nos obligaba a buscar el municipio donde se inhumaba el cadáver. Con esto intentamos corregir el error producido por el elevado número de niños que, desde todos los puntos de la región, acuden a los grandes centros sanitarios de la capital y de los municipios importantes (Cartagena y Lorca), para acabar muriendo en ellos, lo que hubiera originado —de no corregirse— un falseamiento de las tasas obtenidas al tomar el municipio donde tiene lugar la defunción en lugar de aquél donde reside habitualmente.

— *Sexo*.

— *Prematuridad, Legitimidad y Primer parto*: No encontramos reseñados ninguno de estos datos en los certificados de defunción.

— *Causa fundamental de la muerte*: Utilizamos la «Nomenclatura abreviada de causas de muerte» de la O.M.S., 8.ª revisión, 1965. A la vista de los datos recogidos las reagrupamos de la siguiente forma: Enteritis, Neumonías, Meningitis, Todas las infecciones (que incluye a las tres anteriores, cuyos datos no se presentan como tablas en este trabajo), Congénitas, Perinatales, Mal Definidas, Accidentales, Resto de enfermedades y el grupo No Consta para los casos en que no se menciona causa alguna de la defunción. Dentro del grupo de defunciones por causas Mal Definidas se han incluido las defunciones por Prematuridad, dado que muy escasamente constaba esta rúbrica como causa de muerte de una forma explícita, aunque en muy numerosas ocasiones se encontraban términos que la sugerían fuertemente (debilidad congénita y términos similares).

— *Edad y Estado civil de la madre*.

— *Tiempo de gestación*.

— *Tiempo de vida respecto al parto*: Dato necesario para poder separar los nacidos muertos de los muertos al nacer y los muertos con menos de 24 horas de vida.

Como fuente secundaria de datos hemos utilizado los *Anuarios del Mercado español* del BANESTO; la *Renta Nacional de España y su distribución provincial* del BANCO DE BILBAO; los *Datos y series estadísticas* publicados por la CAJA DE AHORROS DE ALICANTE Y MURCIA; la *Historia de la Región Murciana* para los datos económicos (6, 7, 8 y 9); el exhaustivo trabajo realizado por GARCÍA BASTERRECHEA para los datos de Infraestructura sanitaria (10). Los datos epidemiológicos nos han sido facilitados por la sección de epidemiología de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de esta región (11). Otras fuentes consultadas han sido las Delegaciones Provinciales del Ministerio de Educación y Ciencia y del I.N.E. y los Ayuntamientos y Registros Civiles de los distintos municipios (de donde hemos obtenido el número de nacimientos, año a año en cada municipio, necesario para el cálculo de las tasas).

La metodología aplicada a los datos así recogidos ha sido la siguiente: Se ha obtenido, año a año, una distribución de frecuencias de cada una de las variables recogidas, confeccionando, además, las siguientes tablas: Tanto a nivel comarcal como regional, y para cada grupo de edad, la distribución, quinquenio a quinquenio según lugar de defunción, sexo y causa fundamental de la defunción. El cálculo de las tasas, tanto en región como en la comarca, se ha hecho año a año y quinquenio a quinquenio, en tanto que las tasas específicas que cada causa genera, se han calculado por quinquenios. El cálculo de estas tasas se ha hecho siguiendo la metodología de MARTÍNEZ NAVARRO, aunque no hemos necesitado utilizar el factor de corrección que introduce en esos cálculos, ya que nosotros podemos saber con exactitud la edad de la defunción en todos los casos. Estas tasas se han calculado de la siguiente forma (ver gráfica 1.ª):

MORTALIDAD PERINATAL: Muertes producidas entre la 28.ª semana de gestación y el sexto día de vida extrauterina, por cada 100 nacidos vivos.

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ: Muertes durante el parto y durante los 6 primeros días de vida extrauterina, por cada 1.000 nacidos vivos.

MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA: Muertes entre el 7.º y 27.º días de vida por cada 1.000 nacidos vivos.

MORTALIDAD POSTNEONATAL: Muertos con 28 o más días de vida, y menores de un año, por cada 1.000 nacidos vivos.

(5) GONZÁLEZ ORTIZ, J. L. op. cit. (7).

(6) BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO. *Anuarios del Mercado Español* de los años 1966 a 1981 (3).

(7) BANCO DE BILBAO (2).

(8) CAJA DE AHORROS DE ALICANTE Y MURCIA. op. cit. (5).

(9) GONZÁLEZ ORTIZ, J. L. op. cit. (7).

(10) GARCÍA BASTERRECHEA, J. M.ª (6). Datos relativos a servicios de agua potable y de alcantarillado; de recogida de residuos sólidos; depuradoras; personal sanitario, etc.

(11) Todos los datos relacionados con este tema y publicados por el I.N.E. nos ha sido facilitado por el personal de la sección de Epidemiología, así como estudios sobre muy diversas numerosas enfermedades infecciosas como Gripe, Fiebres Tifoideas, Tétanos, etc. Muchos de los datos del I.N.E. los hemos obtenido aquí, pues no los tenían en la Delegación Provincial del I.N.E.

GRÁFICA 1.ª

MORTALIDAD INFANTIL. GRUPOS DE EDAD CONSIDERADAS PARA EL CÁLCULO DE LAS TASAS

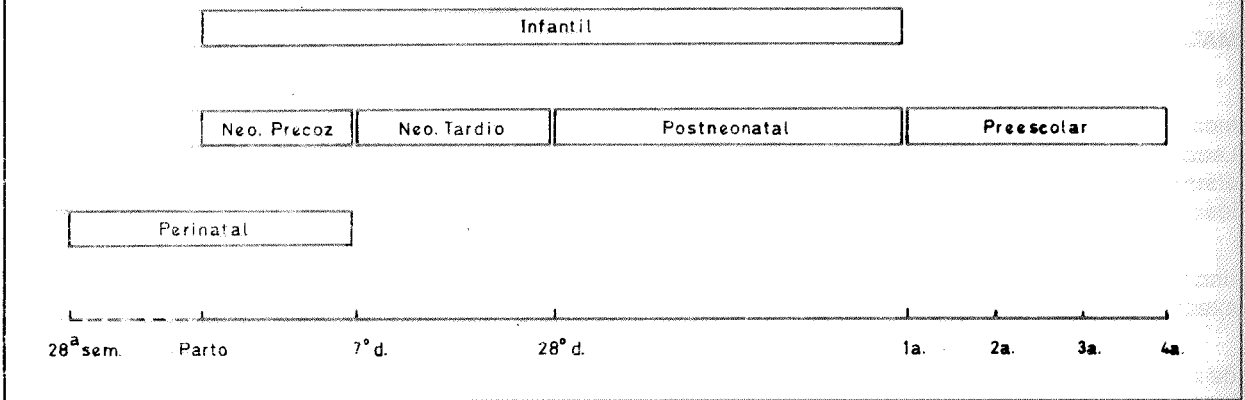


TABLA III

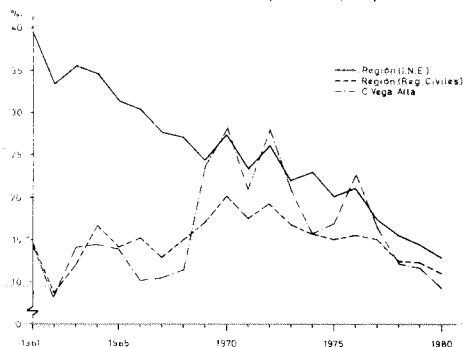
EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA COMARCA DE LA VEGA ALTA, COMARCA DEL NOROESTE Y REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta		C. Noroeste		Región Murciana		
					I.N.E. (1)	Reg. Civ.	
1961	14.7		—		39.4	14.9	
1962	8.4		—		33.4	8.8	
1963	14.2		—		35.5	12.1	
1964	14.5		—		34.6	16.7	
1965	13.8		—		31.4	14.2	
I Quinq.		13.1	32.9			34.8	13.3
1966	10.1		—		30.4	15.2	
1967	10.5		—		27.7	12.9	
1968	11.5		—		27.2	14.9	
1969	23.6		—		24.4	17.0	
1970	28.3		—		27.4	20.1	
II Quinq.		16.8	35.9			27.4	15.9
1971	21.0		—		23.3	17.5	
1972	28.0		—		26.1	19.2	
1973	21.0		—		22.0	16.9	
1974	15.7		—		22.9	15.7	
1975	16.9		—		20.1	15.0	
III Quinq.		20.5	29.0			22.8	17.0
1976	22.6		—		21.1	15.5	
1977	16.6		—		17.4	15.1	
1978	12.3		—		15.5	12.5	
1979	11.6		—		14.5	12.3	
1980	9.3		—		12.9	11.0	
IV Quinq.		14.5	20.9			16.3	13.3

(1) Tasas elaboradas a partir de los datos del I.N.E.

GRÁFICA 2.ª

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



— **MORTALIDAD INFANTIL:** Muertos con menos de un año de vida (incluyendo a los muertos durante el parto) por cada 1.000 nacidos vivos.

— **MORTALIDAD PREESCOLAR:** Muertos con uno a cuatro años de edad por cada 1.000 nacidos vivos.

El estudio de las causas de defunción se ha hecho a través del cálculo de las tasas específicas que cada una de ellas genera; se han calculado *por cada 100.000 nacidos vivos*, con el fin de poder trabajar con cifras fácilmente manejables. Como ya hemos dicho, estas tasas se han calculado por quinquenios a fin de mantener su fiabilidad que creemos se hubiera perdido al calcularlas por años.

RESULTADOS

Antes de comenzar la descripción de las distintas tasas se hace preciso hacer algunas aclaraciones:

1.^a Acudiendo a los Registros Civiles solamente, la recogida de los legalmente denominados como abortos (toda criatura concebida que fallece entre la 28.^a semana de gestación y las primeras 24 horas de vida, artículos 29 y 30 del Código Civil), se ha mostrado como muy deficiente. A nivel regional, con alguna excepción, en casi todas las comarcas la recuperación de estos casos ha sido muy escasa cuando no imposible, como ha ocurrido, por ejemplo, en Cartagena. En la comarca objeto de este estudio apenas ha sido esto posible en algunos municipios, siendo una gran proporción de los abortos, recuperados tras acudir al Registro Civil de Murcia capital.

2.^a Consultando los datos del I.N.E. nos encontramos con una cantidad de abortos enormemente superior a la encontrada en los Registros Civiles, aunque el I.N.E. no los ofrece desglosados por municipios y años, de forma que sólo tenemos el total regional año a año.

3.^a En la comarca del Noroeste, la recogida de los abortos creemos que ha sido completa, ya que las tasas calculadas a partir de los datos recogidos arrojan unos resultados claramente superiores, a todo lo largo del periodo estudiado, a las tasas obtenidas a partir de los datos del I.N.E. para la Mortalidad Perinatal (ver tabla III).

4.^a A grandes rasgos, la evolución de las tasas son similares tanto en las comarcas del Noroeste y de la Vega Alta como a nivel regional.

Teniendo en cuenta estas consideraciones las tasas calculadas las presentamos de la siguiente forma:

a) Las tasas para cada grupo de edad las presentamos año a año y por quinquenios.

b) Las tasas específicas se han calculado para cada uno de los quinquenios estudiados pero partiendo *exclusivamente de los datos que hemos recogido en los Registros Civiles*, ya que no podemos aplicar la metodología que aquí utilizamos a los datos ofrecidos por el I.N.E. Por esta razón, las tasas globales de cada quinquenio, que ofrecemos en las tablas de tasas específicas, son inferiores a las que se ofrecen con las tasas calculadas a par-

tir de los datos del I.N.E. No obstante, creemos que la evolución de estas tasas específicas apenas sufriría alteración porcentual alguna a las del I.N.E. si éstas las pudiéramos calcular. Esto sólo es así en tres de las tasas ofrecidas: La de M. Perinatal, la M. Neonatal Precoz y la M. Infantil.

c) Las Tasas de M. Perinatal, Neonatal Precoz y la de M. Infantil se ofrecen —por años y quinquenios— con los valores calculados al considerar los datos del I.N.E. y los obtenidos con los datos de los Registros Civiles (ver tablas III, VI y XV), sólo a nivel regional.

Para cada grupo de edad los resultados obtenidos son los siguientes:

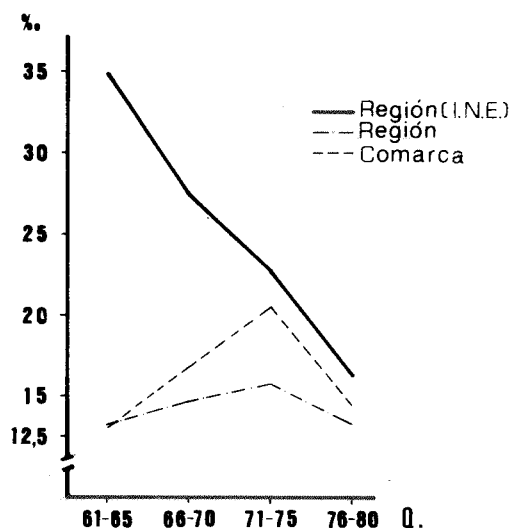
M. PERINATAL: Utilizando los datos del I.N.E., las tasas quinquenales evolucionan, cronológicamente, en el sentido de una disminución del valor de la tasa en cada quinquenio desde un 34.8 en el primero, hasta un 16.3 en el cuarto (ver tabla III, gráfica 2.^a), lo que supone una disminución del 53.1% en el valor de la tasa. En la comarca las tasas calculadas tienen un valor sensiblemente inferior (no hay datos del I.N.E. para ella) y una evolución muy distinta, pues el valor de sus tasas aumenta durante los tres primeros quinquenios (alcanzando su valor máximo en el tercero (20.5)— para disminuir en el cuarto donde la tasa alcanza un valor de 14.5. Estos valores son muy bajos y su evolución muy diferente de la regional. La evolución anual de estas tasas se ofrece en la tabla III y en la gráfica 3.^a.

Calculando las tasas específicas que generan las distintas causas de la defunción, observamos *en la comarca* que las producidas por causas *Congénitas, Perinatales y Mal Definidas*, aumentan enormemente su importancia con el paso del tiempo; el grupo de defunciones en que *No Consta* la causa de la defunción sufre una fuerte disminución de su importancia y tienen una escasa incidencia en la tasa global de cada quinquenio; las causas *Infecciosas* y el *Resto de enfermedades*, aunque su evolución es en sentido opuesto, pues aumentan levemente su importancia con el tiempo (ver tabla IV y gráfica 4.^a). En efecto, las causas Congénitas y Perinatales generan, en conjunto, una tasa que apenas supone un 17.2% de la tasa global del primer quinquenio, en tanto que en el cuarto ya producen más del 50% de las defunciones, habiendo aumentado, además, en valor absoluto. La mortalidad por causas Mal Definidas aumenta el valor de su tasa desde 151.2 en el primer quinquenio (tasas calculadas por cien mil nacidos vivos) a 483.4 en el cuarto, lo que supone un 11.3 y un 32.9%, respectivamente, de la tasa global en esos quinquenios. Resalta, por último, las defunciones cuya causa de defunción No Consta, que en el primer quinquenio produce casi el 61% de las defunciones (con un valor de la tasa de 818.1); su importancia disminuye muy intensamente pues en el cuarto quinquenio sólo produce el 8.5% de las defunciones.

La evolución de estas tasas específicas *en la Región* es muy similar a la ya vista a nivel comarcal: *Congénitas y Perinatales* aumentan su importancia —tanto el valor de sus tasas como porcentualmente— a lo largo del tiempo, llegando a

GRÁFICA 3.^a

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



GRÁFICA 4.^a

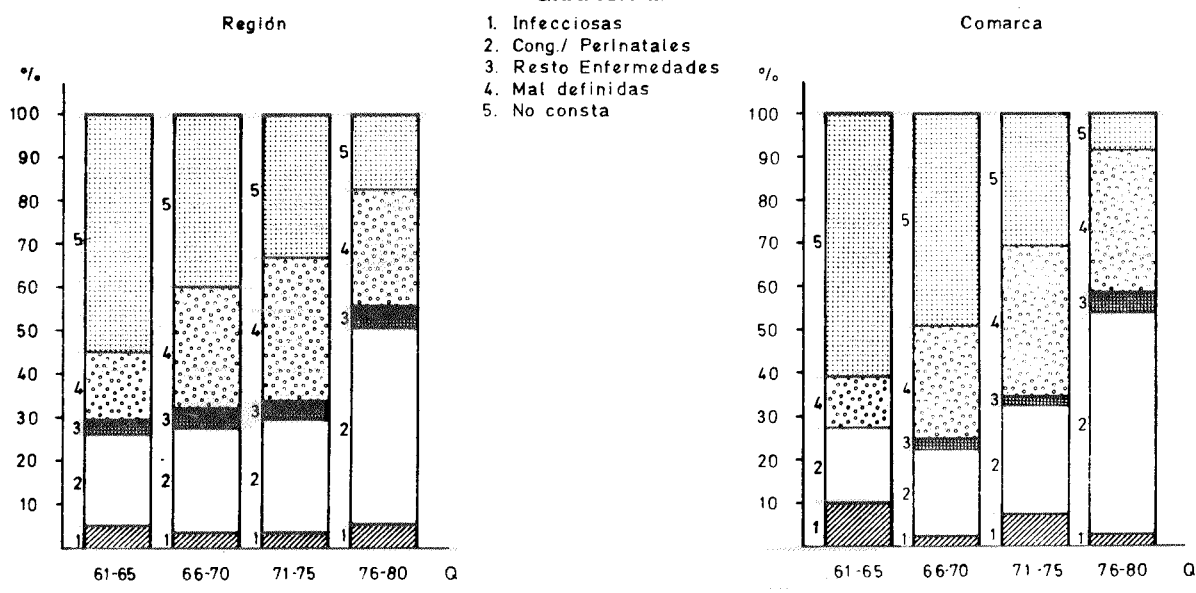


TABLA IV

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD PERINATAL. COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	133.4	(9.9)	35.6	(2.2)	146.2	(7.1)	35.8	(2.4)
Congénitas	71.4	(5.3)	71.2	(4.3)	118.8	(5.8)	152.2	(10.4)
Perinatales	160.1	(11.9)	258.3	(15.7)	392.9	(19.2)	599.8	(40.9)
Mal Definidas	152.2	(11.3)	427.5	(25.9)	712.8	(34.8)	483.4	(32.9)
Accidentes	—	—	8.9	(0.5)	18.3	(0.9)	9.0	(0.6)
Resto enferm.	8.9	(0.7)	35.6	(2.2)	27.4	(1.3)	62.7	(4.3)
No Consta	818.1	(60.9)	810.4	(49.2)	630.5	(30.8)	125.3	(8.5)
TOTAL	1342.8	(100.0)	1647.5	(100.0)	2047.0	(100.0)	1468.2	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

producir, en conjunto, el 45.2% de las defunciones del cuarto quinquenio, con un valor de sus tasas de 170.3 y de 424.9 respectivamente (ver tabla V y gráfica 4.^a). La evolución de la mortalidad por causas *Mal Definidas*, también similar a la comarcal, alcanza una tasa en el cuarto quinquenio de 353.5 produciendo el 26.9% de las defunciones. Igual ocurre con las defunciones cuya causa *No Consta*, donde la tasa pasa de un valor de 741.0 en el primer quinquenio (lo que supone el 53.4% de las defunciones), a otro de 232.1 (17.7% de las defunciones) en el cuarto.

M. NEONATAL PRECOZ: La tasa comarcal sufre una disminución de un 28.5% al pasar de un valor de 10.6 en el primer quinquenio a otro de 7.5 en el cuarto, con un valor máximo en el tercero, 12.3 (ver tabla VI y gráfica 5.^a).

Atendiendo a los datos del I.N.E., la tasa regional desciende un 20.8% entre primer y cuarto quinquenios (tasas de 10.9 y 8.6, respectivamente). La evolución de estas tasas es paralela a las de M. Perinatal. La evolución anual se ofrece en la tabla VI y en la gráfica 6.^a

En la Vega Alta, la evolución de las tasas específicas es muy similar a la del grupo Perinatal, aunque con algunas diferencias. Las defunciones por causas *Congénitas* y *Perinatales* aumentan con el tiempo el valor de su tasa, aunque las primeras lo hacen en mayor medida que las segundas (88.9% y 59.9%, respectivamente), de forma que en el cuarto quinquenio producen entre ambas el 48.8% de las defunciones (ver tabla VII y gráfica 7.^a), con unas tasas de 134.3 y de 241.7 respectivamente. Destaca también la mortalidad por causas *Mal Definidas*, que sufre una evolución similar a las anteriores, con un aumento del valor de su tasa que se hace máximo en el tercer quinquenio, de forma que en el cuarto produce una mortalidad del 36.0% con un valor —277.5— que supone un incremento respecto al primer quinquenio del 83.5%. Las defunciones cuya causa *No Consta* tienen menor importancia que en el grupo Perinatal, a pesar de que en el primer quinquenio llegan a ser el 52.4% del total, porcentaje que disminuye rápidamente hasta el 5.8% del cuarto quinquenio (tasa de 44.8). Del resto de causas analizadas, la mortalidad por causas *Infeciosas* disminuye con el tiempo, produciendo en el último quinquenio tan sólo el 3.5% de las defunciones, y el *Resto de las enfermedades aumenta, produciendo el 4.7% de las defunciones del cuarto quinquenio*.

A nivel regional estas tasas evidencian en su evolución, algunas diferencias con las comarcas. La mortalidad por causas *Congénitas* evoluciona igual que en la comarca, con valores muy similares de la tasa (ver tabla VIII) en el último quinquenio. La mortalidad por causas *Perinatales*, aunque con un valor de la tasa y porcentual superior en la región durante el primer quinquenio, disminuye con el tiempo el valor de su tasa pero no el porcentual. La mortalidad por causas *Mal Definidas* tiene una evolución parecida a la comarcal, produciendo una mortalidad del 33.6% —tasa de 236.3— en el cuarto quinquenio. La evolución, por último, de las defunciones cuya causa *No Consta* es similar a la comarcal, produciendo el 9.7% de

las defunciones del cuarto quinquenio, y las *Infeciosas* aumentan su importancia, pues, a pesar de una ligera disminución de su tasa, su importancia relativa aumenta con el tiempo, llegando a producir el 9.2% de las defunciones del cuarto quinquenio (ver gráfica 7.^a).

M. NEONATAL TARDÍA: La evolución de la tasa de mortalidad en este grupo de edad es similar en Comarcá y Región, aunque más acentuada en la primera, a pesar de lo cual, la tasa comarcal en el cuarto quinquenio —2.9, que supone una disminución del 53.5% respecto a la del primero— es superior a la regional —2.3, que supone una disminución del 43.9% respecto a la del primero— (ver tabla IX y gráfica 8.^a). Las tasas año a año las presentamos en la tabla IX, gráfica 9.^a.

Entre las tasas específicas destaca, tanto a nivel comarcal como al regional, la gran importancia de la mortalidad por causas *Infeciosas*, que aunque a lo largo del periodo estudiado disminuye el valor de su tasa (259.9 y 134.3 en primer y cuarto quinquenios a nivel comarcal y 173.4 y 70.3, respectivamente, en la región) (ver tablas X y XI y gráfica 10.^a), hay un ligero aumento de su importancia porcentual, llegando a producir un 46.9% de las defunciones del cuarto quinquenio, en la comarca, en tanto que disminuye en la región, aunque en ella aún producen un 30.9% de las defunciones en ese quinquenio. También destaca por su importancia la mortalidad por causas *Mal definidas*, que en el primer quinquenio produce en la comarca —con una tasa de 138.0— el 33.9% de las defunciones, perdiendo importancia con el tiempo para llegar a producir, en el cuarto quinquenio el 15.6% de ellas. Esta evolución, aunque similar a la regional, es mucho más acentuada que en ella, pues aunque la tasa desciende su valor casi un 50%, porcentualmente mantiene su importancia al producir en el último quinquenio más del 30% de las defunciones (a nivel regional). Por último, la mortalidad por causas *Congénitas* y *Perinatales*, aumentan muy fuertemente, ya que, en conjunto, producen un 12.3% de la mortalidad del primer quinquenio y un 31.3% en el cuarto, aumentando también el valor de sus tasas. Si unimos la mortalidad por estos grupos a la que produce el grupo anterior —*Mal definidas*— en conjunto llegan a producir casi el 50% de las defunciones. Igual evolución se aprecia en la Región, aunque en ésta producen más del 60% de las defunciones del cuarto quinquenio.

M. POSTNEONATAL: Es la tasa que más intensamente disminuye a lo largo del periodo estudiado, tanto a nivel comarcal —83.8%— como al regional (79.7%) (ver tabla XII y gráfica 1.^a). En la comarca la tasa tiene un valor más alto que en la región en los tres primeros quinquenios, aunque en el cuarto ambas tasas adquieren casi el mismo valor —4.1 en la comarca y 4.3 en la región—. La evolución de las tasas anuales se ofrece en la tabla XII y la gráfica 12.^a

Entre las tasas específicas destaca por su importancia la generada por causas *Infeciosas*, que en la comarca producen casi un 70% de las defunciones en el primer quinquenio, con una tasa de 1760.8 (ver tabla XIII y gráfica 13.^a) y cuya evolución decreciente es tan acentuada que su tasa

TABLA V

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD PERINATAL.
REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	70.0	(5.0)	58.9	(3.5)	65.1	(3.9)	68.1	(5.1)
Congénitas	63.0	(4.6)	92.8	(5.7)	136.6	(8.1)	170.3	(13.0)
Perinatales	255.2	(18.3)	310.3	(19.0)	297.0	(17.7)	424.9	(32.2)
Mal Definidas	210.0	(15.1)	445.0	(27.2)	554.8	(32.9)	353.5	(26.9)
Accidentes	3.0	(0.2)	4.0	(0.2)	14.4	(0.8)	7.4	(0.6)
Resto enferm.	46.3	(3.4)	55.8	(3.4)	50.8	(3.0)	59.7	(4.5)
No Consta	741.0	(53.4)	674.5	(41.0)	567.1	(33.6)	232.1	(17.7)
TOTAL	1388.5	(100.0)	1641.3	(100.0)	1685.8	(100.0)	1316.0	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

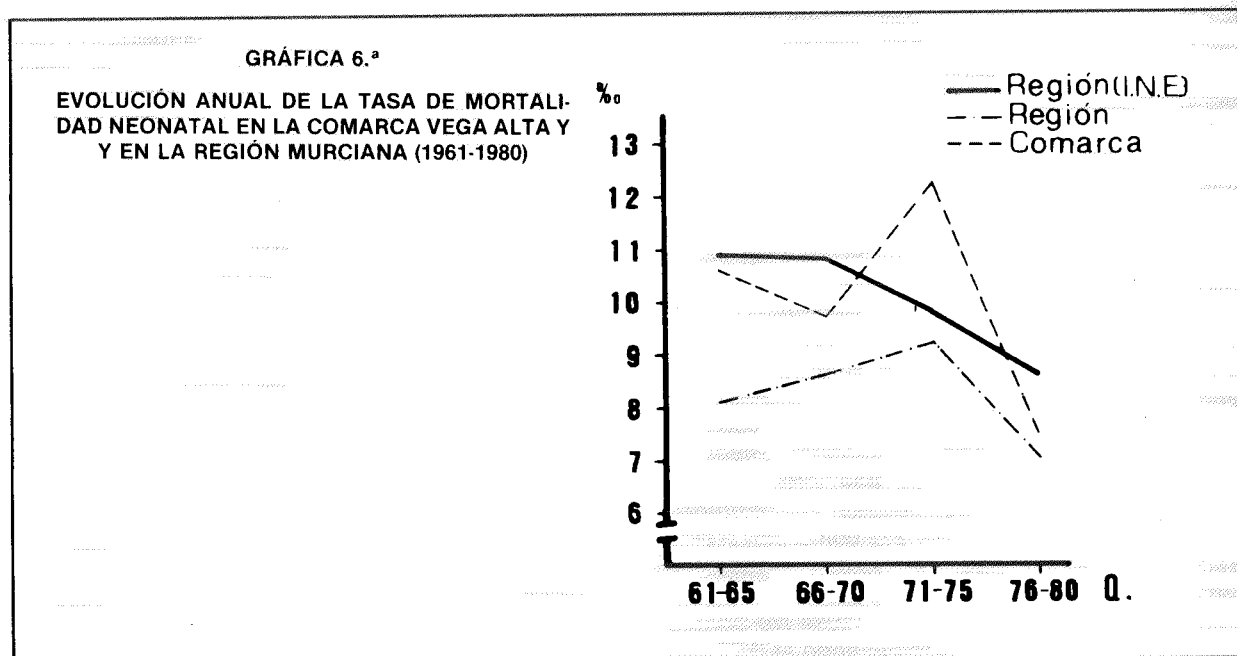
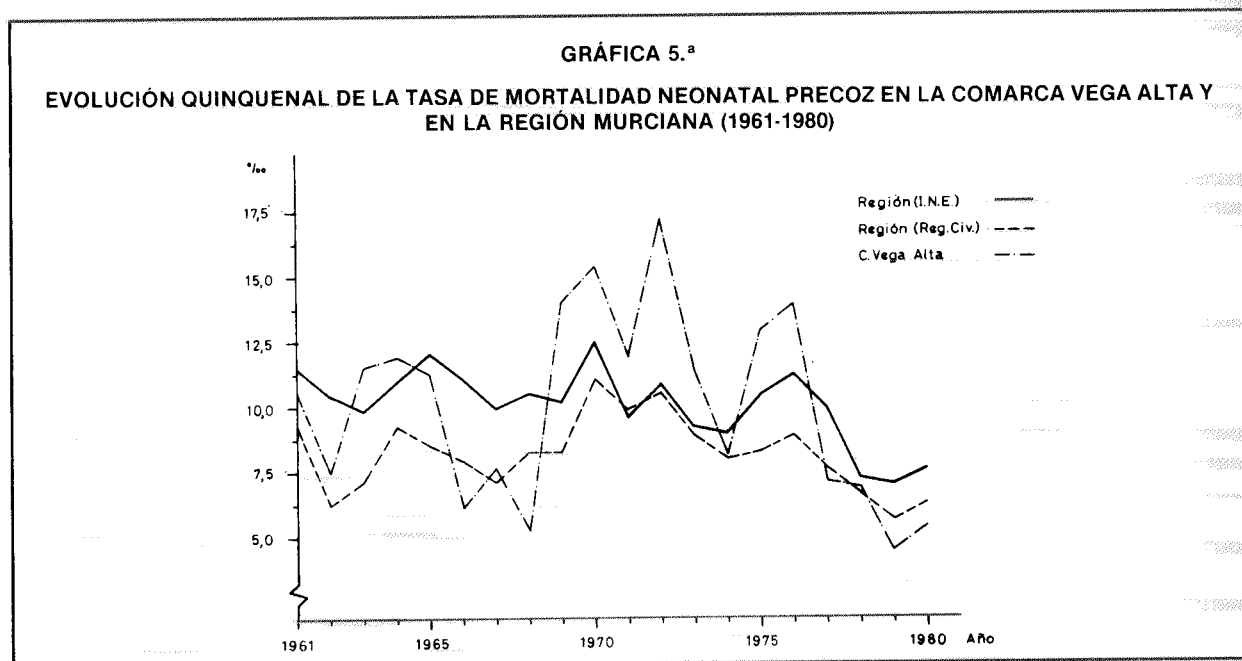


TABLA VI

EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATA PRECOZ EN LAS COMARCAS VEGA ALTA DEL SEGURA Y NOROESTE Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta	C. Noroeste	Región Murciana	
			I.N.E. (1)	Reg. Civ.
1961	10.6	—	11.5	9.4
1962	7.5	—	10.4	6.2
1963	11.5	—	9.8	7.2
1964	11.9	—	10.9	9.3
1965	11.3	—	12.0	8.6
I Quinq.	10.6	18.4	10.9	8.1
1966	6.1	—	11.0	7.9
1967	7.6	—	9.9	7.1
1968	5.3	—	10.5	8.3
1969	14.0	—	10.2	8.3
1970	15.4	—	12.4	11.1
III Quinq.	9.7	17.3	10.8	8.6
1971	11.9	—	9.6	10.0
1972	17.1	—	10.8	10.6
1973	11.4	—	9.2	8.9
1974	8.1	—	8.9	8.1
1975	12.9	—	10.4	8.3
III Quinq.	12.3	15.5	9.8	9.2
1976	13.9	—	11.2	8.9
1977	7.2	—	9.9	7.6
1978	6.9	—	7.2	6.7
1979	4.4	—	7.0	5.6
1980	5.3	—	7.6 (2)	6.3
IV Quinq.	7.5	10.2	8.6	7.0

(1) Datos de elaboración propia a partir de los facilitados por el I.N.E.

(2) Tasa calculada por correlación lineal a partir de la de los Reg. Civ. en los últimos 5 años (no hay datos oficiales del I.N.E. para ese año)

TABLA VII

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ. COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	133.4	(12.3)	35.6	(3.7)	146.2	(11.6)	26.9	(3.5)
Congénitas	71.1	(6.6)	62.3	(6.5)	118.8	(9.6)	134.3	(17.4)
Perinatales	151.2	(13.9)	187.0	(19.6)	301.6	(24.4)	241.7	(31.4)
Mal Definidas	151.2	(13.9)	365.1	(38.3)	438.6	(35.6)	277.5	(36.0)
Accidentes	—	—	—	—	18.3	(1.5)	9.0	(1.2)
Resto enferm.	8.9	(0.8)	35.6	(3.7)	27.4	(2.2)	35.8	(4.7)
No Consta	569.1	(52.4)	267.2	(28.0)	182.8	(14.8)	44.8	(5.8)
TOTAL	1084.9	(100.0)	952.9	(100.0)	1233.7	(100.0)	769.9	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

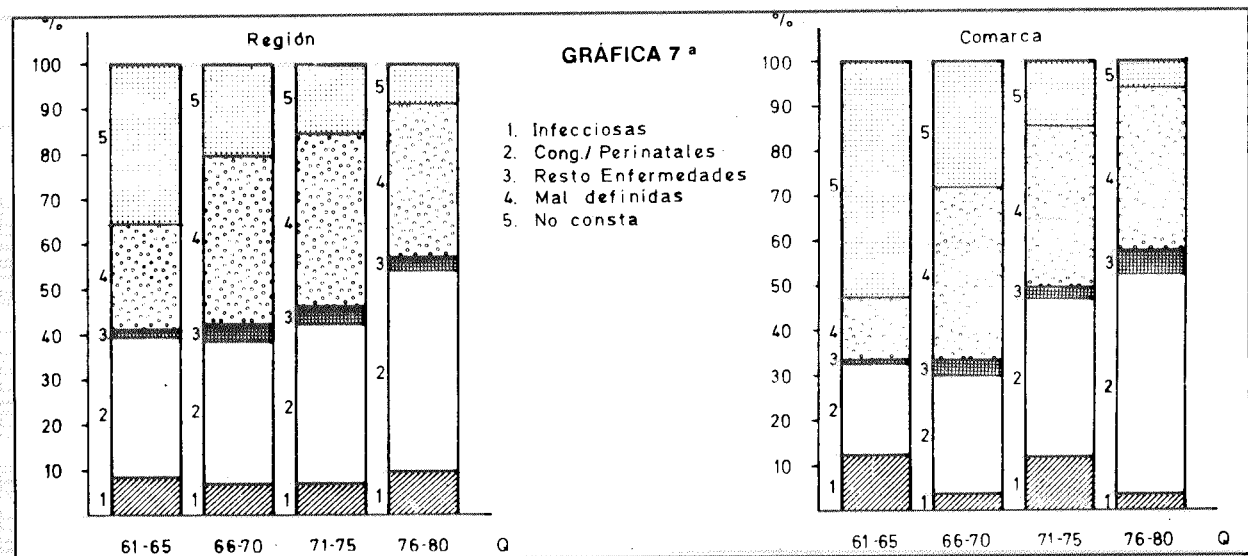


TABLA VIII

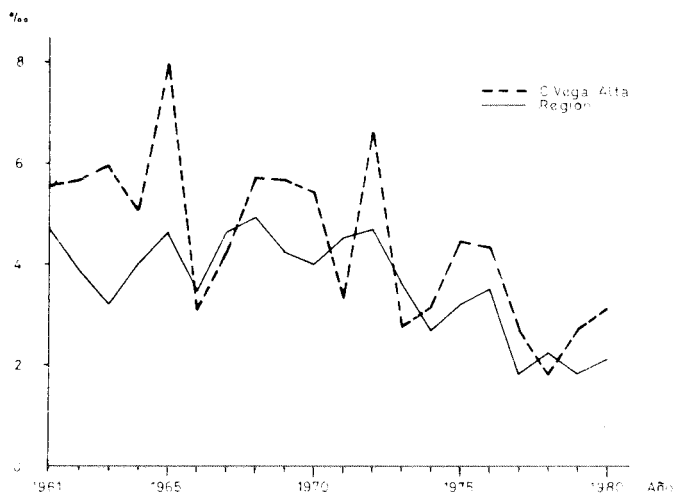
EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ. REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	69.9	(8.0)	58.9	(6.4)	64.1	(6.9)	65.0	(9.2)
Congénitas	59.1	(6.9)	72.9	(8.0)	121.1	(13.0)	135.2	(19.2)
Perinatales	210.9	(24.2)	220.5	(24.2)	203.9	(21.9)	178.9	(25.4)
Mal Definidas	201.0	(23.1)	348.2	(38.3)	362.2	(38.8)	236.3	(33.6)
Accidentes	2.0	(0.2)	2.9	(0.4)	14.4	(1.5)	7.4	(1.0)
Resto enferm.	16.8	(2.0)	22.0	(2.6)	18.7	(2.0)	12.8	(1.9)
No Consta	309.5	(35.6)	183.6	(20.1)	148.0	(15.9)	68.1	(9.7)
TOTAL	869.2	(100.0)	909.0	(100.0)	932.4	(100.0)	703.7	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

GRÁFICA 8.^a

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



GRÁFICA 9.^a

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

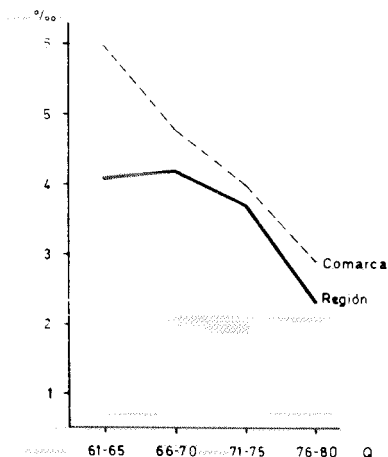


TABLA IX

EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ EN LA COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta	Región Murciana
1961	5.5	4.7
1962	5.6	3.9
1963	6.0	3.2
1964	5.1	4.0
1965	7.9	4.6
I Quinq.	6.0	4.1
1966	3.1	3.5
1967	4.2	4.6
1968	5.7	4.9
1969	5.7	4.2
1970	5.5	4.0
II Quinq.	4.8	4.2
1971	3.3	4.5
1972	6.6	4.7
1973	2.7	3.6
1974	3.1	2.7
1975	4.4	3.2
III Quinq.	4.0	3.7
1976	4.3	3.5
1977	2.7	1.8
1978	1.8	2.2
1979	2.7	1.8
1980	3.1	2.1
IV Quinq.	2.9	2.3

TABLA X
EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA.
COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

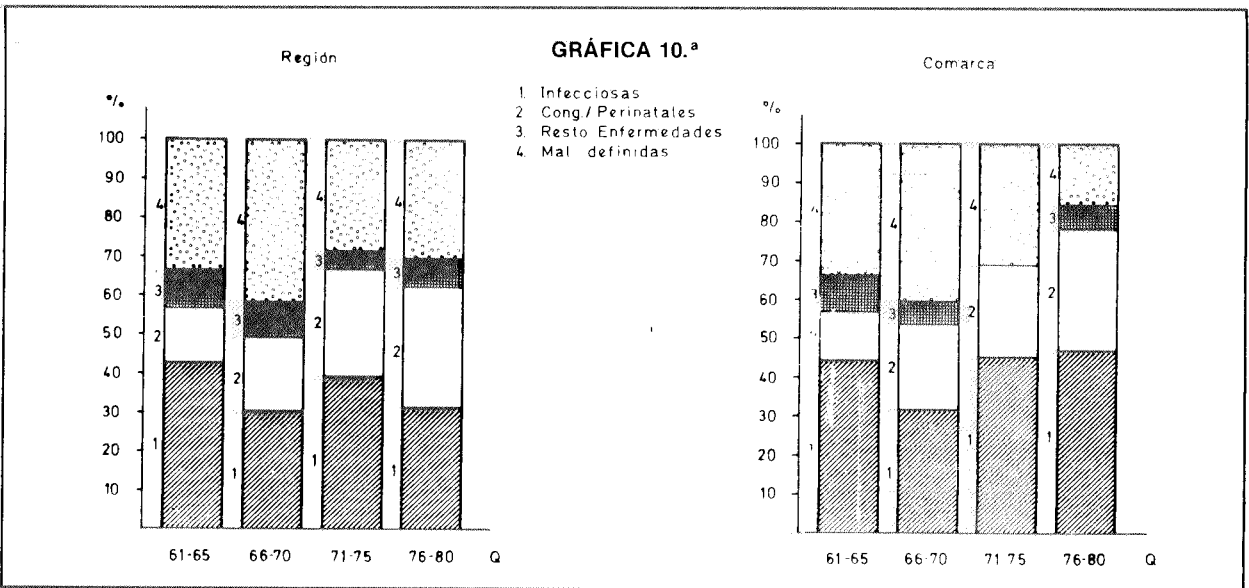
	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infeciosas	257.9	(44.6)	151.4	(31.5)	173.6	(45.2)	134.3	(46.9)
Congénitas	44.5	(7.7)	80.1	(16.7)	54.8	(14.3)	62.7	(21.9)
Perinatales	26.7	(4.6)	26.7	(5.6)	35.6	(9.5)	26.9	(9.4)
Mal Definidas	195.6	(33.9)	195.9	(40.7)	118.8	(31.0)	44.8	(15.6)
Accidentes	—	—	—	—	—	—	9.0	(3.1)
Resto enferm.	53.4	(9.2)	26.7	(5.6)	—	—	9.0	(3.1)
No Consta	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	578.0	(100.0)	480.9	(100.0)	383.8	(100.0)	286.5	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA XI
EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ.
REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infeciosas	173.4	(42.6)	129.8	(30.3)	149.0	(39.4)	70.3	(30.9)
Congénitas	40.4	(10.0)	50.9	(12.0)	81.8	(21.7)	52.1	(22.9)
Perinatales	16.8	(4.1)	28.9	(6.8)	18.6	(5.0)	19.1	(8.4)
Mal Definidas	138.0	(33.9)	178.7	(41.9)	108.7	(28.8)	69.3	(30.3)
Accidentes	3.0	(0.8)	0.9	(0.2)	4.1	(1.0)	6.3	(2.9)
Resto enferm.	29.5	(7.2)	31.9	(7.4)	13.5	(3.6)	8.6	(3.7)
No Consta	5.9	(1.4)	5.9	(1.4)	2.0	(0.5)	2.1	(0.9)
TOTAL	407.0	(100.0)	427.0	(100.0)	377.7	(100.0)	227.8	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.



GRÁFICA 11.^a
EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

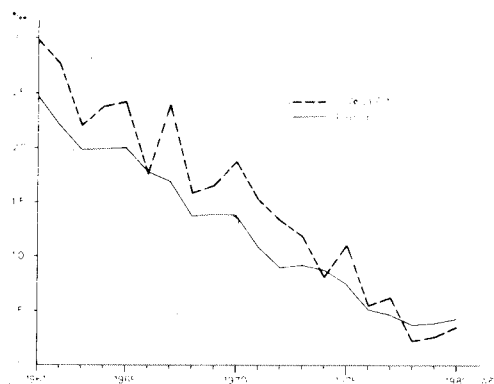
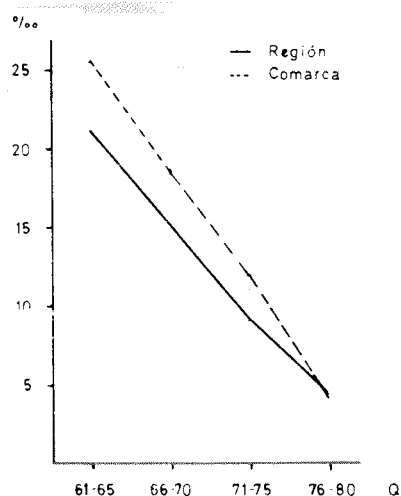


TABLA XII
EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL EN LA COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta	Región Murciana
1961	29.9	24.8
1962	27.7	22.0
1963	22.0	19.8
1964	23.8	19.9
1965	24.2	20.0
I Quinq.	25.5	21.3
1966	17.6	17.8
1967	24.0	16.9
1968	15.9	13.7
1969	16.6	13.9
1970	18.8	13.8
II Quinq.	18.6	15.2
1971	15.3	10.9
1972	13.3	9.0
1973	11.9	9.2
1974	8.1	8.8
1975	11.1	7.5
III Quinq.	11.9	9.1
1976	5.6	5.2
1977	6.3	4.7
1978	2.3	3.8
1979	2.7	3.9
1980	3.6	4.3
IV Quinq.	4.1	4.4

GRÁFICA 12.^a

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



GRÁFICA 13.^a

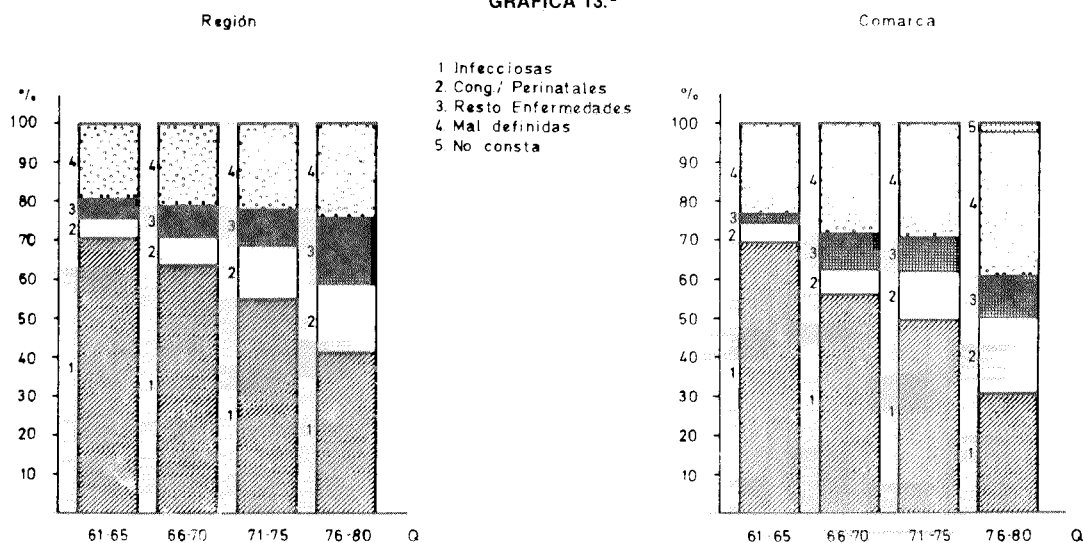


TABLA XIII

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD POSTNEONATAL. COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	1760.8	(69.2)	1041.9	(56.0)	584.9	(49.6)	125.3	(30.4)
Congénitas	115.6	(4.5)	98.0	(5.3)	146.2	(12.4)	80.6	(19.6)
Perinatales	8.9	(0.3)	17.8	(1.0)	—	—	—	—
Mal Definidas	586.9	(23.1)	525.4	(28.2)	347.2	(29.5)	152.2	(37.0)
Accidentes	17.8	(0.7)	35.6	(1.9)	36.6	(3.1)	17.9	(4.3)
Resto enferm.	44.5	(1.8)	142.5	(7.7)	64.0	(5.4)	26.9	(6.5)
No Consta	8.9	(0.3)	—	—	—	—	9.0	(2.2)
TOTAL	2543.3	(100.0)	1861.2	(100.0)	1178.8	(100.0)	411.8	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA XIV

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD POSTNEONATAL. REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	1498.0	(70.5)	969.9	(63.7)	497.8	(54.9)	175.7	(41.0)
Congénitas	82.8	(3.9)	93.8	(6.1)	112.9	(12.4)	71.3	(16.7)
Perinatales	24.6	(1.1)	13.9	(1.0)	12.4	(1.3)	4.2	(1.0)
Mal Definidas	413.0	(19.4)	324.3	(21.3)	201.9	(22.2)	106.5	(24.9)
Accidentes	1.9	(0.1)	17.9	(1.1)	31.0	(3.5)	29.9	(7.0)
Resto enferm.	101.5	(4.8)	101.8	(6.7)	49.6	(5.5)	35.1	(8.2)
No Consta	3.9	(0.2)	1.9	(0.1)	2.0	(0.2)	5.3	(1.2)
TOTAL	2125.7	(100.0)	1523.5	(100.0)	907.6	(100.0)	428.0	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

decrece casi un 9% entre el primer y cuarto quinquenios, a pesar de lo cual en este último aún produce un 30.4% de las defunciones. Igual evolución aunque menor en intensidad sufre la tasa regional (decrece un 88%), produciendo en el cuarto quinquenio —con una tasa de 175.7— el 40% de las defunciones (ver tabla XIV y gráfica 13.^a).

Aunque con menor importancia, destacan también las tasas generadas tanto por causas *Mal Definidas*, como por *Congénitas*, pues ambas, aún a pesar de disminuir sus tasas en valor absoluto, aumentan su importancia relativa —dentro de cada quinquenio— con el paso del tiempo, ya que la primera de ellas pasa de producir un 23.1% de las defunciones en el primer quinquenio, con una tasa de 586.9, a producir el 37.0% de ellas en el cuarto, con una tasa de 152.2. Las *Congénitas*, que en el primer quinquenio producen el 4.5% de las defunciones —tasa de 115.6— en el cuarto producen un 19.6% de ellas con una tasa de 80.6. La importancia de las defunciones por *Accidentes* y por el *Resto de enfermedades*, aumentan su importancia con el tiempo y respecto a los anteriores grupos de edad.

Igual evolución tienen las tasas específicas regionales, aunque porcentualmente la importancia de las defunciones producidas por causas *Mal Definidas* y *Congénitas* es menor que en la comarca (producen, respectivamente, el 24.9% y el 16.7% de las defunciones del cuarto quinquenio) (ver tabla XIV).

M. INFANTIL: La tasa comarcal desciende, en el periodo estudiado, 65.3% al pasar la tasa de un valor de 42.1 en el primer quinquenio, a otro de 14.6 en el cuarto (ver tabla XV y gráfica 14.^a). La tasa regional experimenta una disminución menor —un 57.6%— (valores de 36.1 y 15.3, respectivamente), lo que hace que en el último quinquenio la tasa comarcal sea inferior a la regional. La evolución de las tasas anuales se ofrece en la tabla XV y gráfica 15.^a

El cálculo de las tasas específicas y su evolución en la comarca nos muestra la gran importancia que tienen las *Infecciones* como causa de muerte y como esta importancia disminuye fuertemente a lo largo del tiempo. En el primer quinquenio producen el 51.2% de las defunciones y en el cuarto el 19.5% —tasas de 2152.1 y de 286.5, respectivamente— por lo que la tasa disminuye su valor en un 86.7% (ver tabla XVI y gráfica 16.^a). La mortalidad por causas *Congénitas* y *Perinatales*, aunque cambian poco el valor de sus tasas —un 20% y un 43.8%, respectivamente—, su importancia como causa de la defunción aumenta de forma muy notable, produciendo, en conjunto, una mortalidad del 37.2% en el cuarto quinquenio. Igual ocurre con la mortalidad por causas *Mal Definidas*, pues a pesar de disminuir el valor de su tasa a lo largo de los cuatro quinquenios, aumenta su importancia como causa de la defunción, produciendo en el cuarto quinquenio el 32.3% de las defunciones. Esta evolución es prácticamente la misma que la que registra la tasa regional, aunque en esta última la mortalidad por causas *Infecciosas* es sólo del 22.9% en el último quinquenio. El resto de las tasas específicas —ver tabla XVII y gráfica 16.^a— tienen una evolución similar, aunque la

mortalidad por *Accidentes* —tanto el valor de su tasa como el porcentual— aumentan.

De lo hasta ahora visto podemos decir que, a lo largo de los 20 años de este estudio, la mortalidad que, en los menores de un año, se producen en cada uno de los tres grupos de edad en él incluidos (*Neonatal Precoz*, *Neonatal Tardío* y *Postneonatal*), disminuye en la comarca y en la región, pero la distinta intensidad con que lo hace en cada uno de ellos da lugar a que, mientras que en 1961 la mortalidad en el grupo *Postneonatal* suponía casi el 65% de las defunciones en los menores de un año —ver tabla XVIII y gráfica 17.^a— y la producida en el periodo *Neonatal* (*Precoz* más *Tardío*) apenas llegaba a un 34.9%, en 1980 la situación se ha invertido, pues el grupo *Neonatal* produce el 70% de estas defunciones. Dentro del grupo *Neonatal*, la mortalidad se produce sobre todo en los menores de 7 días de vida (*Neo. Precoz*), con un 44.2% de estas defunciones. A nivel regional, el grupo *Postneonatal* produce el 60.6% de las defunciones en los menores de un año en 1961, en tanto que en 1980 sólo producen el 31.0% (ver tabla XIX y gráfica 17.^a). Dentro del grupo *Neonatal*, el *Precoz* —menos de 7 días de vida— llega a producir el 53.5% de las defunciones en 1980.

M. PREESCOLAR: Al igual que en los anteriores grupos de edad, la tasa en el grupo *Preescolar* disminuye a lo largo de estos 20 años, un 54.4% en la comarca y un 50.9% en la región (ver tabla XX y gráfica 18.^a), al disminuir sus tasas desde un 6.7 a un 3.0 en la comarca (defunciones por mil nacidos vivos) y desde un 5.4 a un 2.6 en la región entre primer y cuarto quinquenios respectivamente. La evolución de las tasas anuales se presentan en la tabla XX, gráfica 19.^a

La disminución de esta tasa se debe, fundamentalmente, a la gran disminución que se produce en la mortalidad por causas *Infecciosas* y por el *Resto de enfermedades*, cuyas tasas disminuyen un 70.8% las primeras, al pasar de una tasa de 275.7 (defunciones por cien mil nacidos vivos) en el primer quinquenio, a otra de 80.6 en el cuarto (ver tabla XXI y gráfica 20.^a), en tanto que las segundas disminuyen un 78.4%, pasando de una tasa de 124.5 en el primer quinquenio, a otra de 26.9 en el cuarto. Les siguen en importancia las defunciones por *Accidentes*, que aumentan su importancia con el tiempo de forma muy notable —en el primer quinquenio producen el 16.0% de las defunciones, en tanto que en el cuarto pasan a producir un 32.3% de ellas—, aunque el valor de su tasa disminuye ligeramente (tasas de 106.7 y de 98.5 en primer y cuarto quinquenios). Similar importancia evidencian las defunciones por causas *Mal Definidas*, que tienen una evolución muy parecida a las anteriores, aunque el aumento de su importancia no es muy acentuado (producen el 20.0% y el 23.5% de las defunciones de los quinquenios extremos de este estudio).

La evolución de las tasas específicas comarcales es similar a la que experimentan las regionales, ya que en ésta también las causas *Infecciosas* son la principal causa de muerte en este grupo de edad, produciendo el 50.9% de las defunciones del primer quinquenio —tasa de 273.0— y el 29.7% en

el cuarto, por lo que su importancia disminuye de forma importante a lo largo del periodo estudiado (ver tabla XXII y gráfica 20.^a). Junto con ellas, las defunciones por el *Resto de enfermedades*, que producen el 13.2% de las defunciones en el primer quinquenio —tasa de 71.0— y del 7.7% en el cuarto, son las que en mayor medida contribuyen a la disminución de la tasa de M. Preescolar que se observa a lo largo del periodo estudiado. Como en la comarca, la mortalidad por *Accidentes* y por causas *Mal Definidas* experimenta un aumento de su importancia, sobre todo la debida a accidentes que, a pesar del leve aumento de su tasa, aumenta de forma muy intensa, produciendo en el último quinquenio casi el 32% de la mortalidad en este grupo de edad, cuando en el primero producía sólo el 13.0% (tasas de 79.9 y de 69.9).

COMENTARIOS

En todos los grupos de edad, las tasas experimentan una disminución de su valor, más acentuada en la comarca que en la región, de forma que en ambas tienen, en el último quinquenio, a hacerse iguales, en tanto que al principio del periodo estudiado las tasas comarcales eran superiores a las regionales. Por otra parte, esta evolución decreciente de las tasas tan marcada, al menos en los menores de un año de edad, es tanto más acentuada cuanto mayor es la edad del grupo considerado.

La evolución de la tasa, tanto en la M. Perinatal como en la Neonatal Precoz, es muy irregular, sobre todo durante los diez primeros años del periodo estudiado, cuando utilizamos los datos obtenidos de los Registros Civiles, apreciándose un aumento paulatino de su valor, hasta alcanzar un máximo entre 1970 y 1972. A partir de entonces, la evolución cronológica de los valores invierte su sentido, alcanzando en los 2-3 últimos años un valor claramente inferior al de 1961 (ver tablas III y VI y gráficas 2.^a y 5.^a). Esto se debe, y lo hemos comprobado durante la recogida de datos en los Registros Civiles, a que de gran cantidad de los legalmente denominados «abortos» se ha perdido la certificación del médico y como no existe un Libro de Abortos (el que había se suprimió en 1958 con la entrada en vigor del Reglamento del Registro Civil de 14-XI-58), la pérdida de esta certificación supone la del caso. Esto, unido a que conforme nos alejamos en el tiempo las certificaciones son más difíciles de encontrar —casi la totalidad de los Registros Civiles han sufrido traslados a lo largo de estos 20 años—, nos permite afirmar que las tasas obtenidas a partir de estos datos no son fiables, aunque si la contribución relativa de las distintas causas estudiadas a la mortalidad que, en conjunto, producen. Y creemos que esto es así porque en la mayor parte de las certificaciones de abortos no se hace constar causa alguna de la defunción, lo que hace, además, que en estos grupos de edad la tasa específica más importante corresponde a las defunciones de las que No Consta su causa, que en grupo Perinatal, en la comarca, llegan a ser el 60.9% de la tasa del primer quinquenio (ver tabla IV y gráfica 3.^a). Esta situación mejora conforme nos acercamos en el tiempo, de manera que en el

cuarto quinquenio ya sólo suponen el 8.5% de las defunciones.

Dos hechos apoyan esta interpretación.

— En los países miembros del Consejo de Europa (12), la tasa de M. Perinatal con valor más pequeño (Suecia) en 1966 era de un 19.0 por mil nacidos vivos y la que tenía un valor máximo (Italia), era del 36.8. En nuestra comarca, la tasa ese año era de un 10.1 (ver tabla III). En 1972, el valor de esa tasa, en los países del Consejo de Europa, ha pasado a ser de un 14.0 la de menor valor (Finlandia) y máxima de un 30.1 en Italia, en tanto que en nuestra comarca alcanza un valor de 28.0 y de 19.2 en la región. Para este último año, PEREZ MARTÍN y RABADÁN ASENSIO (13), usando los datos del I.N.E. calculan para la región una tasa de 25.9. Las cifras de ARBELO CURBELO (14) no son comparables con las nuestras al estar calculadas con distinta metodología. Con la tasa de M. Neonatal Precoz ocurre otro tanto.

— En la comarca del Noroeste, las tasas encontradas son muchísimo más altas y con una evolución decreciente, con una tasa en el primer quinquenio de 32.9 (ver tabla III), que se incrementa hasta un 35.9 en el segundo quinquenio, para a partir de entonces disminuir, con tasas de 29.0 y de 20.9 en tercer y cuarto quinquenios respectivamente. Estas cifras son muy demostrativas y están más de acuerdo con las ya citadas de países europeos y con las que otros autores encuentran para nuestra región.

En todo caso, la disminución de la tasa, en estos dos grupos de edad —Perinatal y Neonatal Precoz— se debe, creemos, a la fuerte disminución del número de partos que se producen en el domicilio de los padres, partos que pasan a ser atendidos en instituciones hospitalarias, sobre todo de la Seguridad Social. Y así, en 1979 no se producen más que 12 partos, en toda la región, sin asistencia médica, todos ellos normales, y ningún parto distócico no atendido médicamente, para un total de 17.283 partos, en ese año, de los que sólo un 25.4% fueron atendidos en el domicilio, siendo asistidos los restantes, casi en su totalidad (73.1%) (15), en centros sanitarios. Este fenómeno se produce, sobre todo, a partir de 1976 como consecuencia del fuerte aumento de la población que pasa a estar protegida por la Seguridad Social, fenómeno que BRAVO F. et al (16) sitúan en 1976 su comienzo. «En 1979, aproximadamente el 92% de la población española estaba ya incluida en la Seguridad Social».

La tasa de mortalidad en el grupo Neonatal Tardío y en el Postneonatal disminuye su valor de forma más acentuada que en los grupos anteriores, sobre todo el segundo de ellos, en donde llega a ser del 83.8% en la comarca y del 79.7% en la región.

(12) RAPPORT DU CONSEIL DE L'EUROPE ET EN FINLANDE. Pág. 12 (10).

(13) PÉREZ MARTÍN, M. V. y RABADÁN ASENSIO, A. (8). Pág. 11.

(14) ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A. (1). Pág. 315.

(15) Datos facilitados por el personal de la Sección de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

(16) BRAVO, F. et al. (4).

TABLA XV

EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA, COMARCA DEL NOROESTE Y REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	C. Vega Alta	Región Murciana		C. Noroeste	
		I.N.E. (1)	Reg. Civ.		
1961	46.1	40.9	38.8		—
1962	40.8	36.3	32.1		—
1963	39.4	32.5	29.9		—
1964	40.8	34.4	32.9		—
1965	43.3	36.4	33.0		—
I Quinq.	42.1		36.1	33.3	50.5
1966	26.8	32.2	29.0		—
1967	35.8	31.3	28.6		—
1968	26.9	29.2	27.0		—
1969	36.3	28.2	26.3		—
1970	39.6	30.2	28.9		—
II Quinq.	33.1		30.2	28.0	45.6
1971	30.5	24.9	25.3		—
1972	37.0	24.6	24.3		—
1973	26.0	22.1	21.7		—
1974	19.3	20.5	19.7		—
1975	28.4	21.1	19.0		—
III Quinq.	28.2		22.6	22.0	29.5
1976	23.9	20.0	17.4		—
1977	16.2	16.5	14.2		—
1978	11.0	13.2	12.5		—
1979	9.8	12.8	11.4		—
1980	12.0	14.2(2)	12.8		—
IV Quinq.	14.6		15.3	13.7	15.6

(1) Elaboración propia a partir de los datos del I.N.E.

(2) Calculada por correlación lineal con tasas Reg. Civ. (no datos del I.N.E.).

GRÁFICA 14.^a

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

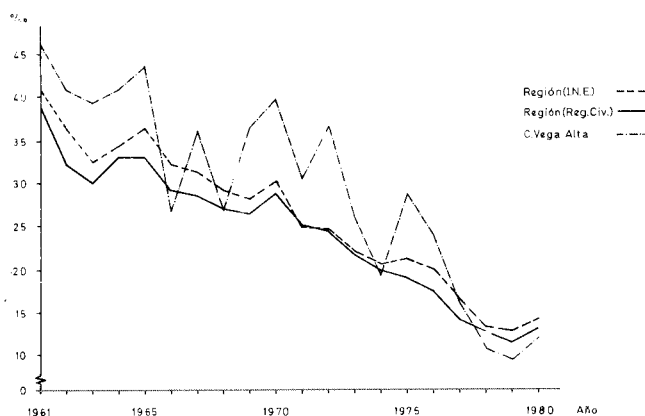


TABLA XVI

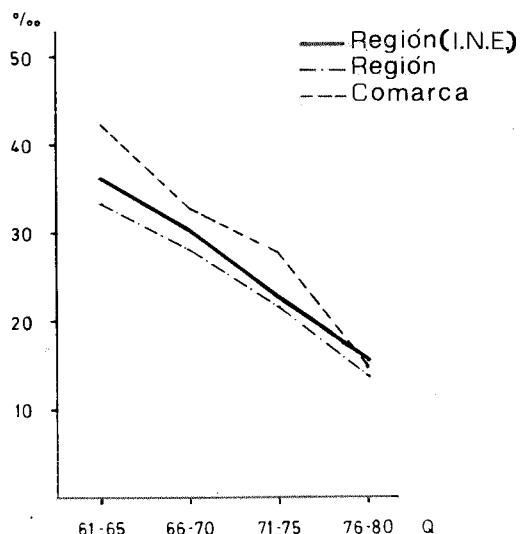
EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD INFANTIL. COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infeciosas	2152.9	(51.2)	1229.0	(37.3)	904.7	(32.3)	286.5	(19.5)
Congénitas	231.2	(5.5)	240.4	(7.3)	338.1	(12.1)	277.5	(18.9)
Perinatales	186.8	(4.4)	231.5	(7.0)	319.8	(11.4)	268.6	(18.3)
Mal Definidas	933.8	(22.2)	1086.5	(33.0)	904.7	(32.3)	474.5	(32.3)
Accidentes	17.8	(0.4)	35.6	(1.1)	73.1	(2.6)	35.8	(2.4)
Resto enferm.	106.7	(2.5)	204.8	(6.2)	73.1	(2.6)	71.6	(4.9)
No Consta	578.0	(13.7)	267.2	(8.1)	182.8	(6.5)	53.7	(3.7)
TOTAL	4206.3	(100.0)	3295.0	(100.0)	2796.3	(100.0)	1468.2	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

GRÁFICA 15.^a

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



GRÁFICA 16.^a

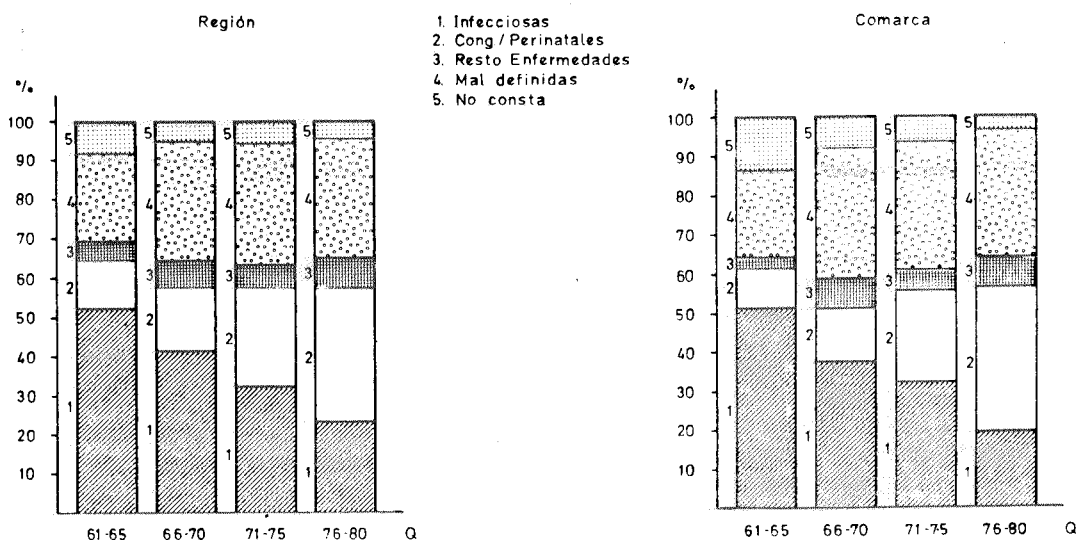


TABLA XVII

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD INFANTIL. REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	1741.3	(51.1)	1158.5	(40.5)	711.0	(32.0)	311.0	(22.9)
Congénitas	182.3	(5.3)	217.6	(7.7)	315.7	(14.2)	258.8	(19.0)
Perinatales	252.2	(7.5)	263.4	(9.2)	235.0	(10.6)	202.2	(14.9)
Mal Definidas	752.0	(22.1)	851.2	(29.8)	672.6	(30.4)	412.0	(30.3)
Accidentes	7.0	(0.2)	21.9	(0.8)	50.7	(2.2)	43.7	(3.2)
Resto enferm.	147.9	(4.4)	155.7	(5.4)	80.7	(3.7)	56.4	(4.1)
No Consta	319.2	(9.4)	191.6	(6.6)	152.1	(6.9)	75.5	(5.6)
TOTAL	3401.9	(100.0)	2859.7	(100.0)	2217.8	(100.0)	1359.6	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA XVIII

EVOLUCIÓN ANUAL DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

Año	M. Neo. Precoz		M. Neo. Tardía		M. Postneonatal		M. Infantil	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
1961	10.6	(23.0)	5.5	(11.9)	29.9	(64.9)	46.1	(100.0)
1962	7.5	(18.4)	5.6	(13.7)	27.7	(67.9)	40.8	(100.0)
1963	11.5	(29.2)	6.0	(15.2)	22.0	(55.8)	39.4	(100.0)
1964	11.9	(29.2)	5.1	(12.5)	23.8	(58.3)	40.8	(100.0)
1965	11.3	(26.0)	7.9	(18.2)	24.2	(55.8)	43.4	(100.0)
1966	6.1	(22.8)	3.1	(11.6)	17.6	(65.7)	26.8	(100.0)
1967	7.6	(21.2)	4.2	(11.7)	24.0	(67.0)	35.8	(100.0)
1968	5.3	(19.7)	5.7	(21.2)	15.9	(59.1)	26.9	(100.0)
1969	14.0	(38.6)	5.7	(15.7)	16.6	(45.7)	36.3	(100.0)
1970	15.4	(38.9)	5.5	(13.9)	18.8	(47.5)	39.6	(100.0)
1971	11.9	(39.0)	3.3	(10.8)	15.3	(50.2)	30.5	(100.0)
1972	17.1	(46.2)	6.6	(17.8)	13.3	(39.9)	37.0	(100.0)
1973	11.4	(43.8)	2.7	(10.4)	11.9	(45.8)	26.0	(100.0)
1974	8.1	(42.0)	3.1	(16.1)	8.1	(42.0)	19.3	(100.0)
1975	12.9	(45.4)	4.4	(15.5)	11.1	(39.1)	28.4	(100.0)
1976	13.9	(58.1)	4.3	(18.0)	5.6	(23.4)	23.9	(100.0)
1977	7.2	(44.4)	2.7	(16.7)	6.3	(38.9)	16.2	(100.0)
1978	6.9	(62.7)	1.8	(16.4)	2.3	(20.9)	11.0	(100.0)
1979	4.4	(44.9)	2.7	(27.6)	2.7	(27.6)	9.8	(100.0)
1980	5.3	(44.2)	3.1	(25.8)	3.6	(30.0)	12.0	(100.0)

GRÁFICA 17.ª

EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

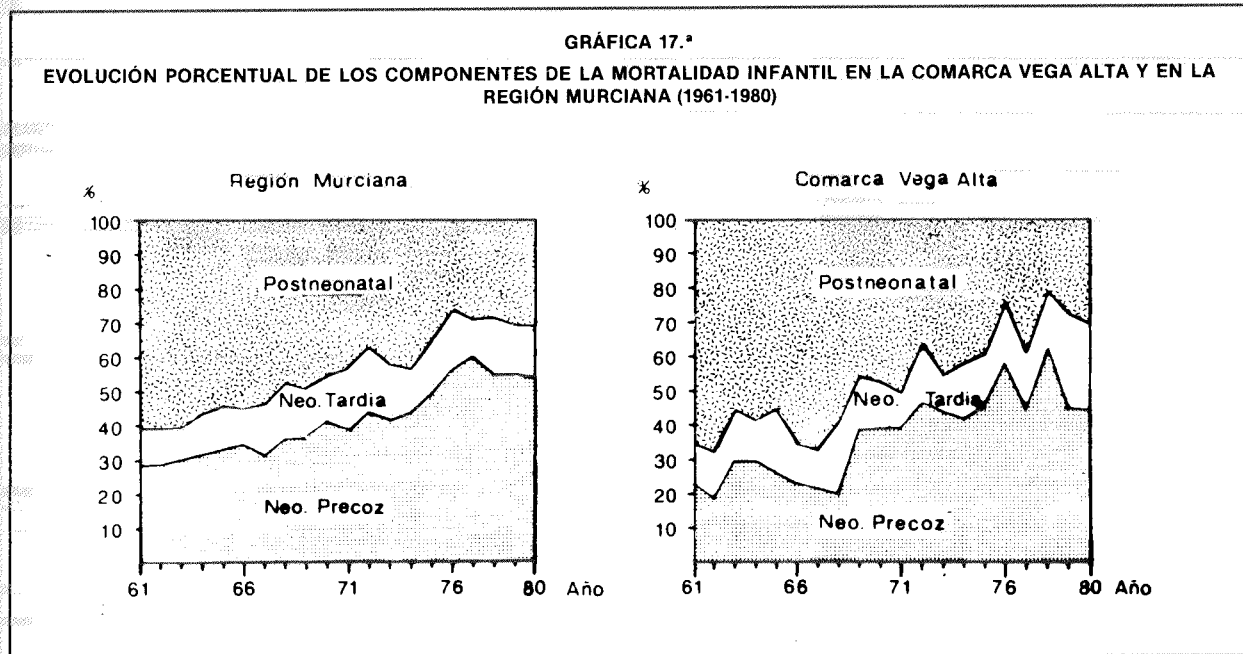


TABLA XIX

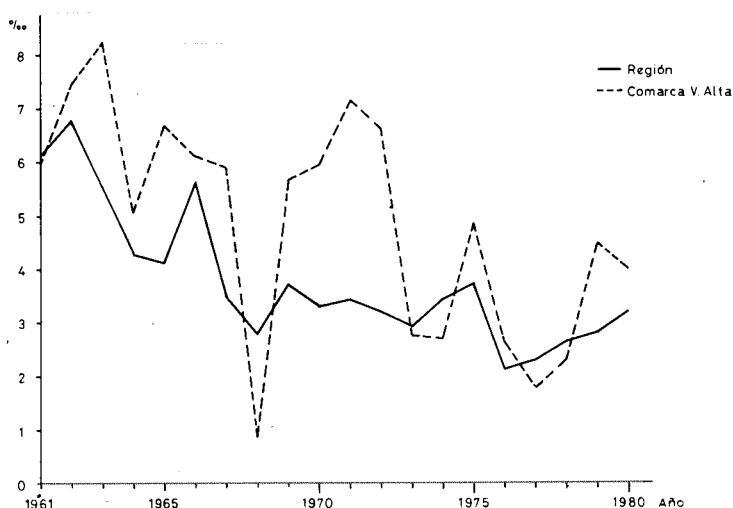
EVOLUCIÓN ANUAL DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Año	M. Neo. Precoz		M. Neo. Tardía		M. Postneonatal		M. Infantil (1)	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
1961	11.5	(28.1)	4.7	(11.5)	24.8	(60.6)	40.9	(100.0)
1962	10.4	(28.7)	3.9	(10.7)	22.0	(60.6)	36.3	(100.0)
1963	9.8	(30.1)	3.2	(9.8)	19.8	(60.9)	32.5	(100.0)
1964	10.9	(31.7)	4.0	(11.6)	19.9	(57.8)	34.4	(100.0)
1965	12.0	(33.0)	4.6	(12.6)	20.0	(54.9)	36.4	(100.0)
1966	11.0	(34.2)	3.5	(10.9)	17.8	(55.3)	32.2	(100.0)
1967	9.9	(31.6)	4.6	(14.7)	16.9	(54.0)	31.3	(100.0)
1968	10.5	(36.0)	4.9	(16.8)	13.7	(46.9)	29.2	(100.0)
1969	10.2	(36.2)	4.2	(14.9)	13.9	(49.3)	28.2	(100.0)
1970	12.4	(41.0)	4.0	(13.2)	13.8	(45.7)	30.2	(100.0)
1971	9.6	(38.6)	4.5	(18.1)	10.9	(43.8)	24.9	(100.0)
1972	10.8	(43.9)	4.7	(19.1)	9.0	(36.6)	24.6	(100.0)
1973	9.2	(41.6)	3.6	(16.3)	9.2	(41.6)	22.1	(100.0)
1974	8.9	(43.4)	2.7	(13.2)	8.8	(42.9)	20.5	(100.0)
1975	10.4	(49.3)	3.2	(15.2)	7.5	(35.5)	21.1	(100.0)
1976	11.2	(56.0)	3.5	(17.5)	5.2	(26.0)	20.0	(100.0)
1977	9.9	(60.0)	1.8	(10.9)	4.8	(29.1)	16.5	(100.0)
1978	7.2	(54.5)	2.2	(16.7)	3.8	(28.8)	13.2	(100.0)
1979	7.0	(54.7)	1.9	(14.8)	3.9	(30.6)	12.8	(100.0)
1980	7.6	(53.5)	2.2	(15.5)	4.4	(31.0)	14.2	(100.0)

(1) Tasas calculadas con los datos recogidos en los Registros Civiles.

GRÁFICA 18.^a

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PREESCOLAR EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)



GRÁFICA 19.^a

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PREESCOLAR EN LA COMARCA VEGA ALTA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

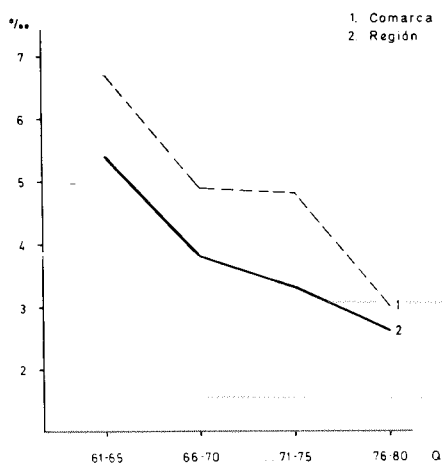


TABLA XX

EVOLUCIÓN ANUAL Y QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD PREESCOLAR EN LA COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA Y EN LA REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

Años	C. Vega Alta	Región Murciana
1961	6.0	6.1
1962	7.5	6.8
1963	8.3	5.6
1964	5.1	4.3
1965	6.7	4.1
I Quinq.	6.7	5.4
1966	6.1	5.6
1967	5.9	3.5
1968	0.9	2.8
1969	5.7	3.7
1970	5.9	3.3
II Quinq.	4.9	3.8
1971	7.2	3.4
1972	6.6	3.2
1973	2.7	2.9
1974	2.7	3.4
1975	4.9	3.7
III Quinq.	4.8	3.3
1976	2.6	2.1
1977	1.8	2.3
1978	2.3	2.6
1979	4.4	2.8
1980	4.0	3.2
IV Quinq.	3.0	2.6

TABLA XXI

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD PREESCOLAR. COMARCA VEGA ALTA DEL SEGURA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	275.7	(41.33)	160.3	(32.7)	182.8	(38.5)	80.6	(26.5)
Congénitas	26.7	(4.0)	8.9	(1.8)	9.1	(1.9)	17.9	(5.9)
Perinatales	—	—	—	—	—	—	—	—
Mal Definidas	133.4	(20.0)	151.4	(30.9)	73.1	(15.4)	71.6	(23.5)
Accidentes	106.7	(16.0)	98.0	(20.0)	137.1	(28.9)	98.5	(32.3)
Resto enferm.	124.5	(18.7)	62.3	(12.7)	73.1	(15.4)	26.9	(8.8)
No Consta	—	—	8.9	(1.8)	—	—	9.0	(2.9)
TOTAL	667.0	(100.0)	489.8	(100.0)	475.2	(100.0)	304.4	(100.0)

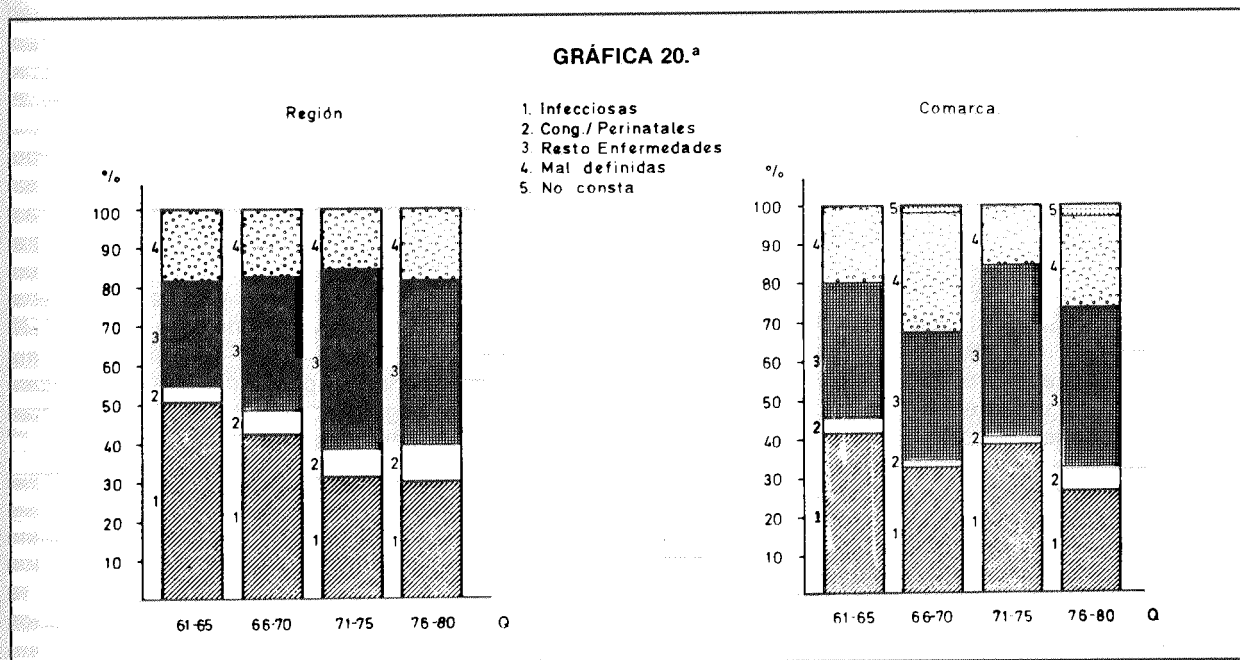
Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA XXII

EVOLUCIÓN QUINQUENAL DE LAS TASAS ESPECÍFICAS EN LA MORTALIDAD PREESCOLAR.
REGIÓN MURCIANA (1961-1980)

	I QUINQUENIO		II QUINQUENIO		III QUINQUENIO		IV QUINQUENIO	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Infecciosas	273.0	(50.9)	161.6	(43.0)	102.5	(31.1)	74.6	(29.7)
Congénitas	17.8	(3.3)	21.9	(5.9)	22.8	(7.0)	21.2	(8.5)
Perinatales	3.9	(0.8)	—	—	1.0	(0.3)	3.1	(1.2)
Mal Definidas	95.6	(17.7)	65.9	(17.5)	52.8	(16.0)	47.9	(19.0)
Accidentes	69.9	(13.0)	81.9	(21.7)	108.7	(33.0)	79.9	(31.8)
Resto enferm.	71.0	(13.2)	41.9	(11.1)	39.3	(12.0)	19.1	(7.7)
No Consta	5.8	(1.1)	2.9	(0.8)	2.0	(0.6)	5.4	(2.1)
TOTAL	537.0	(100.0)	376.1	(100.0)	329.1	(100.0)	251.2	(100.0)

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.



Si analizamos las causas que producen las defunciones en todos los grupos estudiados, observamos lo siguiente:

a) Conforme pasa el tiempo, la mortalidad se va concentrando, durante el primer año de vida, en los menores de 28 días de vida, es decir, en el grupo Neonatal, y dentro de él en el Neo. Precoz (menores de 7 días de vida). De esta forma, mientras que en 1961 el 64.9% de los menores de un año morían durante el periodo Postneonatal, en 1980 tan sólo lo hacen un 30.0%, en tanto que en el Neonatal fallecen el 70.0% y en el Neo. Precoz un 44.2% (23.0% en 1961) (ver tabla XVIII y gráfica 17.^a). En la región ocurre otro tanto (ver tabla XIX y gráfica 17.^a).

b) La mortalidad por causas Congénitas y Perinatales, es tanto mayor cuanto menor es la edad y cuanto más cerca en el tiempo analicemos sus tasas. Dentro de estos grupos la debida a causas Congénitas tiende a aumentar con el transcurso del tiempo, de forma más intensa que la debida a causas Perinatales y esto es más evidente cuanto mayor es la edad del grupo considerado.

c) La mortalidad por causas Mal Definidas tiene una evolución decreciente de su tasa, aun-

que porcentualmente evoluciona de forma opuesta. Esto se debe, en nuestra opinión, a varios hechos:

- 1.º En este grupo hemos incluido las defunciones por Prematuridad.
- 2.º Una mejor y más completa certificación de la defunción.
- 3.º Una parte de las defunciones mantiene, por diversos motivos (entre ellos la falta de necropsias), la indefinición de la causa de la defunción.

Todo esto hace que la mortalidad por causas Mal definidas adquieran una mayor importancia con el tiempo a pesar de disminuir el valor de su tasa.

d) Las defunciones por causas Infecciosas sufren una enorme disminución, sobre todo en el grupo Postneonatal, en donde la tasa comarcal disminuye un 92.9% su valor (un 93.4% en la región), aunque la disminución que sufren las Enteritis llega a ser, en todos los municipios y, por tanto, en la región, del 100% en este grupo.

Las defunciones producidas por accidentes van cobrando una importancia creciente cuanto mayor es la edad del grupo considerado y cuanto

más cerca en el tiempo. Su importancia es máxima en el grupo Preescolar, donde mueren por esta causa, en el cuarto quinquenio en la comarca que hemos estudiado, un 32.3% del total de las defunciones producidas (31.8% en la región).

Las defunciones cuya causa No consta se observan prácticamente en el 100% de los casos, en los abortos, lo que explica que su porcentaje sea mínimo en los grupos Neonatal Tardío, Postneonatal y Preescolar, y que su importancia sea muy grande en los grupos Perinatal y Neonatal Precoz, aunque en ellos se observa una fuerte disminución con el tiempo.

A la vista de estas consideraciones, y en una primera aproximación, podemos decir que la mortalidad en el primer año de vida ha disminuido, en términos generales, aunque cada vez adquiere mayor importancia la que se produce durante el primer mes de vida y especialmente durante la primera semana. Y esto a pesar de que:

— De los datos encontrados referentes a la comarca —que son no muy representativos del nivel de vida de sus habitantes— y los de la región se desprende la conclusión de que se ha producido un aumento del nivel de vida (17).

— SATURNO HERNÁNDEZ, P. (18), GARCÍA BASTERRECHEA, J. M.^a (19) y NAVARRO SÁNCHEZ, M.^a C. (20), en trabajos sobre Infraestructura Sanitaria —el segundo de ellos sobre la comarca objeto de este estudio— de diversas comarcas de la región, encuentran una mejora sustancial del abastecimiento de agua potable y de la red de alcantarillado, así como de la eliminación de los residuos sólidos, aunque hacen notar que aún son muy graves las deficiencias encontradas. La mejora de esta infraestructura sanitaria coincide, al menos en la Vega Alta, con una fuerte disminución de la tasa de Fiebre Tifoidea (21) y con una disminución importante de la mortalidad por Enteritis en los grupos de edad objeto de este estudio. No obstante, la mortalidad por causas infecciosas aún puede considerarse alta en los grupos Postneonatal (30.4% en la comarca en el cuarto quinquenio) y Preescolar (26.5% en el mismo quinquenio). Además, los recursos materiales y el personal sanitario apenas ha experimentado variación alguna de forma que —por ejemplo— si el número de médicos por cada 1.000 habitantes era, en 1960, en la comarca de 0.60, en 1974 pasa a ser de 0.65 (22).

CONCLUSIONES

A la vista de todo lo anterior podemos afirmar, que si tradicionalmente se han venido distinguiendo tres peligros para los menores de un año de edad, Infeccioso, Alimentario y Congénito, la mortalidad a lo largo del tiempo debido a cada uno de ellos ha manifestado una sensible variación, de forma que si hace 20 años la mortalidad se debía mayoritariamente a los peligros Infeccioso y Alimentario (causas exógenas) y el grupo Postneonatal era el más afectado, en la actualidad ha pasado a producirse sobre todo por causas de origen Congénito (causas endógenas), y afecta mayoritariamente a los menores de 28 días, es decir, al

grupo Neonatal, y dentro de éste al Neonatal Precoz. Y eso es así a pesar de la mejora de la Infraestructura Sanitaria, de una mejor atención al parto, y de un aumento del nivel de vida de esta comarca, todo lo cual no hace sino poner de manifiesto lo resistente de estas enfermedades congénitas a la acción sanitaria y a la mejora del medio ambiente. De ahí que la proporción con que los factores de origen externo e interno contribuyen a la mortalidad en los menores de un año, dependa del desarrollo socio-económico de un país. La mortalidad infantil, pues, va haciendo hincapié en las causas congénitas y hereditarias.

En los niños mayores de un año, la mortalidad también evidencia una fuerte disminución en nuestro estudio (33.2% en la Vega Alta y 47.8% en la Región), aunque sigue siendo alta la mortalidad por causas Infecciosas —la segunda en importancia en el cuarto quinquenio en la comarca—, por lo que es necesaria la lucha contra ellas a través de una mejora de la Infraestructura Sanitaria y de la acción sanitaria —campanas de vacunación y educación sanitaria; potenciación de la asistencia sanitaria, con el tratamiento y prevención de los trastornos nutritivos, todo lo cual pasa por la integración de los aspectos de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y de la Labor Asistencial, en lo que la O.M.S. denomina como ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD—, adquiriendo una enorme importancia la prevención de los Accidentes, que en este grupo de edad son, en esta comarca, la primera causa de muerte.

Por último, no podemos dejar de mencionar que la evolución de estas tasas y la desviación de la mortalidad hacia edades más tempranas, plantea la urgencia de establecer sistemas correctos de información de la mortalidad fetal tardía y de la neonatal precoz, que faciliten los datos necesarios —no sólo a nivel regional— para una eficaz planificación de las acciones de salud, que nos permitan alcanzar los mayores niveles de salud posibles y acordes con nuestro nivel de desarrollo económico y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARBELLO CURBELO, A.; ARBELLO LÓPEZ DE LEYTONA, A. (1980): *Demografía sanitaria infantil*. Madrid. Paz Montalvo.
2. BANCO DE BILBAO (1978). *Renta de España y su distribución provincial (serie homogénea 1955-1975)*. Artes Gráficas Grijelmo. Bilbao.
3. BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO (1966 a 1981). *Anuarios del Mercado Español (de los años 1966 a 1981, excepto el de 1974)*. Madrid.

(17) Datos obtenidos de las publicaciones del Banco de Bilbao (2), Banco Español de Crédito (3) y Caja de Ahorros de Alicante y Murcia (5).

(18) SATURNO HERNÁNDEZ, P. (11).

(19) GARCÍA BASTERRECHEA, J. M. (5). Tanto de este autor como del anterior se hace necesario consultar las tablas correspondientes a las fuentes de agua potable y a la entrada en funcionamiento de la red de agua potable y también los datos relativos a la red de alcantarillados y a la recogida de basuras.

(20) NAVARRO SÁNCHEZ, M.^a C. (7). Es necesario hacer las mismas consultas que en el caso anterior.

(21) RAMOS GARCÍA, E. (9). «Distribución comarcal», pág. 2.

(22) GARCÍA BASTERRECHEA, J. M. Op. cit. (6).

4. BRAVO, F. et al. (1979). *Sociología de los ambulatorios*. Ariel, Barcelona.
5. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia (1980-1981). *Murcia. Datos y series estadísticas*.
6. GARCÍA BASTERRECHEA, J.M. *Aspectos estructurales de la sanidad en las comarcas de la Vega Alta del Segura, Altiplano Jumilla-Yecla y subcomarca Fortuñabania (1960-1975)*. Facultad de Medicina, Murcia.
7. CHACÓN JIMÉNEZ, F. et al (1980). *Historia de la Región Murciana*. Vol. I. Mediterráneo, S. A. Murcia.
8. NAVARRO SÁNCHEZ, M. C. (1982). *Aspectos estructurales de la sanidad en la comarca del campo de Cartagena (1960-1975)*. Murcia.
9. PÉREZ MARTÍN, M. V.; RABADÁN ASENSIO, A.

(1979). Situación de la mortalidad infantil y materna. Análisis comparativo de las regiones Extremadura, Murcia, Madrid y País Vasco Navarro con el estado español *Rev. de Sanidad e Higiene Pública*.

10. RAMOS GARCÍA, E.; VIVIENTE LÓPEZ, E.; FERNÁNDEZ NAFRIA, A. (1979). Estudio epidemiológico de la Fiebre Tifoidea en la provincia de Murcia de 1948 a 1975. *Rev. Sanidad e Higiene Pública*, 53, 1043-1079.

11. RAPPORT DU CONSEIL DE L'EUROPE ET EN FINLANDE (1977). Morbidité et mortalité perinatales.

12. SATURNO HERNÁNDEZ, P. (1978). *Aspectos estructurales de la sanidad en la comarca de la Huerta de murcia (1960-1975)*. Murcia.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

LA ATENCIÓN PRIMARIA, por Martínez Navarro, J. F. *Rev. San. Hig. Púb.*, (1982), 56, 907-921.

Partiendo de la necesidad de cambio de la organización de los servicios sanitarios, el autor estudia las razones objetivas de este cambio, diferentes formas de los servicios de atención médica primaria y la situación de la atención primaria de salud en España.

LA CAUSALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA, por Martínez Navarro, J. F. *Rev. San. Hig. Púb.* (1982), 56, 1139-1148.

El autor analiza la causalidad dentro de la evolución del pensamiento científico, y muestra cómo la causalidad en epidemiología aparece enunciada de diferentes formas según el momento histórico de su formulación.

UTILIDAD EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PARTES DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA, por Farres Quesada, J. y Portella Argelaquet, E. *Rev. San. Hig. Púb.* (1982), 56, 1237-1247.

A partir del estudio de 4.321 partes de baja por incapacidad laboral transitoria, expedidos por los médicos de la Seguridad Social española de dos áreas sanitarias, se valora la calidad de la información que se incluye en estas declaraciones y su posible utilidad epidemiológica.

Los autores concluyen calificando de interés epidemiológico la posible explotación de esta información sanitaria, aunque declaran de carácter necesario que en el parte P-9 también conste la actividad laboral o profesión, además de la empresa tal como consta ahora.

EL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA, por Gili Miner, M. y Salleras Sanmartí, L. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 309-317.

MODELO DE ASIGNACIÓN ÓPTIMA DE RECURSOS EN UN SERVICIO DE SALUD, por López Giménez, M.º del R. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 581-585.

Proponemos un modelo que simule cómo usa las camas un hospital en términos de tasas de admisión

y longitud de estancia de enfermos. Así, el modelo se puede usar para predecir los efectos que tendrían los cambios en la provisión de camas, respecto a los factores mencionados y creemos que estos factores elegidos reflejan convenientemente tanto los recursos disponibles como su efecto en el conveniente funcionamiento del hospital.

ESPAÑA: DEMOCRACIA, CRISIS ECONÓMICA Y POLÍTICA SANITARIA, por Ortún, V. y Segura, A. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 603-626.

Los años de transición política coinciden, en España, con los que suceden a la crisis económica de 1973 y en ellos el país conoce un esfuerzo considerable en política social. En la actualidad se produce un importante debate acerca de cómo un sistema sanitario basado en la seguridad social —y la misma Seguridad Social— debe reformarse para dar salida a los problemas actuales. Se consideran diferentes políticas sanitarias a la luz de la presente situación económica y social, una vez que el lector ha sido familiarizado con el estado de salud de la población, las características más distintivas del Sistema Sanitario Español y las peculiaridades de su Estado del Bienestar. Finalmente, se intentan acotar las perspectivas de la intervención del Estado en la política sanitaria española.

ESTUDIO DE LOS RECURSOS PARA LA SALUD DEL BARRIO DE LA CARTUJA, DE GRANADA, por De la Revilla, L.; López-Fernández, L. A.; Arribas Mir, L.; Carrasco, R. y Aranda-Regulez, J. M. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 81-88.

En este estudio de los recursos para la salud del polígono de La Cartuja, de Granada, se plantean éstos analizando, en primer lugar, la ausencia de información de que disponemos sobre los recursos del «sistema de salud informal» así como la disposición a estudiarlo en el futuro.

A continuación se estudian los recursos del «sistema de salud institucional», la población que accede a cada recurso para pasar por último a describir el tipo y el grado de utilización (de junio de 1981 a noviembre de 1982) de los distintos niveles de atención que corresponden a la población consignada al Centro de Salud de La Cartuja.

IMPORTANCIA DE LOS LABORATORIOS DE SANIDAD. IDEAS ACERCA DE LA ORGANIZACIÓN DE UNA RED DE LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA SANITARIA, por Nájera, R. y Casal, J. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 349-353.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA, por Arévalo Alonso, J. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 343-347.

PERSPECTIVAS DE LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA, por Félix Lobo. *Rev. San. Hig. Púb.* (1983), 57, 509-515.

El autor hace revisión del sistema español de autorización de medicamentos antes y después de 1977, llegando a la conclusión de que a pesar de la introducción de las normas sobre asociaciones medicamentosas y del Real Decreto de 1977, el sistema de registro sin garantías públicas de la eficacia de los medicamentos no ha dejado de existir en España. A continuación expone los proyectos a corto y medio plazo de la Administración sanitaria española, en especial la futura Ley del medicamento.

TESIS DE LICENCIATURA, PRESENTADAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA EN JULIO DE 1984.

MAS BERMEJO, Carlos: «Estudio epidemiológico de las caries dental en niños afectados con el síndrome de Down». Directores: Elvira Ramos, Enrique Viviente.

Se explora el estado de la dentición de los 70 niños con síndrome de Down ingresados en la Fundación Carrero Blanco de El Palmar (Murcia).

Se obtienen conclusiones como la de algo menor prevalencia de caries por niño que en la población general, y la mayor afectación del sexo masculino. La atención dental de este colectivo es nula.

MURCIA MEROÑO, Francisco: «Evolución de la mortalidad en la infancia en el municipio de Murcia 1966-1970». Director. P. Marset.

Dentro del estudio sobre la mortalidad en la infancia en la Región de Murcia, forma parte el trabajo concreto sobre el municipio de Murcia, realizado además de al autor, por los licenciados Encarnación León Pellicer y Fuensanta Aliaga.

La característica de este estudio, es que se han separado los casos procedentes del casco urbano, de los procedentes del conjunto de pedanías. Incluso tenían hecho el estudio por los diferentes barrios del casco urbano, pero en la presentación de la tesis no lo han utilizado. Se centra en el quinquenio de 1966-1970, sentando las características más importantes de la mortalidad infantil. Como en trabajos anteriores sobre el tema, se señala la irregularidad en la consignación de los datos para las muertes fetales tardías, lo que hace difícil valorar la mortalidad perinatal.

En general los valores para el casco urbano son inferiores a los de las pedanías, sobre todo por la mejor infraestructura sanitaria que hace descender la mortalidad por infecciones.

ARTERO GALÁN, Miguel: «Quimioterapia experimental frente a Leishmania Mexicana Amazonensis un modelo in vitro en vivo». Director: Francisco Martín Luengo.

GARCÍA RUIPÉREZ, M.^a Dolores: «Evolución de la mortalidad perinatal infantil y preescolar en la Comarca de Mula 1961-1980». Director: P. Marset.

BLANCO MARÍN, M.^a Isabel: «Actitud de la población femenina murciana frente ante la planificación familiar». Director: P. Marset.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

«III JORNADAS ESTATALES DE DEBATE SOBRE SANIDAD PÚBLICA», El área de Salud, 7, 8 y 9 de diciembre de 1984, Murcia.

Organizado por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Murcia, en colaboración con la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Murcia, la Universidad de Murcia y el Ayuntamiento de Murcia, se va a celebrar en los días 7, 8 y 9 de diciembre de 1984, las III JORNADAS ESTATALES DE DEBATE SOBRE SANIDAD PÚBLICA dirigidas a todos los profesionales del sector sanitario que estén interesados en el esfuerzo por conseguir que la organización de nuestro sistema de servicios sanitarios tenga como objetivo el logro de los mayores niveles de salud para la comunidad en el marco de un Servicio Nacional de Salud.

El tema central será el análisis del Área de la Salud y los aspectos más destacados que se van a tratar son los siguientes:

— Día 7 (mañana).—La regionalización de los servicios de salud.

— Día 7 (tarde).—Organización de la Atención Primaria de Salud.

— Día 8 (mañana).—Organización de la Atención Hospitalaria.

— Día 8 (tarde).—Gestión del Área de Salud.

— Día 9 por la mañana se celebrará el Congreso de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Se admitirán Comunicaciones a los Temas Oficiales hasta el 15 de octubre de 1984, dirigidas a Secretaría de las III JORNADAS ESTATALES DE DEBATE SOBRE SANIDAD PÚBLICA. Apartado de Correos, 277, Murcia.

La admisión o rechazo, estará a cargo de un Comité Científico, que comunicará su decisión antes del 1 de noviembre.

CURSO DE AUXILIARES DE PUERICULTURA

Organizado por la Escuela Provincial de Puericultura que dirige el Dr. Quiles, se abrirá el plazo de matrícula para estos cursos los días 29 de agosto al 9 de septiembre.

Dirigido a personal femenino sin que por el momento se exija ninguna titulación.

Su objetivo es el de divulgar los conocimientos del cuidado del niño sano a futuras madres, profesionales de medios infantiles (guarderías, etc.).

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

Local: Salón de Actos de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

CURSO DE DIPLOMADAS DE PUERICULTURA

Organizado por la Escuela Provincial de Puericultura.

Se abrirá el plazo de matrícula para ingreso en estos cursos del 29 de agosto al 9 de septiembre.

Dirigido a maestras y maestros y a población femenina y posea la titulación de Bachiller Elemental, Graduado Escolar y 8.º de E.G.B.

Duración: 9 meses, con clases teóricas y prácticas diarias de 9 a 12, con el siguiente programa: higiene infantil y escolar en todos sus aspectos físico, mental y social, maternología, epidemiología y alimentación.

Local: Salón de Actos de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

Mesa redonda sobre LAS DROGODEPENDENCIAS EN NUESTRO MEDIO

Con los siguientes participantes:

D. JOAQUÍN ANGEL DE DOMINGO MARTÍNEZ
Magistrado Juez - Cartagena

D.ª PILAR MÉNDEZ BAQUER
Presidenta de la Asociación Regional Murciana para la Prevención de las Drogodependencias

D. JUAN RUIZ BOLUDA
Comisario Jefe de Policía de Cartagena

D. BARTOLOMÉ RUIZ PERIAGO
Psicólogo del Centro de Salud Mental de Yecla

D. CASIMIRO BONMATÍ LIMORTE
Médico. Experto en Drogas del C. O. J. de Cartagena

D. DAMIÁN ROMERO LÓPEZ
Presidente de la Cámara de Comercio de la Región de Murcia

D. LUIS DELGADO ARGUDO
Psicólogo y Abogado - Cartagena

D. LORENZO BERMEJO AGÜERA
Presidente de F.A.B.A.C.E. - Cartagena

Moderador:

D. LUIS A. CERVANTES MARTÍNEZ
Médico Psiquiatra. Presidente del C. O. J. de Cartagena

Organiza el Centro de Orientación Juvenil de Cartagena. Lunes, 22 de octubre de 1984. 7,30 tarde.

LEGISLACIÓN SANITARIA

— Ampliación de la asistencia sanitaria a beneficiarios de MUFACE. R. de 29-08-84 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública. B.O.E. 208 de 30-08-84, pág. 25.002.

— Modificación del petitorio común de farmacia y la relación de preparados de los laboratorios farmacéuticos de las Fuerzas Armadas. O. de 18-09-84, del Ministerio de Defensa. B.O.E. 233 de 28-09-84, pág. 28.170.

— Revisión de precios de las especialidades farmacéuticas. O. de 19-09-84, de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 231 de 26-09-84, pág. 27.976.

— Regulación de obligatoriedad del informe de alta en establecimientos sanitarios. O. de 06-09-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 221 de 14-09-1984, pág. 26.685.

— Nomenclación de los tribunales calificadores que juzgarán las pruebas selectivas para el ingreso

en el Cuerpo de Veterinarios titulares. O. 24-10-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 257 de 26-10-84, pág. 31.139.

— Modificación de algunos de los artículos y epígrafes de determinadas Reglamentaciones para la elaboración, circulación y comercio de bebidas derivadas a alcoholes naturales. R. D. 1908/1984 de 26-09-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 259 de 29-10-84, pág. 31.337.

— Reglamentación técnico-sanitaria de Mataderos de conejos, salas de despiece, industrialización, almacenamiento, conservación, distribución y comercialización de sus carnes. R. D. 1915/1984 de 26-09-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 260, pág. 31.433.

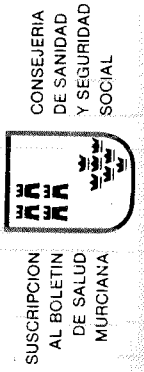
— Decreto 116/1984 de 8 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. B.O.R.M. de 17-10-1984.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Semanas: 36 a 39 (2 al 30 de septiembre 1984 y 4 de septiembre al 2 de octubre 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Caso de 100.000 hab.	Fiebre Tifoidea		Bruce-losis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis Rubeola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonia		Disenteria		Gonococia		Sifilis							
			1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984								
NOROESTE	65.521	1,5	9	0	5	6	1	0	9	9	0	2	125	75	0	0	1	0	3	7	7	0	3	2	1	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0						
ALTIPLANO	45.970	2,2	3	0	2	3	0	1	9	20	0	0	5	73	0	0	0	0	5	13	2	1	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2				
LORCA	110.866	0,9	0	1	9	2	0	0	3	10	2	0	141	248	0	0	1	3	12	4	12	1	3	3	2	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
CARTAGENA	238.201	0,4	3	6	1	2	0	1	3	0	0	2	75	201	1	5	2	3	15	40	16	13	12	33	4	8	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0		
MULA	21.839	4,6	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	3	24	0	0	0	0	2	3	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.265	2,4	0	0	0	1	0	0	3	1	2	1	38	20	1	0	0	1	3	12	18	0	8	10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CIEZA	47.996	2,1	0	0	0	0	0	0	2	5	0	2	31	11	0	0	1	4	13	4	2	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MOLINA	76.645	1,3	1	4	0	1	1	4	3	1	4	1	126	295	3	0	2	1	4	14	1	41	6	2	6	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	10	13	0	0	0	0	2	2	7	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	3	1	2	0	4	3	13	39	5	19	250	757	2	0	21	3	27	48	25	45	8	14	28	27	2	4	0	0	4	9	10	1	18	18	1	3	0	0		
TOTAL REGION	955.215	0,1	19	12	21	15	7	10	46	87	14	27	804	1717	7	5	28	15	86	147	90	106	43	64	54	58	6	9	0	0	7	17	20	8	57	88	6	7	0	0		

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



SUSCRIPCIÓN
AL BOLETÍN
DE SALUD
MURCIANA

CONSEJERIA
DE SANIDAD
Y SEGURIDAD
SOCIAL

