

BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES



COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE LA REGIÓN MURCIANA

AÑO 1984 - NOVIEMBRE-DICIEMBRE

VOL. IV, NÚMS. 11-12

BOL. S. R. M. IV, 161-196

ÍNDICE

	Pág.
Editorial	163
Carmen Navarro Sánchez: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. 1984	164
Raquel Ponce Fernández: DIETA EN COMEDORES ESCOLARES	169
Carmen Navarro Sánchez - Juan Antonio Sánchez Sánchez - José Antonio Molina Illán: VALIDEZ DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN COMO FUENTE DE DATOS EN LAS ESTADÍSTICAS SOBRE EL CÁNCER. UN ESTUDIO PRELIMINAR	177
Elvira Ramos García: CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO EN LA REGIÓN DE MURCIA	181
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS ...	185
ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA	186
LEGISLACIÓN SANITARIA	187
ÍNDICE ARTÍCULOS ORIGINALES 1984	187
ÍNDICE DE AUTORES	188
ÍNDICE DE MATERIAS	188
ÍNDICE DE RESEÑAS DE PUBLICACIONES NACIONALES Y EXTRANJERAS	189
NÚMERO DE CASOS COMUNICADO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (noviembre-diciembre)	193-194

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. Marset 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

Depósito Legal:

MU-491-1981

EDITORIAL

El Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, José-María Morales Meseguer, nos ha comunicado su intención de modificar el Boletín de Salud de la Región de Murcia, por lo que éste es el último número que aparece bajo el Consejo Asesor y de Redacción actual, así como bajo mi dirección.

Por esta razón, y como promotora y directora del mismo que he sido, desde su aparición en agosto de 1981, quiero hacer balance de la gestión, a lo largo de los cerca tres años y medio de publicación.

El significado político y técnico de este Boletín en una Autonomía uniprovincial como la de Murcia ha sido muy relevante, por lo que ha supuesto de estímulo y potenciación de los abundantes recursos humanos y materiales que esta comunidad posee. En una etapa de grandes cambios en el modelo sanitario español, un instrumento de esta índole, ha jugado un importante papel, para ir conformando los estudios e investigaciones de los profesionales sanitarios de la región, entre los que se distribuía y que han participado en su mantenimiento, así como también para ir produciendo un cambio de opinión de los ciudadanos acerca del modelo sanitario, ya que a ellos también se distribuía a través de organizaciones sindicales y ciudadanas.

Era el primer Boletín de aparición mensual de que se dotaba la Comunidad Autónoma, realizado con recursos escasos y con más dosis de voluntarismo y entusiasmo que de infraestructura real.

Al principio el Consejo Asesor lo formaban el entonces Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, Carlos Alberola Gómez-Escolar y el Director Regional de Salud que a lo largo de este periodo ha recaído en las personas de E. Viviente López, E. Esteban Velázquez y A. Fernández Nafria. Posteriormente, entraron a formar parte con el cambio de Consejero, José-María Morales Meseguer, éste y el Vice-Consejero, F. Martínez Pardo, actual Director Regional de Asistencia Sanitaria. Asimismo estaba presente el Decano de la Facultad de Medicina.

El Consejo de Redacción fue en su principio un equipo reducido a algunos profesionales del nivel regional de la Consejería y de un representante de

la Facultad de Medicina. Así estuvieron P. Alonso, A. Corbalán, F. Galván, A. González Palacios, C. Navarro, P. Marset, P. Parra y P. Saturno. Posteriormente, en 1984, fue remodelado, dándose cabida a los decanos de las Facultades de Biológicas y Veterinaria, a representantes de equipos de atención primaria de salud J. A. Sánchez Sánchez y J. Saura; de Sanidad Municipal, J. M. Sebastián Raz, y a los nuevos responsables del Laboratorio de Salud Pública A. Martínez, y de Inspecciones Sanitarias A. Peñuela, siendo elegido J. Sánchez Sánchez como secretario en septiembre.

Se han publicado 55 artículos originales de extraordinario interés, sobre estadísticas vitales, epidemiología, promoción de salud, laboratorio de Salud Pública, Inspecciones Sanitarias y evaluación hospitalaria, por lo que resulta una fuente de consulta obligada para cualquier investigación sanitaria regional.

Se han reseñado las más importantes publicaciones sanitarias murcianas, nacionales y extranjeras; igualmente se ha hecho, con la publicidad de los actos, cursos y simposios a realizar en la región; se ha compendiado la legislación sanitaria nacional y la que afectaba a nuestra región, y finalmente se ha ofrecido el número de casos comunicados de enfermedades de declaración obligatoria.

No estamos completamente satisfechos de nuestra gestión, pues hemos tenido problemas de retraso en la aparición puntual del Boletín, y algunos otros surgidos por no haber podido cumplir la publicación de todos los originales recibidos.

Agradecemos a todos cuantos han hecho posible que el Boletín haya aparecido, fundamentalmente al Consejo de Redacción, que de forma altruista y voluntaria ha dedicado tantas horas a la lectura de originales, y a las reuniones periódicas de trabajo, así como a la secretaria administrativa Esperanza Marín Miquel.

Deseamos que la nueva etapa del Boletín, sea más fructífera y consiga muchos más éxitos que los alcanzados por nosotros.

Elvira Ramos García

Directora del Boletín de Salud
de la Región de Murcia

Situación epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria en la Región de Murcia. 1984

CARMEN NAVARRO SÁNCHEZ

Jefe Sección de Epidemiología. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye una de las fuentes sistemáticas de datos sobre morbilidad disponibles en España. Por sus características, tiene su aplicación básica en la vigilancia y acción epidemiológicas; siendo de ayuda en la descripción de las enfermedades, la planificación y evaluación de medidas preventivas. Estos usos están, en parte, condicionados por sus limitaciones en cuanto a la calidad de los datos recogidos. De un lado, porque la cobertura es incompleta y no uniforme, dependiendo del tipo de enfermedad, zona geográfica, etc. y, por otro lado, por la fiabilidad del diagnóstico, que se ve dificultada por la obligatoriedad de declarar ante sospecha, sin esperar confirmación.

En la Región de Murcia, en 1981 se incorporaron al sistema EDO los médicos de asistencia primaria y hospitalaria del INSALUD¹ y algunos meses más tarde se produjo la entrada en vigor de la nueva lista de enfermedades², lo que debe tenerse en cuenta, sobre todo para analizar tendencias seculares, valorar índices epidémicos o establecer comparaciones con otras regiones. Dentro del programa de control de calidad, desde la semana 6 de 1983, se está monitorizando la cobertura del sistema, en particular, la declaración de los médicos de asistencia primaria que trabajan en el sector público, aunque con anterioridad ya se habían realizado estudios en este aspecto³.

En este informe se presenta el resumen, correspondiente a 1984, de la información recogida a través del sistema EDO en la región, con la descripción epidemiológica de las enfermedades sujetas a notificación, así como de la cobertura de la declaración. Se compara la situación con la de los años precedentes^{4,7} y del total nacional⁸.

II. ANÁLISIS DE LA COBERTURA DEL SISTEMA E.D.O.

Se utilizan tres indicadores (absentismo en la declaración, cobertura municipal y cobertura regional), cuya metodología ha sido descrita anteriormente^{3,7}.

Absentismo en la declaración

El absentismo en 1984 ha sido del 9,5%, algo superior al del año anterior. Un tercio de los municipios remitieron el parte todas las semanas, y cinco tienen un porcentaje de absentismo superior al 20%: Abanilla (40,4%), Campos del Río (57,7%), San Javier (30,8%), San Pedro del Pinatar (46,2%) y Villanueva del Segura (100,0%). Excepto Abanilla, los otros cuatro empeoraron respecto al año pasado. Albudeite (9,6%) y Lorquí (1,9%) redujeron sensiblemente el absentismo en este año.

Cobertura de la declaración

La cobertura media regional (70,5%) ha mejorado respecto al año anterior, que fue del 64,2%⁷. Por municipios (Tabla 1) son 25 los que tienen una cobertura de la declaración superior al 80%, sumándose a este grupo Cehegín, Librilla y Lorquí que han aumentado de forma importante la proporción de médicos declarantes. También es de señalar la mejora en el municipio de Murcia, que pasa del 56,8% en 1983 al 74,2% en 1984, y Santomera. Al contrario, Lorca, Abanilla, San Pedro del Pinatar y Caravaca descienden de grupo en la tabla 1 respecto al pasado año⁷.

Por comarcas (Tabla 2), no se producen cambios importantes, salvo las mejoras en Fortuna/Abanilla, debidas principalmente al aumento de Santomera, y lo ya mencionado respecto a Murcia.

Es precisamente la mejora en casi veinte puntos en este último municipio lo que explica, en gran parte, el aumento de la media regional, pues contribuye con el 28% de los médicos de atención primaria.

III. SITUACIÓN DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

(Tablas 3 y 4)

3.1. Enfermedades infecciosas intestinales

De las cuatro entidades que integran las enfermedades infecciosas intestinales, sólo las Fiebres Tifoidea y Paratifoideas tienen en este año una incidencia semejante a los anteriores, mientras vuelve a ser más baja la de Disentería Bacilar y aumenta en la Toxi-infecciones alimentarias y otros procesos diarreicos.

Fiebres Tifoidea y Paratifoideas

Se han notificado 175 casos, siendo la tasa de incidencia de 18,3 por 100.000, algo más alta que la media española (13,9)⁸. Por comarcas, destaca Molina (46,8), que también presentó la tasa más elevada en 1983, seguida de Fortuna/Abanilla (26,5) y Campo de Cartagena.

La distribución estacional ha sido la normal, con un ligero predominio en los meses de verano. La base más fiable del diagnóstico se conoce en 55 casos (31,4%), de los cuales el aislamiento e identificación suponen el 23,6%, la serología el 67,2% y el resto sólo la sintomatología. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los casos con diagnóstico bacteriológico corresponden a enfermos hospitalarios y que la notificación individualizada es más completa, probablemente el nivel medio de diagnóstico confirmado sea más bajo.

Disentería bacilar

Presenta una incidencia bastante inferior a la de los años anteriores, siendo la tasa muy semejante a la del año 1981. Este importante descenso se debe en parte a que no se ha notificado ningún brote epidémico, a diferencia de los dos años precedentes en que se produjeron varios brotes epidémicos en guarderías.

La tasa de incidencia (10,8) es similar a la media española⁸. La mayoría de casos ocurrió entre mayo y septiembre.

Toxi-infecciones alimentarias

El número de casos de toxi-infección alimentaria se ha duplicado, reflejando la creciente importancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, una gran mayoría de las cuales se incluyen en esta rúbrica⁹. Se han declarado un total de 21 brotes (frente a 7 en 1982 y 10 en 1983), que han afectado a 661 individuos.

Otros procesos diarreicos

Ha continuado el aumento en la notificación de otros procesos diarreicos, si bien a un ritmo más

lento que en el pasado año. La tasa (7475,9) es bastante más alta que la media española (3810,1).

La tendencia estacional no es muy marcada (la razón entre las semanas de mayor número de casos a las de valores mínimos es inferior a 3:1), lo que resulta compatible con la gran variedad de agentes etiológicos que están implicados en los procesos declarados dentro de esta entidad⁹. Las comarcas con tasas más elevadas son Altiplano y Molina.

3.2. Enfermedades respiratorias

Gripe

La incidencia ha sido este año inferior al pasado, con un total de 98.566 casos y tasa de 10315,6. Comparada con España resulta algo superior, pero la tendencia es similar.

Según el informe de la O.M.S. sobre la gripe en la temporada 83-84¹⁰ predominaron en España el virus A (H₁ N₁) y B. La gripe A (H₃ N₂) contribuyó poco a la actividad gripal global, siendo España uno de los países con brotes debidos a este virus gripal.

Neumonías

Ha crecido ligeramente la notificación de casos de neumonía, con un total de 344, y una tasa de 36,0 aunque permanece muy alejada la incidencia de la media nacional (152,3). Sería de interés averiguar si esta diferencia es debida sólo a la subdeclaración. También hay que tener en cuenta que el importante descenso habido en la incidencia de sarampión puede contribuir a explicar parte de esta diferencia, ya que la tasa española es casi el doble de la de Murcia, en este año.

Otras Infecciones Respiratorias Agudas

La tasa se ha duplicado respecto al año anterior, y es también superior a la media española (19502,7).

Esta rúbrica engloba un amplio abanico de procesos respiratorios agudos de carácter infeccioso⁹, cuyo diagnóstico etiológico raramente se confirma. Se trata, pues, de una entidad de difícil valoración, dada también su reciente creación, que está muy influida por la cobertura del sistema de vigilancia, al igual que ocurre con otros procesos diarreicos.

Tuberculosis respiratoria

Se han declarado 157 casos, siendo la tasa (16,4) muy similar a la del pasado año, e inferior a la media española (29,4)⁸. En 77 casos (49,0%) se conoce la base diagnóstica, de las cuales la baciloscopia y/o el cultivo fueron positivos en el 35%.

3.3. Enfermedades exantemáticas

Sarampión

Se registra este año la incidencia más baja de todo el periodo para el que existen datos de morbilidad disponibles, que se extienden desde el año

T A B L A 1

COBERTURA DE LA DECLARACIÓN POR MUNICIPIOS. 1984

% de declaración	n.º	MUNICIPIOS
80-100	25	Cehegín, Bullas, Calasparra, Yecla, Aguilas, Totana, Aledo, Mazarrón, Fuente-Alamo, Pliego, Alcántarilla, Librilla, Alhama, Cieza, Abarán, Blanca, Molina, Ricote, Ojós, Archena, Lorquí, Alguazas, Torres de Cotillas, Fortuna.
60-79	3	La Unión, Murcia, Santomera.
40-59	7	Lorca, Cartagena, Torre-Pacheco, San Pedro del Pinatar, Campos del Río, Albudeite, Abanilla.
Menos de 40	9	Caravaca, Moratalla, Jumilla, Puerto-Lumbreras, San Javier, Mula, Villanueva, Ceuti, Beniel.

FUENTES: — Relación de médicos de APD. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
 — INSALUD. Servicio de Determinación de Honorarios.
 — Registro Declaración Semanal. Sección Epidemiología.

T A B L A 2

COBERTURA DE LA DECLARACIÓN POR COMARCA. 1983-84

COMARCA	POBLACIÓN	N.º médicos Atención Primaria en 1984	% de declaración	
			1983	1984
NOROESTE	65.521	27	65,6	63,0
ALTIPLANO	45.970	21	61,4	59,4
CAMPO DE LORCA	110.866	41	76,0	71,3
CAMPO DE CARTAGENA	238.201	92	56,9	55,5
MULA	21.839	8	37,5	39,7
ALCANTARILLA	41.265	18	92,4	97,0
CIEZA	47.996	21	88,7	91,3
MOLINA	76.645	38	82,6	89,1
FORTUNA/ABANILLA	26.327	15	38,1	59,0
MURCIA CAPITAL	284.585	110	56,8	74,2
TOTAL	955.215	391	64,2	70,5

* Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

FUENTES: — Idem tabla 1.
 — Censo 1981.

1940¹¹. Sólo se han declarado 493 casos (51,6 por 100.000 habitantes). El sarampión, con una tendencia secular de ondas epidémicas cada dos o tres años, tuvo la última en nuestra región durante el invierno y primavera 1982-83. Desde entonces, la incidencia descendió muy considerablemente, no observándose el inicio de una nueva epidemia dos años después. Paralelamente, los porcentajes de niños inmunizados con vacuna triple-vírica (Sarampión-Rubéola-Parotiditis) o Sarampión, ascendió desde un 25-30% en años precedentes¹², al 74% en 1983 y el 78% en 1984 (Datos no publicados de Promoción de Salud). Dado que la mayor parte de vacunaciones se administran a los 12-15 meses, se puede decir que hay concordancia con el descenso de la incidencia un año después.

Rubéola

Ha continuado la tendencia ascendente, en contraste con lo ocurrido con la media española

que ha descendido. Se han notificado 9.022 casos (944,2 por 100.000) que representan un aumento del 79%.

Por comarcas, los datos son complementarios, en parte, con los del año anterior, produciéndose la tasa más alta en Cieza, que fue la menor incidencia en 1983. La primavera y comienzos del verano, fueron las estaciones de mayor incidencia.

Varicela

Tras el descenso de los dos últimos años, que se inició tras un ascenso continuado desde 1971¹³, nuevamente se produce una elevación en la tasa de incidencia de varicela (1.490,0 por 100.000), que duplica a la de 1984.

Escarlatina

Un total de 494 casos se han declarado de escarlatina, siendo la tasa de 51,7 por 100.000. En

TABLA 3

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. 1981-1984

	CÓDIGO	1981		1982		1983		1984	
		casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
Fiebre Tifoidea	002	192	20,04	242	25,26	196	20,46	175	-18,32
Disenteria	004	102	10,64	222	23,10	211	22,03	104	10,88
Toxi-infección alimentaria	003 y 005	2.928	305,43	481	50,20	414	43,22	875	96,56
Otros procesos diarreicos	006 y 009	27.189	2838,09	42.817	4469,28	59.787	6241,76	71.432	7475,00
Gripe	487	66.371	6928,07	52.480	5477,91	119.537	12479,66	98.566	10315,66
Neumonía	480-486	—	—	227	23,69	270	28,18	344	36,00
Otros Infec. resp. agudas	460-466	69.901	7296,20	152.228	15889,72	205.521	21456,39	302.720	31681,91
Tuberculosis respiratoria	011 y 012	153	15,97	124	12,94	150	15,66	157	16,43
Sarampión	055	1.932	201,67	10.824	1129,82	16.334	1705,27	493	51,60
Rubéola	056	1.025	106,99	1.556	162,41	5.068	529,10	9.022	944,22
Varicela	052	11.015	1149,76	7.562	789,32	6.658	695,09	14.237	1490,01
Escarlatina	134	277	28,91	358	37,36	243	25,37	494	51,70
Brucelosis	023	250	26,09	218	22,75	208	21,72	235	24,59
Carbunco	022	0	0	1	0,10	3	0,31	8	0,84
Fiebre exantemática medit.	082	—	—	1	0,10	6	0,63	11	1,15
Sífilis	091	24	2,50	58	6,05	94	9,81	72	7,53
Infección gonocócica	098.0 y 098.1	429	44,76	682	71,18	770	80,38	875	91,58
Infección Meningocócica	036	159	16,59	126	13,15	224	23,38	133	13,92
Hepatitis Virica	070	647	67,53	776	80,99	452	47,19	621	64,99
Fiebre reumática	390-392	214	22,33	204	21,29	200	20,88	106	11,09
Parotiditis	072	3.980	415,44	2.491	260,01	3.564	372,08	11.070	1158,56
Tos Ferina	033	2.031	212,00	4.264	445,08	1.322	138,02	1.468	154,68
Lepra	030	6	0,61	0	0	0	—	1	0,10
Paludismo	080	2	0,0	0	0	1	0,0*	3	0,0*
Poliomielitis	045	1	0,10	0	0	0	—	0	0,0
Tétanos	073 y 771.3	12	1,23	9	0,93	6	0,63	6	0,63
Leishmaniasis	085	—	—	9	0,93	4	0,42	3	0,32
Triquinosis	124	—	—	—	—	1	0,10	0	0,0
Hidatidosis	122	—	—	—	—	—	—	1	0,10
Tracoma	076	—	—	—	—	—	—	2	0,21
Oftalmía Neonatorum	0984	—	—	—	—	—	—	1	0,10

* La tasa es 0 porque dos de los casos son importados y el otro de origen desconocido.

FUENTES: — Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Región de Murcia.
— Censo de Población 1981.

TABLA 4

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. DISTRIBUCIÓN COMARCAL. NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR CIEN MIL HABITANTES. 1984

		Noroeste	Altiplano	Lorca	Carta-gena	Mula	Alcanta-rilla	Cieza	Molina	Fortuna/ Abanilla	Murcia capital
Fiebre Tifoidea	casos	9	6	12	58	4	2	1	36	7	40
	tasa	14,6	12,0	10,8	23,8	18,3	4,8	2,1	46,8	26,5	14,0
Otros Proc. Diarreicos	casos	4.621	6.626	2.734	16.667	492	2.975	2.705	7.728	2.226	24.656
	tasa	7.486,0	13.252,0	2.460,6	6.833,5	2.253,4	7.199,5	5.626,4	10.046,4	8.436,5	8.630,3
Gripe	casos	9.196	4.626	8.711	17.355	1.324	3.972	1.662	13.878	1.820	36.022
	tasa	14.897,5	9.252,0	7.839,9	7.115,5	6.063,9	9.612,2	3.457,0	18.041,4	6.897,8	12.607,7
Neumonía	casos	5	3	1	45	0	40	0	28	26	196
	tasa	8,1	6,0	0,9	18,4	0	96,8	0	36,4	98,5	68,6
Otras Inf. Resp. agudas	casos	14.710	21.287	16.114	64.943	1.751	16.331	16.033	53.015	19.957	78.579
	tasa	23.830,2	42.574,0	14.502,6	26.626,6	8.019,6	39.521,0	33.348,6	68.919,5	75.637,0	2.652,6
Tuberculosis Respirat.	casos	5	1	19	22	7	5	18	25	6	49
	tasa	8,1	2,0	17,1	9,0	32,1	12,1	37,4	32,5	22,7	17,1
Sarampión	casos	23	5	44	124	4	22	17	50	17	187
	tasa	37,3	10,0	39,6	50,8	18,3	53,2	35,4	65,0	64,4	65,4
Rubéola	casos	1.508	94	588	1.789	43	386	1.709	2.030	122	753
	tasa	2.443,0	184,0	529,2	733,5	196,9	934,1	3.554,7	2.639,0	462,4	263,5
Varicela	casos	1.021	487	929	3.186	64	545	864	2.485	371	4.285
	tasa	1.654,0	974,0	836,1	1.306,3	293,1	1.318,9	1.797,1	3.230,5	1.406,1	1.499,7
Brucelosis	casos	45	30	57	45	4	5	3	19	5	22
	tasa	72,9	60,0	51,3	18,5	18,3	12,1	6,2	24,7	18,9	7,7
Sífilis	casos	2	4	1	16	2	3	3	2	1	38
	tasa	3,2	8,0	0,9	6,6	9,2	7,3	6,2	2,6	3,7	13,3
Infec. Gonocócica	casos	96	46	68	159	4	56	68	159	26	193
	tasa	155,5	92,0	61,2	65,2	18,3	135,5	141,4	206,7	98,5	67,5
Infec. Meningocócica	casos	8	4	6	35	5	7	7	20	9	32
	tasa	13,0	8,0	5,4	14,3	22,9	16,9	14,6	26,0	34,1	11,2
Hepatitis	casos	23	5	61	301	9	41	17	36	4	124
	tasa	37,3	10,0	54,9	123,4	41,2	99,2	35,4	46,8	15,2	43,4
Parotiditis	casos	577	414	1.368	3.005	56	453	490	1.084	724	2.899
	tasa	934,7	824,0	1.231,2	1.232,0	256,5	1.096,3	1.019,2	1.409,2	2.743,9	1.014,6
Tos Ferina	casos	107	2	49	240	2	30	11	413	102	522
	tasa	173,3	4,0	44,1	98,4	9,2	72,6	22,9	536,9	386,6	182,7

España la incidencia ha descendido ligeramente, con una tasa de 37,2.

Como en otras ocasiones, es la comarca de Molina la que más casos ha notificado, con un 60,0% del total.

3.4. Zoonosis

Lo más destacable dentro de la zoonosis es la notificación de 8 casos de **carbunco** (3 en Alhama, 3 en Bullas, 1 en Moratalla y 1 en Murcia) en ninguno de los cuales se efectuó diagnóstico etiológico. En uno de los casos de Bullas la investigación en el ganado, con el que el enfermo había tenido contacto dio resultados negativos¹⁴. Es de señalar, también, que se han declarado dos casos de **hidatidosis**, los primeros que se notifican desde que se iniciara su vigilancia en 1981. Es muy probable que esta enfermedad este subdeclarada, ya que en España se han registrado 805 casos en 1984 (2, 7 por 100.000).

La **brucelosis** sufre un ligero incremento en relación a los dos años precedentes, siendo la tasa de 24,6 por 100.000. Las comarcas del Noroeste, Altiplano y Lorca continúan presentando las tasas más elevadas, y el mecanismo de transmisión directo el más frecuente.

También se produjo un aumento en los casos notificados de **fiebre exantemática mediterránea**, aunque la incidencia registrada (1, 15) es inferior a la media nacional (1, 9).

3.5. Enfermedades de transmisión sexual

Mientras los casos notificados de **sífilis** han descendido, las **infecciones gonocócicas** han continuado el ascenso que vienen registrando desde que se inició su vigilancia en 1981.

Es difícil distinguir si el aumento en la incidencia de la gonorrea se debe a un aumento real, a la mejora de la notificación o a ambas. Hay que tener en cuenta, de un lado, que la mayoría de países desarrollados tienen tasas de notificación entre 100-500 casos por 100.000¹⁵, y por otro, que en los últimos años se está produciendo un descenso, siendo las **uretritis no gonocócicas** las que ofrecen un mayor crecimiento^{17,18}.

3.6. Otras enfermedades

Infección meningocócica

Se han notificado 133 casos, siendo la incidencia muy semejante a la de 1982. Las comarcas de tasa más elevada fueron Fortuna/Abanilla (34,1) y Molina (26,0). La tasa de letalidad (7,5%) es idéntica a la del pasado año. En el 37,6% de los casos o bien se aisló *neisseria meningitidis* o el diagnóstico clínico fue de sepsis meningocócica.

Hepatitis Virica

La incidencia registrada (64,9) ha aumentado respecto al pasado año, aunque es inferior a la media española (87,1). Se produjo un brote epidémico en Librilla, entre julio y agosto, que afectó a niños

comprendidos entre 6 y 15 años. Las pruebas de laboratorio confirmaron que se trataba de un brote por Virus A¹⁸.

Fiebre Reumática

Se ha reducido casi a la mitad la notificación de casos de esta enfermedad, respecto a los tres años anteriores, lo que probablemente refleja la utilización de criterios más estrictos para el diagnóstico, en particular en el municipio de Murcia. El número de casos declarado en Murcia-municipio ha descendido de 114 en 1983 a sólo 33 en este año.

Parotiditis

La incidencia este año ha sido muy elevada (1.158,5 casos por 100.000) lo que también ha ocurrido en el resto de España (752,5).

La influencia de la vacunación con Triple Vírica en la incidencia de Parotiditis será más difícil de constatar, al menos en estos primeros años, dado que un porcentaje importante de casos (30%) padecen infecciones inaperantes, y que la distribución por edades es distinta a la del sarampión, pues afecta a grupos mayores (sólo un 10% aproximadamente en menores de 5 años)¹⁹.

Tos Ferina

Presenta una tasa ligeramente superior a la del pasado año. Siguen apareciendo muy notables diferencias en la notificación por comarcas (la tasa más elevada es de 536,9 en Molina y la más baja 4,0 en el Altiplano), que no se corresponden con la cobertura de los programas de vacunaciones.

3.7. Enfermedades de baja incidencia

Dentro de las enfermedades de baja incidencia se han registrado casos de Lepra (1 caso), Paludismo (3 casos importados), Tétanos (6), Leishmaniasis (5), Tracoma (2) y Oftalmia Neonatoum (1).

El caso de **lepra** corresponde a una mujer de Yecla, con lesiones desde dos años antes, y que fue clasificada como «borderline tuberculoides».

Además de los tres casos importados de **paludismo**, el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Salud Pública²⁰, recoge un caso de una mujer de 60 años residente en Madrid, que durante sus vacaciones en el mes de agosto en San Pedro del Pinatar presentó un cuadro que fue diagnosticado como paludismo por *P. falciparum*. Al «no existir antecedentes epidemiológicos de transfusiones de sangre o viajes a país con endemia palúdica, se considera este caso como de origen desconocido»²⁰.

El número de casos de **tétanos**, es similar a 1983. Se trata de cuatro mujeres y dos hombres de edades comprendidas entre los 35 y 73 años, sin antecedentes de vacunación y residentes, al menos cinco de ellos, en zonas rurales. Se registró un fallecimiento.

Los tres casos de **leishmaniasis** son formas cutáneas, que llevaban entre seis y tres meses de evolución. Corresponden a Murcia (2 casos) y Blanca (1 caso). Todos ellos eran menores de 5 años.

Los casos de **Tracoma** fueron notificados por el Hospital de Marina (Cartagena-Murcia) detectados en dos mozos, procedente uno de Baza (Granada) y otro de Fortuna (Murcia). No se dispone de datos de confirmación. Tampoco se dispone de confirmación etiológica en el caso de **Oftalmía neonatorum**.

IV. CONCLUSIONES

En resumen, las enfermedades que han presentado una incidencia elevada este año han sido Toxi-infecciones Alimentarias, Rubéola, Varicela, Escarlatina y Parotiditis. La mejora de la cobertura, así como el mejor conocimiento de las enfermedades de reciente inclusión en la lista EDO, deben ser tenidos en cuenta al valorar el incremento en los otros procesos diarreicos y respiratorios agudos o infecciones gonocócicas.

Se mantiene una tendencia estacionaria en la fiebre tifoidea y paratifoidea, tuberculosis respiratoria y brucelosis, como en los años recientes.

Respecto a las enfermedades que han experimentado un descenso en la incidencia es de destacar el sarampión. También la disentería bacilar y la fiebre reumática. No se ha declarado ningún caso de poliomielitis.

REFERENCIAS

1. Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria. *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 1982; 4: 3.
2. Boletín Oficial del Estado de 15 de enero de 1982.
3. Navarro Sánchez, C. Análisis de la cobertura del sistema EDO en la Región Murciana. 1981. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1982; 2: 91-94.
4. Situación epidemiológica de las enfermedades de Declaración Obligatoria en la Región Murciana 1980. *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 1980; 2: n.º 109.
5. Navarro Sánchez, C. Situación epidemiológica en

la Región Murciana. 1981. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1981; 1: 54-58.

6. Navarro Sánchez, C. Situación epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria en la Región de Murcia. 1982. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1982; 2: 113-119.

7. Sánchez Sánchez, J. A. Situación epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria en la Región Murciana. 1983. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1983; 3: 165-170.

8. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria nacional. Año 1984. *Boletín Epidemiológico Semanal* n.º 1647, Sem. 1/1985.

9. Criterios para la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1983; 3: 25-32.

10. Influenza in the World. October 1983-September 1984. *Wkly Epidem Rec.*, 1985; 60: 29-32.

11. Ramos García, E. Estudio epidemiológico del Sarampión en la provincia de Murcia. 1948-1982. *Bol. Salud Reg. Murc.* 1983; 3: 53-60.

12. Ramos García, E. Análisis de la vacunación frente al sarampión y Triple Vírica. Región Murciana. 1981. *Bol. Salud Reg. Murc.*, 1982; 2: 17-20.

13. Estudio epidemiológico de la varicela en Murcia a 1940-1979. *Bol. Epidem. Sem. Murcia*, 1980; Sem. 17, pág. 74.

14. Comentario epidemiológico semanal; Enfermedades de baja incidencia. *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 1984; 6: 61.

15. Barnes RC, Holmes KK. Epidemiology of Gonorrhoea: Current perspectives. *Epidem. Reviews* 1984; 6: 1-30.

16. Thompson SE, Washington AE. Epidemiology of sexually Transmitted *Chlamydia trachomatis* infections. *Epidem. Reviews*, 1983; 5: 96-123.

17. Uretritis no gonocócicas y otras enfermedades de transmisión sexual importantes para la salud pública. *OMS Serie Informes Técnicos*, n.º 660, Ginebra, 1981.

18. Comentario epidemiológico regional: Hepatitis Vírica. *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 1984; 6: 99.

19. Fedman HA. Mumps. En Evans, AS (ed.). *Viral infections of Humans: Epidemiology and control*. New York: Plenum Publishing Corp, 1976.

20. Vigilancia del paludismo. Segundo semestre de 1984. *Boletín Epidemiológico Semanal*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Semanas 51-52/1984, págs. 401-402.

DIETAS EN COMEDORES ESCOLARES

RAQUEL PONCE FERNÁNDEZ

ATS Jefa de la Sección de Promoción de Salud. Consejería de Sanidad

El conocimiento de las tablas de composición de alimentos tiene un interés extraordinario porque nos permite saber qué sustancias nutritivas y en qué proporción están integrando todos los alimentos corrientemente consumidos.

Las tablas que manejamos en España han sido elaboradas por los doctores Vivancos y Palacios y algunos datos fueron complementados haciendo uso de tablas internacionales de la FAO y del IN-CAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá).

A la hora de planificar un menú para un colectivo debemos de tener en cuenta:

1) A quién va dirigido, por lo que es necesari-

rio conocer las necesidades nutritivas de los comensales, hábitos alimentarios y estructura de la comida completa, costumbres locales, etc.

2) Qué número de comidas tiene que servir el centro diariamente.

3) Qué facilidades tiene para preparar alimentos.

4) Conocimientos culinarios del personal que maneja las minutas.

5) Dinero disponible para el capítulo Alimentos.

6) Tipo de servicio que se va a ofrecer.

— Sistema de Autoservicio, con ayuda de camareras.

— Contando con la colaboración de los niños, etc.

Una vez hemos tenido en cuenta todas las características mencionadas a la hora de planificar un menú colectivo, debemos pasar al siguiente punto, que será determinar si tanto las cantidades como los alimentos elegidos son los apropiados para nutrir eficientemente a las personas a las que va destinado, para determinar si estas sustancias nutritivas ya elegidas son suficientes en calidad y cantidad, así como si cumplen las distintas proporciones aconsejables en calorías, proteínas, grasas, hidratos de carbono y vitaminas, etc.

En el estudio que vamos a efectuar para determinar estos valores anteriormente mencionados (calorías, proteínas, hidratos de carbono y vitaminas), tendremos que tener presente:

Primero: El estudio se realiza de un menú al azar, sin haberse determinado previamente que este menú fuese el correcto.

Segundo: Lo que se determinará en este estudio es el n.º de calorías totales que nos aporta, así como las grasas, proteínas e hidratos de carbono. Este último se deducirá de las cantidades halladas de proteínas y grasas, teniendo en cuenta las calorías totales, como veremos en el ejercicio práctico.

En este estudio no se determinan las vitaminas, pero con ello no queremos decir que no sean importantes o que no deban estar presentes en todo menú y por supuesto en toda dieta, sino que no las incluimos por considerar que este estudio se efectuará en otro capítulo. Sin embargo es conveniente saber que algunas vitaminas son «termolábiles» (fácilmente destruidas por el calor).

Por lo tanto cuando cocinemos los alimentos (sobre todo si se trata de los de origen vegetal) debemos utilizar la menor agua posible para de esta forma evitar la pérdida de vitaminas, que por el efecto del calor han sido depositadas en el agua de cocción, y sobre todo si tenemos en cuenta que en la mayoría de las ocasiones estas aguas o residuos de cocción de los alimentos no son utilizadas por el ama de casa, por ejemplo en la cocción de los vegetales, legumbres, etc.

Por todo ello, es recomendable administrar verduras frescas (lechuga, escarola, etc.), así como las frutas, que aportarán vitaminas no afectadas por la cocción.

Una vez efectuadas estas aclaraciones para proceder al estudio de este menú en concreto tenemos que tener presente:

1. Saber los alimentos que componen o van a componer ese menú, así como las cantidades de cada una, el n.º de personas a las que va a tener que nutrir y que se trata de un «menú» no de una dieta, es decir, que el niño desayunará, merendará y cenará (el menú que estamos analizando es la comida).

2. Convertir las cantidades que nos den en unidades apropiadas para poder trabajar con las tablas de alimentos, teniendo en cuenta estas equivalencias:

m ³	Kl	Tm
Dm ³	l	Kg
cm ³	ml	gr

3. Comprobarán en las tablas cada uno de los alimentos que componen el menú, para verificar si tienen o no desperdicio. En el caso que lo tengan se anotarán.

4. El siguiente paso será sacar el n.º de gramos neto (libres de desperdicio) que le corresponde a cada persona de las que van a comer ese menú.

5. Se utilizarán de nuevo las tablas anteriormente mencionadas, esta vez, para comprobar el n.º de calorías, grasas y proteínas de cada uno de los alimentos que componen el menú. Los hidratos de carbono se deducirán al final como anteriormente se ha mencionado (utilizando los valores de calorías, proteínas y grasas finales de ese menú).

6. Posteriormente se determinará o se calcularán las calorías, grasas y proteínas que las corresponden a cada niño, de cada uno de los alimentos.

7. Se sumarán el n.º total de calorías que le aportará ese menú a cada niño, así como las cantidades de grasas y proteínas.

8. Se compararán estos datos con los que consideramos que son los ideales, los cuales son:

15%	Proteínas
25%	Grasas
60%	Hidratos de carbono.

Hallados los valores del menú que estamos estudiando (calorías, proteínas y grasas, los hidratos de carbono, se deducirán de las calorías, grasas y proteínas halladas anteriormente), los compararemos con los valores ideales que se han mencionado en el apartado 8.

Cuando estos valores hallados no sean los correctos, se tendrá que variar la composición del menú, ya sea cambiando los alimentos o variando sus cantidades.

Para un mejor entendimiento de todo lo mencionado hasta ahora, pondremos un ejemplo y lo iremos desarrollando paso a paso.

Ejemplo:

N.º de personas para el cual se destina: 600 niños (hacemos referencia al grupo y número de cada alimento).

Menú:

40 Kg. de Macarrones	Grupo 6, n.º 7
60 Kg. de Tomate frito	Grupo 4, n.º 28
25 Kg. de Cebollas	Grupo 4, n.º 10

25 Kg. de Magra Grupo 2, n.º 11
 5 Kg. de Chorizo Grupo 2, n.º 18
 60 Kg. de Jamón Cocido (Jamón York) Grupo 2, n.º 26
 7 litros de aceite de girasol
 11 litros de aceite Grupo 7, n.º 1

4. litros de aceite de oliva
 90 Kg. de fruta (manzana) Grupo 5, n.º 13
 120 litros de leche de vaca fresca Grupo 1, n.º 1
 60 Kg. de pan Grupo 6, n.º 10
 Una vez tenemos los datos del menú empezamos a operar.

600 personas				A	B Calorías		C Grasas		D Proteínas	
		gr/l	Desperdicio	Gr. netos por niño	100 gr.	Cal. que recibe el niño	% 100 gr.	Gramos niño	% 100 gr.	Gr. que recibe el niño
Macarrones	40 Kg.	40.000 gr.	—	66,66	360	239,97	0,6	0,39	10	6,66
Tomate Frito	60 Kg.	60.000 gr.	3	97	20	19,40	0,3	0,29	1,1	1,06
Cebollas	25 Kg.	25.000 gr.	10	37,50	40	15,00	0,2	0,07	1,4	0,52
Magra (ternera)	25 Kg.	25.000 gr.	20	33,33	156	51,99	8,0	2,66	19,5	6,49
Chorizo	5 Kg.	5.000 gr.	—	8,33	210	17,49	12	0,99	24	1,99
Jamón Cocido York	60 Kg.	60.000 gr.	—	100	454	454	43,0	43,00	17,2	17,20
Aceite de Girasol	7 l.	7.000 ml.	—	18,33	884	162,03	99	18,14	—	—
Aceite de Oliva	4 l.	4.000 ml.	—	18,33						
1 Fruta (Manzana)	90 Kg.	90.000 gr.	16	126	55	69,30	0,4	0,50	0,4	0,50
Leche Vaca Fresca	120 l.	120.000 ml.	—	200	65	130,00	3,0	6,00	3,3	6,60
Pan	60 Kg.	60.000 gr.	—	100	280	280	0,8	0,80	8	8,00
						1.403,18		72,84		66,66

A) DETERMINACIÓN DE LOS GRAMOS NETOS POR NIÑO (se efectuará de cada uno de los alimentos del menú).

1. Alimentos sin desperdicio. — Se operará de la forma siguiente:

MACARRONES: • gramos totales, 40.000 gr.
 • niños a los que va destinado el menú, 600 niños.

$$\frac{40.000}{600} = 66,66 \text{ gr. netos por niño de este alimento.}$$

2. Alimentos con desperdicio. — Se operará de la forma siguiente:

TOMATE: • gramos totales 60.000 gr.
 • niños a los que va destinado el menú, 600 niños.
 • gramos de desperdicio cada 100 gr. 3 gr.

$$\begin{aligned} &100 \text{ gr. de tomate hay } 3 \text{ de desperdicio.} \\ &60.000 \text{ gr. de tomate } \quad X \text{ de desperdicio.} \\ X = \frac{60.000 \times 3}{60.000} &= 1.800 \text{ gr. de desperdicio en } \\ &60.000 \text{ gr. de tomate.} \end{aligned}$$

60.000 gr. — 1.800 gr. = 58.200 gr. limpios para ser consumidos por 600 niños.

Le corresponderá por niño:

$$\frac{58.200}{600} = 97 \text{ gr. por niño.}$$

Análogamente se hacen las demás determinaciones.

B) DETERMINACIÓN DE LAS CALORÍAS

— Se efectuará una regla de tres simple (ejemplo macarrones grupo 6, n.º 7).

$$\begin{aligned} 100 \text{ gr.} & \quad \quad \quad 360 \text{ calorías} \\ 66,66 \text{ gr.} & \quad \quad \quad X \\ X &= \frac{66,66 \times 360}{100} = 239,97 \text{ calorías} \end{aligned}$$

Para los siguientes alimentos se empleará el mismo método.

C) DETERMINACIÓN DE LAS GRASAS

— Se efectuarán todas las determinaciones por una regla de tres simple (ejemplo macarrones grupo 6, n.º 7).

$$\begin{aligned} 100 \text{ gr.} & \quad \quad \quad 0,6 \text{ gr. de grasa} \\ 66,66 \text{ gr.} & \quad \quad \quad X \\ X &= \frac{66,66 \times 0,6}{100} = 0,39 \end{aligned}$$

Para los siguientes alimentos se empleará el mismo método.

D) DETERMINACIÓN DE LAS PROTEÍNAS

— Se calcularán por medio de una regla de tres simple. Con cada uno de los alimentos del menú a estudiar.

$$\begin{aligned} 100 \text{ gr.} & \quad \quad \quad 10 \text{ de proteínas} \\ 66,66 \text{ gr.} & \quad \quad \quad X \\ X &= \frac{66,66 \times 10}{100} = 6,66 \text{ gr. de proteínas} \end{aligned}$$

Una vez efectuados todos los cálculos que se reflejan en las tablas, se procederá a la suma de las sustancias nutritivas que hemos querido determinar en un principio (en este caso calorías, grasas y proteínas) para compararlas con las necesarias de una dieta adecuada, y de esta forma determinar si este menú es el apropiado o no.

Para que un menú, sea nutricionalmente correcto, tiene que contener las siguientes proporciones:

- 15% Proteínas
- 25% Grasas
- 60% H.C.

Para calcular si estas proporciones son correctas en un menú, lo primero que tenemos que saber son las cantidades de calorías, proteínas y grasas que tenemos y después sabiendo que cada gramo de proteínas que se quema libera 4 calorías y que cada gramo de grasas que se quema en nuestro organismo libera 9 calorías, procederemos a su cálculo.

Partiendo de todo esto y teniendo como ejemplo el menú estudiado anteriormente deduciremos las cantidades de sustancias que se queman las cantidades de energía (calorías) que liberan, y de esta forma veremos si son o no correctas (en tantos por cien).

Según el cuadro adjunto cada niño recibirá 1.403,18 calorías. Las grasas son 72,84. Las proteínas 66,66, el resto corresponderá a Hidratos de Carbono.

Calorías totales	1.403,18
Calorías por grasas 72,84 x 9 =	655,56
Calorías por proteínas 66,66 x 4 =	262,96
	918,52
	918,52
	484,66

El resto de calorías la aportan los Hidratos de Carbono.

Según lo anterior, para hallar en qué tanto por ciento las grasas, proteínas e Hidratos de Carbono constituyen el menú, se efectuará del siguiente modo:

Las Grasas

$$\begin{array}{r}
 100 \text{ ----- } 1.403,16 \text{ calorías} \\
 X \text{ ----- } 655,56 \text{ calorías} \\
 \\
 X = \frac{655,56 \times 100}{1.403,16} = 46,71\% \text{ grasas}
 \end{array}$$

Proteínas

$$\begin{array}{r}
 100 \text{ ----- } 1.403,18 \text{ calorías} \\
 X \text{ ----- } 262,96 \text{ calorías} \\
 \\
 X = \frac{262,96 \times 100}{1.403,16} = 18,74\% \text{ grasas}
 \end{array}$$

Hidratos de Carbono

$$\begin{array}{r}
 100 \text{ ----- } 1.403,18 \text{ calorías} \\
 X \text{ ----- } 484,66 \text{ calorías} \\
 \\
 X = \frac{484,66 \times 100}{1.403,18} = 34,55\% \text{ grasas}
 \end{array}$$

El resultado total es el siguiente:

	Valores normales	Valores hallados	Resultados
Grasas	25%	46,71%	Muy alto
Proteínas	15%	18,74	Bien
H. Carbono	60%	34,55%	Muy bajo

Con respecto a la dieta estudiada y una vez hechos los cálculos, observamos que:

1.º Las Grasas habrá que disminuirlas en un 20%, ya sea cambiando los alimentos que componen el menú, que contienen exceso de grasa (jamón york y aceites) o disminuyendo las cantidades de éstos.

A la hora de hablar de grasas debemos recordar también que éstas para una alimentación más correcta deben de proceder tanto de origen animal (carnes, embutidos, etc.) como vegetal (aceites).

2.º Las proteínas están un poco elevadas, pero se pueden dejar como están, puesto que, la desviación es mínima. Al igual que las grasas es conveniente que las proteínas procedan tanto de origen animal como vegetal.

3.º Los hidratos de carbono están muy disminuidos, por lo tanto habrá de aumentarse su proporción en esta dieta ya sea cambiando los alimentos por otros que nos proporcionen más hidratos de carbono o aumentando las cantidades de los alimentos ya existentes en este menú que nos puedan proporcionar las necesarias cantidades de hidratos de carbono.

4.º Las vitaminas no se nombran como dijimos al principio del tema, por mencionarse en otro capítulo aparte pero queremos dejar bien sentado que éstas son indispensables para el buen mantenimiento del organismo junto con otros nutrientes que en este tema no se han nombrado pero que por ello no dejan de tener su importancia y ser necesarias en toda dieta que se precie de correcta.

5.º Con respecto a las calorías de este menú analizado y si tenemos en cuenta de que se trata de una sola comida, efectuada al día, nos damos cuenta de que están en exceso, ya que aproximadamente las calorías, dependiendo de una serie de características (edad, temperatura ambiente, etc.).

Por lo tanto, tendremos que pensar en disminuirlas en este menú, porque lo que pretendemos no es crear niños gordos (como se podría pensar al estudiar este menú) sino niños fuertes y sanos (equilibrando su alimentación).

TABLA DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS ESPAÑOLES

por los doctores
F. Vivancos y J. M. Palacios

Datos obtenidos por análisis realizados en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Sección de Nutrición, completados con algunas de las tablas de la FAO y de INCAP.

Cantidades por 100 g. de alimentos crudos dispuestos para el consumo, o sea descontados desperdicios, cuyo porcentaje se indica.

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorias	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B ₁ mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 1.º: Leche y derivados											
1 Leche de vaca fresca	—	65	3,0	3,3	120	0,1	120	0,04	0,2	0,1	2,0
2 Leche de cabra fresca	—	90	6,0	3,9	190	0,2	25	0,05	0,2	0,3	1,0
3 Leche en polvo entera	—	490	27,0	26,0	920	0,6	1.000	0,30	1,4	0,8	4,0
4 Leche en polvo descremada ..	—	350	1,0	36,0	1.200	0,6	40	0,35	1,9	1,0	6,0
5 Leche condensada	—	325	8,4	8,1	280	0,4	400	0,07	0,4	0,2	1,0
6 Yogurt	—	62	3,5	3,8	145	0,2	70	0,05	0,21	0,1	—
Quesos:											
7 Requesón	—	80	0,8	16,0	100	0,3	50	0,02	0,30	0,1	—
8 Queso de leche de cabra	—	175	10,0	18,0	300	1,0	40	0,01	0,70	0,2	—
9 Queso de bola	—	352	27,5	26,2	900	1,0	310	0,01	0,45	0,1	—
10 Queso de Burgos	—	215	15,0	19,0	210	0,3	40	0,02	0,30	0,1	—
11 Queso de Cabrales	—	385	32,5	20,5	700	1,0	310	0,01	0,45	0,1	—
12 Queso de Camembert	—	305	26,0	18,0	162	0,5	240	0,05	0,47	0,4	—
13 Queso Gruyere	—	420	33,0	30,0	700	1,0	400	0,01	0,45	0,1	—
14 Queso Manchego	—	310	23,5	24,1	400	1,0	300	0,05	0,47	0,4	—
15 Queso de nata	—	300	21,5	26,7	300	1,0	300	0,05	0,47	0,4	—
16 Queso Rochefort	—	364	30,5	22,4	700	0,5	300	0,03	0,45	0,4	—
17 Queso porciones	—	191	15	10	110	—	—	—	0,3	0,1	1,5
G. 2.º: Carnes, huevos y pescados											
1 Carne de carnero	20	237	18,7	17,0	10	2,5	0	0,2	0,21	5,0	—
2 Carne de cordero	30	280	24,0	16,0	10	1,8	—	0,2	0,25	4,0	—
3 Carne de caballo	20	120	5,0	18,0	10	2,0	—	0,08	0,15	4,0	—
4 Carne de cabra	29	180	19,0	16,0	9	2,0	—	0,14	0,25	5,5	—
5 Carne de cerdo muy grasa	12	375	35,0	13,0	6	1,4	—	0,30	0,15	2,5	—
6 Carne de cerdo menos grasa ..	16	280	25,0	15,0	8	1,7	—	0,60	0,20	3,0	—
7 Carne de conejo	20	160	10,0	20,0	16	2,4	—	0,05	0,18	8,0	—
8 Carne de liebre	20	140	8,0	20,0	17	2,5	—	0,09	0,15	6,8	—
9 Carne de oveja	20	250	20,0	18,0	8	2,5	—	0,07	0,15	2,5	—
10 Carne de ternera (semigrasa)	18	190	12,0	19,0	10	2,1	40	0,06	0,16	3,6	—
11 Carne de ternera (magra)	20	156	8,0	19,5	11	2,4	20	0,14	0,25	6,3	—
12 Carne de vaca (grasa)	15	300	25,0	17,0	10	2,5	50	0,06	0,15	3,3	—
13 Carne vaca (semigrasa)	16	250	19,0	18,0	10	2,5	40	0,06	0,16	3,7	—
14 Carne de vaca (magra)	20	200	13,0	19,0	11	2,5	30	0,07	0,17	4,0	—
15 Pato	36	320	29,0	17,0	16	2,0	—	0,09	0,20	6,0	—
16 Pavo	33	260	20,0	20,0	21	4,0	—	0,09	0,15	8,0	—
17 Pollo(completo)	36	200	15,0	18,0	12	1,5	—	0,10	0,16	8,0	—
18 Chorizo	—	210	12,0	24,0	30	3,5	—	0,20	0,15	3,0	—
19 Jamón crudo (magro)	—	170	4,4	33,0	48	1,4	—	0,15	0,15	4,3	—
20 Jamón crudo (semigraso)	—	300	25,0	18,0	14	2,0	—	0,70	0,16	5,0	—
21 Morcilla	—	160	10,0	15,0	15	40,0	—	0,05	0,10	3,0	—
22 Mortadela	—	190	12,0	20,0	15	2,0	—	0,20	0,05	2,5	—
23 Salchichas	—	400	35,0	13,0	10	2,0	—	0,30	0,10	2,5	—
24 Gallina	40	112	2,2	21,0	12	3,2	—	0,8	0,21	5,8	—
25 Paté	—	454	42	14,0	—	—	—	—	—	—	—
26 Jamón de York	—	454	43	17,2	14,2	1,6	—	0,75	0,28	4,25	—
Pescados en aceite											
66 Sardinas	—	300	22,0	25,0	340	2,2	100	0,05	0,38	7,0	—
67 Atún y bonito	—	300	22,0	23,0	42	1,2	100	0,05	0,20	10,0	—
68 Otros	—	314	24,0	22,0	44	1,3	110	0,06	0,20	2,6	—

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorías	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B ₁ mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 3.º: Legumbres, tubérculos y frutos secos											
Legumbres:											
1 Garbanzos	—	360	6,5	20,0	130	8,0	150	0,45	0,18	0,6	—
2 Guisantes secos	—	346	2,0	22,0	60	5,0	100	0,55	0,15	2,5	—
3 Habas secas	—	330	2,0	25,0	100	5,0	100	0,50	0,30	2,3	—
4 Judías blancas, pintas, etc.	—	330	2,5	20,0	130	7,0	30	0,35	0,20	2,0	—
5 Lentejas	—	320	2,0	22,0	60	7,0	100	0,40	0,20	2,0	—
Tubérculos:											
6 Patatas	15	85	0,1	2,0	10	0,6	—	0,10	0,03	1,5	20
7 Batatas y boniatos	17	115	0,5	1,3	35	1,0	4.000	0,10	0,10	0,6	30
Frutos secos:											
8 Almendras (enteras)	50	480	40,0	26,0	250	4,0	—	0,30	0,60	4,5	—
Almendras											
9 Avellanas (enteras)	60	540	50,0	16,0	250	3,0	—	0,30	0,30	0,50	—
Avellanas (limpias)											
10 Cacahuete (entero)	30	560	45,0	29,0	50	3,0	—	0,25	0,10	12,0	—
Cacahuete (limpio)											
11 Castañas frescas	20	170	1,6	2,0	50	1,0	—	0,25	0,30	0,5	—
12 Nueces	50	600	60,0	13,0	100	3,0	—	0,30	0,50	3,0	—

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorías	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B ₁ mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 4.º: Verduras y hortalizas											
1 Achicorias	10	16	0,2	1,2	52	0,8	7.000	0,07	0,18	0,51	12
2 Ajos frescos	10	138	0,1	6,0	38	1,4	—	0,21	0,08	0,6	14
3 Acelgas	20	22	0,3	2,0	100	2,5	2.800	0,05	0,06	0,4	35
4 Ajos	6	100	0,2	4,5	20	2,3	—	0,21	0,08	0,6	9
5 Alcachofas	50	50	0,2	3,0	50	1,5	280	0,20	0,01	0,8	5
6 Apio	10	20	0,2	1,1	50	0,5	30	0,05	0,04	0,4	7
7 Berenjenas	10	27	0,2	1,0	20	0,8	30	0,04	0,04	0,8	5
8 Calabaza	40	15	0,1	0,8	18	2,3	—	0,03	0,03	0,4	17
9 Cardo	20	18	0,2	0,5	100	1,5	—	0,01	0,03	0,2	1
10 Cebollas	10	40	0,2	1,4	35	1,0	50	0,03	0,04	0,2	8
11 Col de Bruselas	20	47	0,3	5,0	40	1,5	200	0,16	0,16	0,9	90
12 Coliflor	40	30	0,3	3,0	25	1,0	100	0,15	0,10	0,6	75
13 Escarola	20	20	0,2	1,7	80	1,7	2.300	0,07	0,12	0,4	11
14 Espárragos	40	20	0,2	2,0	20	1,0	1.000	0,15	0,18	1,0	8
15 Espinacas	20	25	0,3	2,3	80	3,0	10.000	0,10	0,20	1,0	50
16 Guisantes verdes	50	85	0,4	6,6	25	2,0	600	0,35	0,20	2,0	25
17 Habas frescas	70	100	0,4	7,0	30	2,0	200	0,30	0,18	1,8	25
18 Hortalizas frescas no especificadas	20	27	0,2	1,8	65	1,4	2.400	0,07	0,09	0,6	40
19 Judías verdes	10	39	0,3	2,4	56	1,0	500	0,08	0,10	0,5	15
20 Lechuga	30	16	0,2	1,3	30	0,8	2.000	0,04	0,08	0,2	18
21 Pepino	30	13	0,1	0,8	15	0,3	20	0,04	0,05	0,2	20
22 Perejil	—	43	0,6	3,2	190	3,1	6.000	0,12	0,24	1,0	140
23 Pimiento	20	30	0,3	1,4	8	0,7	(verde 300) (rojo 1.000)	0,07	0,08	1,0	100
24 Puerros	10	50	0,2	1,8	60	1,3	50	0,09	0,06	0,5	18
25 Plátano	40	20	0,1	1,0	30	1,2	30	0,03	0,03	0,3	24
26 Remolacha	30	42	0,1	2,0	25	1,0	20	0,03	0,06	0,4	10
27 Repollo	30	25	0,2	1,6	50	0,4	100	0,07	0,05	0,3	50
28 Tomates	3	20	0,3	1,1	11	0,6	1.000	0,07	0,04	0,5	20
29 Zanahoria	20	40	0,2	1,5	40	0,7	10.000	0,06	0,04	0,7	5

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorias	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 5.º: Frutas											
1 Aceitunas frescas	20	135	14,0	1,0	100	2,0	300	0,03	0,08	0,5	—
2 Albaricoque	8	54	0,2	1,0	20	0,5	3.000	0,04	0,06	0,7	10
3 Cerezas	10	60	0,4	1,1	20	0,4	650	0,05	0,06	0,4	10
4 Ciruelas	20	60	0,2	0,9	20	0,5	400	0,06	0,04	0,5	5
5 Coco	50	300	27,0	3,5	13	1,8	—	0,04	0,03	0,6	4
6 Chirimoyas	40	80	0,2	1,0	34	0,6	—	0,09	0,13	0,9	16
7 Fresas	5	40	0,6	0,8	28	0,8	60	0,03	0,07	0,3	60
8 Fresón	5	40	0,5	0,9	30	0,7	100	0,03	0,07	0,3	90
9 Higos	5	65	0,4	1,0	53	0,6	100	0,06	0,05	0,5	2
10 Higos secos	10	280	0,8	3,0	90	3,0	70	0,10	0,10	1,5	2
11 Limón	40	35	0,3	0,8	40	0,6	20	0,04	0,02	0,1	40
12 Mandarina	30	43	0,2	0,8	33	0,4	200	0,08	0,03	0,2	35
13 Manzana	16	55	0,4	0,4	6	0,3	100	0,04	0,03	0,2	4
14 Melocotón	12	55	0,2	0,8	10	0,6	1.000	0,02	0,05	0,9	8
15 Melón	40	25	0,2	0,7	20	0,5	1.200	0,05	0,04	0,6	30
16 Membrilla (carne de)	—	75	0,1	0,4	5	0,4	450	0,01	0,02	0,7	—
17 Mermeladas	—	300	0,3	1,0	12	0,3	—	0,02	0,02	0,02	—
18 Naranja	30	42	0,2	1,0	33	0,4	200	0,08	0,20	0,2	55
19 Naranja (zumo)	—	40	0,3	0,4	11	0,7	—	0,05	0,02	0,2	50
20 Pasas	10	280	0,8	3,0	80	3,0	80	0,12	0,11	1,6	2
21 Plátanos	30	100	0,3	1,3	10	0,5	100	0,05	0,04	0,6	8
22 Pera	18	60	0,3	0,6	10	0,3	20	0,02	0,04	0,1	5
23 Pomelo	40	30	0,2	0,6	25	0,5	—	0,04	0,02	0,2	35
24 Sandía	50	22	0,1	0,5	6	0,2	200	0,02	0,03	0,2	5
25 Uvas	10	65	0,4	0,7	19	0,6	80	0,06	0,04	0,2	5

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorias	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 6.º: Cereales, azúcar y bebidas											
Cereales											
1 Churros	—	408	20,1	6,3	69	0,6	120	0,15	0,12	121	—
2 Arroz pulido	—	360	0,8	7,0	10	1,1	—	0,08	0,03	1,7	—
3 Bollo suizo	—	315	7,0	8,0	40	1,0	—	0,07	0,05	1,0	—
4 Centeno (harina oscura)	—	325	2,3	12,0	45	4,0	—	0,50	0,20	2,0	—
5 Galletas	—	380	7,0	7,0	45	1,2	—	0,07	0,05	1,0	—
6 Harina trigo (blanca)	—	360	1,2	10,0	16	1,0	—	0,12	0,05	1,0	—
7 Macarrones, fideos, etc.	—	360	0,6	10,0	20	1,0	—	0,12	0,05	1,0	—
8 Maíz, grano	—	360	4,3	9,4	8	2,5	450	0,43	0,10	1,9	—
9 Maíz (harina)	—	360	1,2	8,0	6	1,1	300	0,14	0,05	1,0	—
10 Pan trigo (blanco)	—	280	0,8	8,0	30	1,4	—	0,11	0,06	1,1	—
11 Pan trigo (integral)	—	286	1,5	9,4	50	3,6	—	0,19	0,13	2,2	—
12 Pan centeno	—	261	0,7	9,2	38	2,8	—	0,19	0,08	1,1	—
13 Semola	—	360	1,0	9,0	16	1,5	—	0,15	0,08	1,0	—
14 Magdalenas	—	490	24	5,5	—	—	—	—	—	—	—
Azúcar:											
15 Azúcar	—	400	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16 Miel	—	300	—	0,3	5	0,8	—	0,04	0,14	1,2	3
17 Dulces	—	292	2,1	0,6	16	0,4	10	0,02	0,02	0,2	5,7
Bebidas alcohólicas y refrescantes											
18 Gaseosa	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19 Cerveza (4,4 por 100 alcohol)	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20 Vino (11 por 100 alcohol)	—	77	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21 Coñac, licores (35-40 % alcohol)	—	260	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22 Sidra	—	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23 Coca-cola	—	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ALIMENTOS	Desperdicios (%)	Calorias	Grasas gr.	Proteínas gr.	Calcio mgr.	Hierro mgr.	Vit. A U.I.	Vit. B ₁ mgr.	Riboflav. mgr.	Niacina mgr.	Vit. C mgr.
G. 7.º: Grasas y varios											
1 Aceite puro (de cualquier clase)	—	884	99	—	—	—	—	—	—	—	—
2 Cacao	—	590	50	10,0	110	5,0	30	0,13	0,25	1,6	—
3 Chocolate	—	500	25	4,0	80	3,5	60	0,07	0,20	1,1	—
4 Manteca cerdo	—	825	92	—	—	—	—	—	—	—	—
5 Mantequilla	—	720	82	0,6	17	0,1	3.200	—	—	—	—
6 Margarina	—	720	81	0,6	3	0,3	—	—	—	—	—
7 Tocino	—	760	82	3,0	5	1,0	—	0,15	0,04	0,9	—
8 Mayonesa	—	718	79	1,1	18	0,5	280	0,02	0,04	—	—
4 Manteca cerdo	—	825	92	4,0	80	4,5	60	0,07	0,20	1,1	—
27 Callos	—	99	3,4	18,0	12	1,6	—	—	—	—	—
28 Salchichas de Francfort	—	200	14,0	15,0	9	2,3	—	0,19	0,20	2,4	—
29 Salchichón	—	420	35,0	25,0	10	3,6	—	0,24	0,21	3,0	—
30 Hígado de vaca	—	130	4,0	20,0	10	14,0	7.000	0,40	4,50	15,0	10
31 Riñones	—	130	7,0	17,0	20	5,3	300	0,50	2,00	6,0	—
32 Sesos	—	130	6,0	12,0	12	3,0	175	0,13	0,20	3,0	—
33 Vísceras en general	—	140	7,0	16,0	12	2,0	—	0,10	0,05	3,0	—
Huevos:											
34 Huevo gallina (100 g. útiles a dos piezas sin cáscara)	11	160	12,0	12,0	60	3,0	1.000	0,15	0,30	0,1	—
35 Huevo pata	13	189	14,0	13,0	57	2,8	1.200	0,15	0,30	0,1	—
Pescados y mariscos:											
36 Almejas	75	78	1,4	13,0	142	17,0	250	0,10	0,16	1,4	—
37 Anchoas frescas	50	95	13,0	20,0	25	1,4	50	0,20	0,50	2,0	—
38 Arenques frescos	50	160	8,0	19,0	100	1,1	—	0,05	0,15	3,5	—
39 Atún fresco	50	180	10,0	20,0	38	1,2	100	0,10	0,20	2,5	—
40 Bacalao fresco	50	75	0,5	17,0	20	0,6	—	0,06	0,08	2,2	—
41 Besugo fresco	50	100	3,6	17,0	30	0,8	—	0,06	0,08	2,2	—
42 Bonito fresco	50	150	5,0	21,0	35	1,0	—	0,05	0,10	2,5	—
43 Boquerones	20	170	10,0	20,0	500	1,0	100	0,08	0,20	2,7	—
44 Caballa fresca	50	175	10,0	20,0	40	1,2	100	0,08	0,20	2,7	—
45 Chicharos y jureles	50	170	10,0	20,0	20	1,0	100	0,08	0,20	2,7	—
46 Calamares	20	80	1,0	14,0	144	1,7	250	0,07	0,16	1,4	—
47 Cangrejos	60	100	2,0	17,0	110	1,8	1.000	0,10	1,00	2,8	—
48 Gallos	50	85	1,3	18,0	30	0,8	—	0,07	0,08	2,0	—
49 Gambas y similares	60	100	3,0	18,0	110	1,8	—	0,08	0,15	2,4	—
50 Langosta	60	90	2,0	17,0	100	0,5	—	0,13	0,60	1,9	—
51 Langostinos	60	115	4,3	18,0	190	1,7	—	0,08	0,15	2,4	—
52 Lenguado	50	100	2,5	19,0	22	0,8	—	0,07	0,08	2,0	—
53 Merluza	55	80	0,5	19,0	30	0,8	—	0,5	0,10	3,0	—
54 Mero	50	90	0,7	19,0	30	1,5	—	0,10	0,05	3,0	—
55 Palometa	30	125	5,0	20,0	25	0,7	—	0,05	0,08	2,2	—
56 Pescadilla	50	75	0,5	17,0	28	0,8	—	0,06	0,08	2,2	—
57 Pulpo	20	60	0,3	13,0	40	2,5	—	0,02	0,07	1,3	—
58 Rape	50	86	1,1	19,0	30	1,5	—	0,10	0,05	3,0	—
59 Salmonete	50	100	3,1	18,0	30	0,7	—	0,05	0,07	2,0	—
60 Sardinias	30	160	6,5	22,0	100	3,0	100	0,08	0,21	3,0	—
61 Trucha	50	162	10,0	18,0	30	1,0	—	0,05	0,05	2,8	—
Pescados salados:											
Ricos en grasa (arenque, sardina, salmón, caballa)											
62 Peces grandes	30	360	14,0	55,0	110	3,3	140	0,14	0,50	6,0	—
63 Peces pequeños	—	360	14,0	55,0	2.200	3,3	140	0,14	0,50	6,0	—
Pobres en grasa (bacalao, besugo, etcétera)											
64 Grandes	30	310	5,0	62,0	93	2,5	—	0,12	0,25	6,0	—

Validez del Boletín Estadístico de Defunción como fuente de datos en las estadísticas sobre el cáncer. Un estudio preliminar

CARMEN NAVARRO SÁNCHEZ* · JUAN ANTONIO SÁNCHEZ SÁNCHEZ* · JOSÉ ANTONIO MOLINA ILLÁN**

* Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Sección de Epidemiología. Murcia

** INSALUD. Hospital Materno-Infantil. Ciudad Sanitaria «Virgen de la Arrixaca». Murcia

I. INTRODUCCIÓN

La necesidad del estudio aquí presentado se ha planteado en base a los siguientes motivos: i) La importancia del cáncer como causa de enfermedad y muerte junto con la carga socio-económica que representa en la atención sanitaria. El cáncer es la segunda causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados¹. En España, en 1979, el cáncer fue responsable del 19,6% de todas las muertes². En el Reino Unido el cáncer supone el 5% del coste total del Servicio Nacional de Salud³. ii) Las ventajas de las estadísticas de mortalidad (accesibilidad, bajo coste para el investigador, buena cobertura en general del sistema de recogida de datos, etc.)⁴ y la difusión de su uso en la investigación etiológica^{5,6}. iii) El distinto patrón epidemiológico según el tipo de tumor, que condiciona que cada localización o grupo de localizaciones se investigue separadamente, siendo por tanto imprescindible la precisión del certificado de defunción en cuanto a la topografía del tumor. y iv) La escasez de publicaciones en nuestro país estudiando la calidad del Boletín Estadístico de Defunción (BED). Dos artículos publicados sobre la calidad del BED^{7,8} han sido realizados en Barcelona ciudad. No obstante, la precisión diagnóstica de cada localización del tumor y las consecuencias en las estadísticas de mortalidad utilizando tres dígitos de la Clasificación Internacional de Enfermedades no ha sido publicada y creemos que es una tarea por hacer.

El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio preliminar sobre el grado de precisión del BED para el diagnóstico topográfico del cáncer, utilizando material actualmente disponible en el Registro de Cáncer de Murcia (RCM).

II. MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado procede del RCM, un registro poblacional, cuyo ámbito demográfico en la Región de Murcia, iniciado en mayo de 1981. Hasta 1983 las fuentes principales de nuevos casos eran los Servicios de Anatomía Patológica y Radioterapia de hospitales, tanto públicos como privados⁹.

Para el estudio se han revisado los BED, de fallecidos en la provincia de Murcia y con residencia en la misma, en el periodo mayo 1981 - octubre 1983, para los que existía en el registro documentación procedente de una historia clínica hospitalaria (98,4% con confirmación histológica y/o citológica). De 2.953 fallecidos, 2.928 eran residentes en Murcia, de los cuales había documentación en el registro en 745 (25,4%) y de ellos se excluyeron 101 (13,5%). Los motivos de exclusión fueron: a)

Tumores metastásicos o de dudoso sitio primario según la historia clínica, b) Tumores múltiples, c) Casos de dudosa identificación y d) un caso diagnosticado por el médico de cabecera (ver figura 1). La edad media de los casos revisados era de 61,9 años y la de aquellos no encontrados en el registro de 68,3 (este dato corresponde a los 1.298 fallecidos de 1982).

Solamente un observador, con entrenamiento en codificación, recodificó a ciegas y separadamente el diagnóstico hospitalario y la causa de muerte (inmediata o antecedente) que figuraba en el BED. La precisión del BED se midió comparando el sitio primario mencionado en el diagnóstico hospitalario con la causa de muerte que aparecía en el BED, al nivel de 3 dígitos de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-0)¹⁰. La concordancia se ha medido por dos tasas diferentes. La *tasa de detección* se calcula dividiendo el número de casos en que hay acuerdo entre el BED y la historia clínica por el total de casos diagnosticados con esa misma localización en el hospital. La *tasa de confirmación* se calcula tomando el mismo numerador y dividiendo por el número de casos con la misma localización según el BED y que habían sido previamente diagnosticados de cáncer (Percy *et al*, 1981)¹¹.

Tasas de detección y confirmación elevadas y semejantes reflejan mucha concordancia entre el diagnóstico hospitalario y el BED y en consecuencia las estadísticas de mortalidad para esas localizaciones son bastantes precisas. Si las tasas de confirmación y detección son bajas y semejantes reflejan un bajo nivel de acuerdo entre el hospital y el BED. No obstante si el número de diagnosticados en el hospital y en el BED es similar para estas localizaciones la mortalidad proporcional sería la misma. Si la tasa de detección es más alta que la de confirmación se producirá un sobre-registro en las estadísticas de mortalidad. Al contrario, localizaciones con tasa de confirmación más alta que de detección producen un infra-registro en las estadísticas de mortalidad.

III. RESULTADOS

Los resultados se presentan en las tablas 1 y 2. De los 644 casos estudiados, en 415 coinciden el BED y la historia clínica en el sitio de la neoplasia. Esto representa un 64,44% global de precisión del BED (3 dígitos CIE-0). La tasa de detección del cáncer de próstata es muy alta en relación con su tasa de confirmación (33,3%) y lo contrario ocurre con el cáncer de vejiga (tabla 1). Como puede apreciarse mejor en la tabla 2 cerca de dos tercios de los casos que constan como cáncer de próstata en el

BED, resultan ser neoplasias de vejiga según la historia clínica. Todos los casos de cáncer de vejiga en el BED se confirman de acuerdo con la historia hospitalaria. Esta confusión en el BED provoca una sobre-registro para el cáncer de próstata y un infra-registro para el de vejiga.

El cáncer de recto está infra-notificado en el BED, existiendo cierta confusión con el cáncer de colon. Considerando globalmente el cáncer colorectal la tasa de confirmación resulta ser ligeramente más alta que la de detección.

Las partes específicas de los genitales femeninos tienden a ser consignadas en el BED como útero sin otra especificación, lo que produce una muy baja tasa de confirmación para la rúbrica Utero SAI (CIE-0 1979).

El BED es 100% preciso en algunas localizaciones como testículo y otros genitales masculinos (CIE-0 186 + 187) o glándula tiroides. No obstante, hay que añadir que son rúbricas con problemas de números pequeños. Es bastante aceptable la precisión del BED en relación con los cánceres de mama, pulmón y estómago.

IV. DISCUSIÓN

La precisión de los certificados de defunción encontrada en Murcia es más baja que la detectada por Percy *et al*¹¹ en Estados Unidos (82,7%) y Bosch *et al* en la ciudad de Barcelona (81%), aunque es posible que en el segundo estudio se produjera una sobre-estimación dado que los entrevistadores conocían el diagnóstico mencionado en el BED durante la recogida de datos para la documentación clínica del caso. Este tipo de sesgo se descarta en nuestro trabajo porque no se hizo ninguna investigación a partir del BED, sino que los datos fueron recogidos independientemente y codificados por separado sin conocimiento de los datos biográficos de cada persona.

El principal posible sesgo en el presente estudio es el derivado de que sólo incluye el 25,4% del total de BEDS, precisamente aquellos de los que existía documentación clínica en el RCM. Pensamos que, en líneas generales, el sesgo caso de existir, actuaría en el sentido de producir una sobre-estimación, puesto que los casos incluidos son aquellos con documentación clínica hospitalaria y con verificación histológica y/o citológica. Por otro lado, se ha señalado repetidamente la asociación inversa entre la edad del individuo al morir y la calidad del certificado de defunción¹², también puesto de manifiesto en nuestro país⁸. En este sentido, el que la edad media de los casos incluidos sea cerca de 7 años menor que los no encontrados en el RCM apunta también en la dirección de ser los casos para los que los certificados de defunción son más precisos los incluidos en el estudio.

También vale la pena considerar el posible sesgo habido al usar el sitio del tumor para asociar cada BED con su correspondiente historia clínica. Esto pudo ocurrir en aquellos casos con datos biográficos insuficientes, aunque se puso especial cuidado en detectar y excluir aquellos con dudosa identificación. En relación con esto hay que señ

lar que en el 1,5% de los casos nuevos registrados en 1982 por el RCM no constaba la edad. Si este sesgo estuviera presente la consecuencia sería igualmente una sobre-estimación en la precisión del BED. Así, pues, los dos sesgos que pueden estar presentes en este estudio tenderían a producir básicamente una sobre-estimación global.

En cuanto a los resultados por localizaciones resulta particularmente interesante la confusión del cáncer de próstata con el de vejiga. Contando con las limitaciones del estudio, éste es un hallazgo que habría que tratar de confirmar. Hay que tener en cuenta que figura como la tercera localización en las estadísticas de mortalidad por cáncer en España para varones, después del cáncer de pulmón y estómago². Tomando datos publicados por el Registro de Cáncer de Tarragona¹³ se observa que siendo las tasas de incidencia estandarizadas en el cáncer de próstata y vejiga muy similares (25,0 por 100,0 en la próstata, 23,8 en la vejiga) las tasas de mortalidad difieren bastante (17,8 y 5,3 respectivamente) cuando no cabría esperar grandes diferencias debido a que la supervivencia en ambos tumores no es muy distinta, al menor según datos publicados por la Unión Internacional contra el Cáncer, que recoge cifras de varios países¹⁴.

En resumen, aun contando con ciertas limitaciones del material utilizado, se pone de manifiesto la baja precisión del Boletín Estadístico de Defunción en el diagnóstico topográfico del cáncer, y en particular para ciertas localizaciones como la próstata y la vejiga urinaria. Dadas las repercusiones que estas deficiencias pueden tener en las estadísticas de mortalidad, sería de interés un estudio más exhaustivo, tanto en Murcia como en otras regiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hansluwka, H. Cancer Mortality in Europe, 1970-1974.
2. Anónimo. Mortalidad por cáncer en España. Tendencia evolutiva. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1984, semana 16: 121-123.
3. Office of Population Censuses and Surveys. Report of the Advisory Committee on Cancer Registration in the 1980s. London, HM Stationary Office, 1981 (Series MBI nº 6).
4. Alderson, M. An Introduction to Epidemiology. London: The MacMillan Press Ltd, 1976.
5. Burmeister LF. Cancer Mortality in Iowa Farmers, 1971-78. *JNCI*, 1981; 66: 461-464.
6. Cantar PK, Blair A. Farming and Mortality from Multiple Myeloma: A Case-Control Study with the Use of Death Certificates. *JNCI*, 1984; 72: 251-255.
7. Bosch, FX; Garcia i González, J.; Orta I Buj J. Mortalidad por tumores malignos en la ciudad de Barcelona. *Rev. San. Hig. Púb.*, 1981, 55: 31-68.
8. Domingo Salvany A.; Company Serrat, A. Valoración de la calidad de los certificados de defunción: Aplicación de un cuestionario en Barcelona-ciudad. *Gaceta Sanitaria de Barcelona. Serie Monografías*, 1, Juny 1983, 16-26.
9. Navarro, C. Murcia Cancer Registry. First Findings and Evaluation of Registration. 1982. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Report for the MSC in Epidemiology. London, September 1984.
10. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. OPS. Publicación Científica n.º 345, 1977.
11. Percy, C.; Stanek, E.; Gloeckler, L. Accuracy of Cancer Deaths Certificates and its Effects on Cancer Mortality Statistics. *Am J. Public Health*, 1981; 71: 242-250.
12. Doll, R.; Peto, R. The causes of Cancer. *JNCI* 1981; 66: 1191-1308.
13. Borrás, J.; Creus, J.; Clabet, J.; Anglade, Ll.; Bosch, F.X. *et al*. El Cáncer en Tarragona 1980-1981. Tarragona: Asociación Española contra el cáncer, 1984.
14. Mould, R.F. Cancer Statistics. Bristol. Adam Hilger, 1983.

FIGURA 1

Boletines Estadísticos de Defunción de fallecidos en Murcia entre mayo 1981 y octubre 1983, incluidos y excluidos en el estudio. Motivos de exclusión.

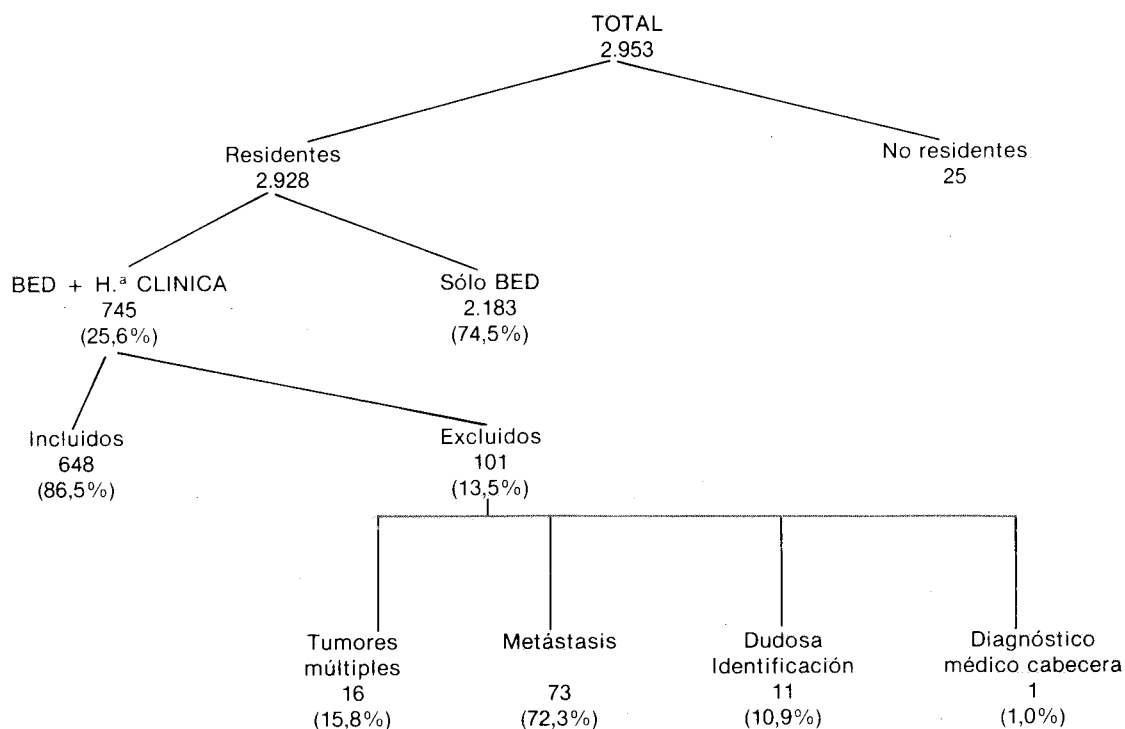


TABLA 1

Registro de Cáncer en Murcia. Número de casos diagnosticados en hospital y número de casos según la causa de muerte en el Boletín Estadístico de defunción, por localización del cáncer. Número con la misma localización en ambas fuentes de datos. Mayo 1981 - Octubre 1983.

Código CIE-0	SITIO PRIMARIO	N.º diagnosticados en hospital en este sitio. (A)	N.º con este sitio como causa de muerte. (B)	N.º con el mismo sitio en los dos. (C)	Tasa detección (C/A)		Tasa confirmación C/B)	
					%	Error standard	%	Error standard
140-149	Labio, cavidad bucal y faringe	29	21	12	41,38	9,15	57,14	0,79
150	Esófago	22	25	19	86,36	7,31	76,00	8,54
151	Estómago	77	69	58	75,32	4,91	84,05	4,41
153	Colon	50	43	26	52,00	7,06	60,47	7,46
154	Recto	45	30	25	55,56	7,41	83,33	6,80
153-154	Colon y Recto	95	74	67	70,53	4,68	77,08	4,88
155	Higado y Conduct. intra-hep.	15	27	8	53,33	12,88	29,62	8,79
156	Vesícula y conductos estra-hep.	25	13	11	40,00	9,93	84,61	10,01
157	Páncreas	14	19	10	71,42	12,07	52,63	11,45
152 + 158 + 159	Intestino delgado, Peritoneo y otros dig.	13	8	3	23,07	11,68	16,67	8,78
161	Laringe	36	41	27	75,00	7,21	65,85	7,40
162	Tráquea, bronquio, pulmón	91	97	84	92,30	2,79	86,59	3,46
160-163 164-165	Otros respiratorios	4	2	1	50,00	—	50,00	—
169	Sistema Hematopoyético y reticulo endotelial .	14	15	12	85,71	9,35	80,00	10,33
170	Huesos	2	5	2	100,00	—	40,00	—
171	Tejido conjuntivo	3	2	—	0,00	—	0,00	—
173	Piel	13	4	2	15,38	—	50,00	—
174	Mama femenina	33	26	26	78,78	7,12	100,00	—
179	Útero SAI	1	11	1	100,00	—	9,09	8,67
180	Cervix	5	2	1	20,00	—	50,00	—
182	Cuerpo Útero	7	3	1	14,28	—	33,30	—
179 + 180 + 182	Útero SAI + Cervix + Cuerpo Útero	13	16	10	76,92	11,68	62,50	12,10
183	Ovario	12	8	7	58,33	14,23	87,50	11,69
181 + 184	Otros genitales femeninos	7	2	2	28,57	—	100,00	—
185	Próstata	10	27	9	90,00	9,49	33,33	9,07
186-187	Testículos y otros genitales masculinos	2	2	2	100,00	—	100,00	—
188	Vejiga Urinaria	68	40	40	58,82	5,96	100,00	—
189	Riñón	3	8	2	66,66	—	25,00	—
191	Encéfalo	12	14	11	91,66	7,98	78,57	10,97
192	Sistema Nervioso SAI	2	1	—	0,00	—	0,00	—
193	Tiroides	3	3	3	100,00	—	100,00	—
194	Otras gl. endocrinas	2	1	1	50,00	—	100,00	—
195	Mal definidos	8	11	1	12,50	11,69	9,09	8,67
196	Ganglios linfáticos	12	12	6	50,00	14,43	50,00	14,43
199	Sitio Primario Desconocido	5	41	2	40,00	—	4,87	3,36
140-199	Todas las localizaciones	644	644	415	64,44	1,68	64,44	1,88

FUENTES: — Registro de Cáncer en Murcia
— Elaboración propia.

TABLA 2

Comparación de la localización del cáncer según el diagnóstico hospitalario con la causa de muerte de acuerdo con el Boletín Estadístico de Defunción (CIE-O). Mayo 1981 - Octubre 1983

Diagnóstico Hospitalario (código CIE-O)	Causa de muerte según el B.E.D. (código CIE-O)																			TOTAL																
	140-149	150	151	153	154	155	156	157	152 + 158 + 159	161	162	160 + 163	164 + 165	169	170	171	173	174	179		180	182	183	181 + 184	185	186 + 187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	199
140-149	12	2								1	7	1			1																				5	29
150	1	19	1									1																								22
151		5	58			2		1	3		1			1																		1	2	3	77	
153			5	26	4	3		1	3																							2	6		50	
154				12	25	1			3	1				1										1										1	45	
155			1	1		8	1	1																									2	14		
156				1		6	11	4	1																							1	1	25		
157						1			10																		1						2	14		
152 + 158 + 159		1	1			2		1	3		1																					1	2	1	13	
161		4									27	1			1																	1	2	36		
162						1	1		1	84		1					1																2	91		
160 + 163											1																						1	3		
164 + 165												1																						1	14	
169										1				12																			1	1		
170															2																			2		
171	1																										1							3		
173	2				2			1	3	1							2															1	1	13		
174											1																						1	4	33	
179																																		1	1	
180																																		5		
182																																		7		
183			1	2					1																									12		
181 + 184				1																														7		
185																																		1	10	
186 + 187																																		2	2	
188						1																												1	4	68
189																																		2	3	
190																																				
191																																		11	12	
192																																	2	2		
193																																	3	3		
194																																	1	2		
195	1			1						1	2																						1	1	8	
196						1						2		2		1																	6	12		
199												2																					2	5		
TOTAL	21	25	69	43	30	27	13	19	18	41	97	0	2	15	5	2	4	26	11	2	3	8	2	27	2	40	8	1	14	1	3	1	11	41	644	

FUENTE: — Registro de Cáncer de Murcia.
— Elaboración propia.

CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO EN LA REGIÓN DE MURCIA

ELVIRA RAMOS GARCÍA

Jefe de Sección de Promoción de Salud
Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales

La Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, a través de la Dirección Regional de Salud inicia una campaña de lucha contra el tabaquismo, cuya justificación está sobradamente demostrada, al ser el tabaco uno de los más importantes factores de riesgo para la salud, lo que ha llevado a la O. M. S. a calificar el tabaquismo «como la mayor epidemia evitable de nuestro tiempo» (1), y a recomendar a los países miembros, la adopción de medidas para advertir a las poblaciones de los peligros del mismo, limitar al máximo el hábito de fumar y asegurar a la población el derecho a la salud de los individuos y los pueblos.

Con el fin de poder llevar a cabo en nuestra Región, estas recomendaciones de tan cualificado organismo, se ha diseñado esta campaña, con la siguiente metodología. Se van a realizar 4 tipos de acciones legislativas, educativas, de control y de evaluación.

1. ACCIONES LEGISLATIVAS

El fumar es una actividad que afecta no sólo al fumador, sino también al no fumador, primeramente, por la inhalación pasiva (involuntaria) de humo y además por las consecuencias para los no fumadores, sean parientes, colegas o contribuyentes, del fallecimiento prematuro y de las enfermedades frecuentes entre los fumadores. El hábito de fumar entraña costes económicos que en ciertos casos pueden justificar en sí mismos la intervención del gobierno.

Las medidas restrictivas forman parte de la prevención primaria y de la secundaria. Ningún gobierno puede ignorar cuestiones como la necesidad de proteger a los niños y a los jóvenes de los peligros del tabaco, el derecho de los no fumadores a no ser incomodados y la necesidad de ayudar a los fumadores a que dejen de fumar (actividades éstas denominadas a veces prevención primaria, secundaria y terciaria). La prevención terciaria (la renuncia al hábito de fumar por los que sufren enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco) se basa en el recuerdo constante de la necesidad de nuevas medidas restrictivas. Estas medidas forman parte de la prevención en todas las fases: antes de la exposición y para limitar los efectos nocivos en las personas ya afectadas.

Los gobiernos han aceptado en todo el mundo la responsabilidad de proteger la salud pública, en ocasiones (por ejemplo, con disposiciones lega-

les sobre la vacunación, la cuarentena, el internamiento forzoso de enfermos mentales en casos determinados y el porte de cinturones de seguridad en los coches) con medidas que coartan la libertad individual mucho más que las que se suelen recomendar para combatir el tabaquismo.

Hoy en día ya no se puede dudar, de que una estrategia a largo plazo, que comprende medidas y restricciones de carácter legal y voluntario, así como actividades educativas, reduciría el consumo de tabaco considerablemente, en los países donde ya ha alcanzado proporciones epidémicas y obstaculizaría su aumento en otros.

La experiencia de países donde se han aplicado vastos programas antitabáquicos es alentadora, si bien, habrán de pasar muchos años, hasta que se aprecien las consecuencias duraderas, de medidas como las disposiciones legales sobre el tabaco promulgadas en Finlandia, Noruega y Suecia (3).

Aunque las disposiciones legales y las medidas restrictivas para reducir el consumo de tabaco acarrear costes muy pequeños, siempre suponen algunos gastos, por ejemplo, los de los programas de educación e información que suelen acompañar esas medidas. En cambio, el ahorro para la comunidad que supondría la reducción duradera de la mortalidad, de la morbilidad y de las cargas económicas sería enorme.

La legislación antitabáquica despliega sus efectos en cuatro fases:

- 1) la propaganda a que da lugar el anuncio por el Gobierno de su intención de legislar;
- 2) la propaganda que rodea los debates del órgano legislativo;
- 3) el impacto inmediato de la legislación (y la propaganda concomitante) cuando se aplica ésta;
- 4) los efectos a largo plazo de la legislación como parte de un programa de lucha contra el hábito de fumar.

Las categorías principales de medidas antitabáquicas son las siguientes:

- 1) las encaminadas a modificar las prácticas de quienes trabajan en la fabricación, publicidad o venta de cigarrillos (por ejemplo, limitaciones de la publicidad en favor del tabaco, reducción del contenido de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono);
- 2) las encaminadas a modificar el comportamiento de los fumadores (por ejemplo, restric-

ciones al consumo de tabaco en los lugares públicos) (4).

Las medidas de la primera categoría, requerirán casi siempre, la adopción de disposiciones legales para que se lleven a efecto, mientras que las de la segunda categoría pueden surtir efecto para aceptación voluntaria, a medida que la opinión pública se vaya haciendo consciente de que el fumar es una actividad socialmente perjudicial. Pero pueden también exigir una intervención jurídica, por ejemplo, mediante determinadas leyes.

Se ha propuesto (y aplicado con frecuencia) la adopción de disposiciones legales y medidas restrictivas en los puntos siguientes:

- regulación de la promoción de ventas.
- avisos o advertencias en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios,
- descripción del producto con indicación del contenido de sustancias nocivas,
- imposición de límites máximos en cuanto a las sustancias nocivas contenidas en los productos del tabaco,
- impuestos,
- restricciones en la venta,
- restricciones del consumo de tabaco en lugares públicos,
- restricciones del consumo de tabaco en lugares de trabajo (5).

En este sentido, apoyándonos en la legislación que a nivel estatal exigía el tema (6) y en virtud de las competencias que sobre la materia tiene transferidas la Comunidad Autónoma se ha publicado un decreto, 122/1984 de 2 de noviembre (Anexo 1), que garantiza en el ámbito de nuestra Región el cumplimiento de la norma legal estatal, a la vez que posibilite y favorezca cuantas medidas de control educativas, etc., sobre el tema, se precisen para la consecución del objetivo de proteger el derecho institucional a la salud de los murcianos.

El Decreto hace hincapié en la prohibición de fumar en Centros Docentes y Sanitario, por la función de ejemplaridad hacia el resto de la sociedad que ejercen estas instituciones, debiendo en ellas reservarse lugares específicos para fumadores.

En locales públicos, en los que no esté prohibido fumar, se arbitrarán zonas para fumadores.

En los transportes públicos urbanos e interurbanos en los que se admiten viajeros sin ocupar asiento, también se prohíbe fumar, entre ellos, naturalmente está incluido el transporte escolar.

2. ACTIVIDADES EDUCATIVAS

Todo país realmente interesado por la lucha contra el tabaquismo ha de contar con un programa amplio y completo de educación del público, como los que se describen en las publicaciones (7 y 8)

Los programas de educación del público se enjuician normalmente en términos de actividades oficiales de educación (en las escuelas, los institutos, etc.) y asimismo de las actividades que se realizan en ciertos medios (lugares de trabajo, hospitales, centros de salud, clubs juveniles, asociaciones femeninas, fuerzas armadas, etc.). El ámbito de un programa de educación del público puede, sin embargo, ser mucho más amplio, como lo demuestra el valor didáctico generalmente reconocido del sistema de advertencias diversas sobre salud en los paquetes de cigarrillos recientemente adoptado en Suecia.

Un programa de educación sirve de complemento a un programa de información e impone a las autoridades la responsabilidad que se derive de la necesidad de no crear una demanda que no puede satisfacerse. Nunca se insistirá bastante en la importancia de los programas de educación del público, pues sin tales programas las demás actividades de un programa general de lucha contra el tabaquismo serán mucho menos eficaces.

Dada la necesidad de definir claramente los fines, se ha desglosado en cierto número de objetivos intermedios los cuatro fines principales siguientes:

1) Ilustrar los motivos que justifican una acción de lucha contra el tabaquismo.

a) Conseguir que el público se entere de las consecuencias del hábito de fumar para la salud de cada fumador.

b) Hacer que las personas que han de tomar decisiones estén al tanto de las consecuencias del hábito de fumar para la salud pública y para el medio ambiente.

2) Impedir que se empiece a fumar.

a) Contrarrestar las influencias favorables al consumo del tabaco.

b) Reforzar la resistencia individual a las influencias en pro del uso de tabaco.

c) Hacer que resulte más atractiva la abstinencia del tabaco.

3) Modificar el comportamiento del fumador.

a) Inducir a los fumadores a que consideren el hábito de fumar como un riesgo importante y directo para su salud.

b) Persuadir a los fumadores de los beneficios que significa para su salud el cesar de fumar.

c) Convencer a los fumadores de que no es imposible dejar de fumar.

d) Inducir a los fumadores a introducir un verdadero cambio en sus hábitos de uso del tabaco, por ejemplo, cesar en este hábito o por lo menos reducir su riesgo.

e) Impedir las recaídas.

4) Crear un ambiente social favorable a la abstinencia de fumar.

a) Lograr que la gente sepa que el no fumar es el comportamiento natural en la vida social.

b) Hacer que se comprenda generalmente la necesidad de crear zonas donde no se fuma en los locales públicos y en los lugares de trabajo.

Se supone a menudo que hay una influencia recíproca entre los conocimientos, las actitudes y el comportamiento, de modo que el conocimiento determina las actitudes y éstas, a su vez, el comportamiento. Hay algunos indicios en apoyo de este supuesto y del inverso, es decir, que el comportamiento puede determinar las actitudes y éstas influir, a su vez, en la adquisición de conocimientos.

Tres colectivos fundamentales van a ser objeto de las actividades de educación sanitaria en nuestra campaña: la población en general, el escolar y los profesionales sanitarios.

2.1. Población en general

Para planificar y programar las actividades de educación sanitaria de la población se ha constituido una Comisión Regional Asesora, de la que forman parte miembros de la Consejería de Educación, de la Dirección Provincial de Educación, de la Escuela de Magisterio, representantes de los Ayuntamientos, de instituciones sanitarias (INSA-LUD, Gabinete de Medicina e Higiene del Trabajo), Colegios profesionales (Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos, Ayudantes Técnicos Sanitarios), Universidad de Murcia y de forma especial la Facultad de Medicina, Real Academia de Medicina, Asociación Española contra el Cáncer, Cruz Roja, Organizaciones de los trabajadores (sindicatos, etc.) y movimientos ciudadanos (asociaciones de vecinos, de amas de casa, de padres de alumnos, de consumidores, etc.), junto con los profesionales de las distintas secciones de la Dirección Regional de Salud, Promoción de Salud, Epidemiología, Educación Sanitaria, Sanidad Escolar, Maternología, Dispensario del Tórax y Salud Mental.

Se tiene previsto realizar una amplia campaña de propaganda e información sobre los riesgos del hábito de fumar, para lo cual, junto al material impreso (carteles, folletos, pegatinas, etc.), a los anuncios en prensa y a las cuñas en radio, será de gran utilidad cuantos métodos y procedimientos diseñen los medios de comunicación para lograr una mayor sensibilización sobre el tema, v. gr. entrevistas a maestros, escolares, médicos, deportistas, artistas; entrevistas en hospitales sobre volumen de enfermos cuya patología tenga el tabaco como principal factor de riesgo, etc.

2.2. Actividades en el medio escolar

Una subcomisión del Programa en el medio escolar desarrollará el mismo en los últimos cursos de la E.G.B., Institutos de B.U.P. y Formación

Profesional, con la participación de profesores, con realización de todo tipo de métodos pedagógicos (clases especiales sobre el tema, concursos de redacción, proyección de vídeos, etc.). Asimismo, los profesionales sanitarios responsables de la Sanidad en las Escuelas, colaborarán en charlas. También será de gran utilidad por la natural imitación propia de la etapa, el que se aproveche la influencia que ejercen los ídolos profesionales no fumadores: artistas, futbolistas, otros deportistas, explicando ellos mismos en las escuelas las razones por las que no fuman.

2.3. Actividades en el medio sanitario

La Subcomisión del Programa en el Medio Sanitario, tiene una de las misiones más importantes y complejas y es la del desarrollo del programa en este medio, que por ser el de mayor ejemplaridad, sus resultados son los de efecto más multiplicativos para el éxito de la campaña.

Las acciones fundamentales a desarrollar, serán:

a) recomendar, mediante cartas individualizadas a médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios, que no fumen en las consultas y actos públicos;

b) igualmente, a veterinarios y farmacéuticos para que reduzcan el hábito en los locales de trabajo (farmacia, etc.) y en los actos públicos;

c) como en los casos anteriores, enviar cartas especiales a maternólogos y neumólogos, puesto que ellos todavía tienen mayor responsabilidad de cara a aconsejar a las embarazadas, o pacientes respiratorios que no fumen;

d) procurar que existan suficientes carteles, pegatinas y folletos en los Centros Sanitarios;

e) realizar charlas en el medio sanitario, tanto para el personal de la institución como para los usuarios;

f) conseguir que en muchos lugares el cenicero no sea necesario.

3. MEDIDAS DE CONTROL

Para el cumplimiento de lo legislado es preciso establecer medidas de control de dos tipos. Las propias que arbitra la Consejería de Sanidad. Aquéllas de autorresponsabilidad que establezcan los órganos colegiados en los centros docentes, deportivos y sanitarios así como los medios de transporte afectados, en los cuales será fundamental el papel de la población no fumadora.

Aun cuando la lucha contra el tabaquismo no puede ser una campaña, sino una acción continuada, la utilidad de la misma se enmarca en producir una sensibilización mayor en un momento determinado; para, a partir del umbral que se alcance, establecer esta acción permanente.

4. EVALUACIÓN

La evaluación es el procedimiento usado para averiguar la medida en que se han alcanzado los fines señalados a una actividad determinada. Por consiguiente, las actividades de evaluación han de estar preparadas de tal manera que sirvan para medir todos los elementos de los programas de información y de educación (comportamiento, actitud, conocimientos, etc.) que figuran en la enumeración de fines.

La evaluación debe efectuarse a varios niveles, es decir, para el conjunto del programa y para cada uno de sus niveles de aplicación. Ha de ser, por otra parte, un proceso continuo, en vista de que la ejecución de cada una de sus partes pondrá en marcha una nueva actividad.

En vista de que las técnicas empleadas para informar y para educar al público variarán según la edad, el sexo y otras características demográficas de la población elegida como objetivo, y de que es preciso establecer programas específicos para atender las necesidades de cada grupo objetivo, habrán de adaptarse las técnicas de evaluación a cada serie de fines. Por carecer de una infraestructura adecuada, y porque no contamos en estos momentos con una encuesta permanente

de salud de la población, vamos a hacer la evaluación sobre datos de consumo de tabaco actuales en la Región de Murcia, y su seguimiento en intervalos anuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. O.M.S. (1979). Consecuencias del tabaco para la salud. *Serie Inf. Técn.*, 568.
2. O.M.S. (1984). Lucha contra el tabaquismo epidémico. *Serie Inf. Técn.*, 636.
3. RAMSTROM, L.M. (1979): *The Smoking epidemic a matter of world wide concern*. Almquist-Wikaell International, Stockholm.
4. ROENER, E. (1982): *Legislative action to combat world Smoking Epidemic*. OMS. Ginebra.
5. GRAY, N.; DAUBE, M. (1983): *Guidelines por smoking control 2nd. ed. UICC. Technical Report. Series*, vol. 52. Ginebra.
6. R. Decreto 709/82 de 5 de marzo. BOE 5 de marzo.
7. RAMSTRON, L. (1977): *Actas de la tercera Conferencia Mundial sobre Tabaquismo y Salud*. Nueva York, 1975. Washintong De. Depart. de Salud, Educación y Asistencia Social.
8. GASTRIN, G. (1977): *Actas de la tercera conferencia Mundial sobre Tabaquismo y Salud*. Nueva York, 1975.

ANEXO 1

DECRETO 122/1984, de 2 de noviembre, sobre Campaña de Lucha contra el Tabaquismo en la Región de Murcia.

El uso del tabaco constituye un importante riesgo para la salud, demostrado en numerosas investigaciones médicas y aceptado universalmente por las autoridades sanitarias. La Organización Mundial de la Salud viene preocupándose por este problema desde hace varios años y recomendando a los países miembros la adopción de medidas para advertir a las poblaciones de los peligros del tabaquismo, limitar al máximo el hábito de fumar y asegurar el derecho a la protección de la salud de los individuos y los pueblos.

Sensible a estas recomendaciones del alto organismo sanitario mundial, el Gobierno español promulgó el Real Decreto 709/82, de 5 de marzo, en el que se establece la normativa legal para el control en el uso y publicidad del tabaco en el territorio nacional.

Transferidas y asumidas por Real Decreto 466/80, de 29 de febrero y artículo 11-f del Estatuto de Autonomía, las competencias en materia de Salud Pública a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se hace necesario establecer las medidas oportunas para que, en el ámbito de la Región, se cumplan los preceptos establecidos en la norma legal estatal y se posibilite el derecho constitucional de la protección de la salud, tratando de paliar con la mayor eficacia posible los riesgos que, el uso del tabaco, suponen para la salud de los ciudadanos de la Región.

Tales medidas han de ir encaminadas a la información y educación sanitaria de la población, poniendo especial énfases en determinados colectivos sociales, como son los sanitarios y docentes, por los singulares e importantes riesgos que comportan en ellos el tabaquismo, así como el establecimiento de normas que limiten y condenen el uso y consumo del tabaco, especialmente en locales públicos y medios de transporte colectivos.

En virtud de lo expuesto, y a propuesta de las Consejerías de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales; de Cultura y Educación; de Política Territorial y Obras Públicas, y de Industria, Comercio y Turismo y previa deliberación del Consejo de Gobierno.

DISPONGO:

Artículo primero.—No se permite la venta de tabaco en los centros sanitarios, docentes y deportivos dependientes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Artículo segundo.—1. Se prohíbe fumar en los medios de transporte colectivos tanto urbanos como interurbanos en los que se admitan viajeros sin ocupar asiento.

2. En los vehículos de transporte colectivo interurbano en los que no se admitan viajeros sin ocupar asientos, se reservarán para los no fumadores, al menos, el 25% de los asientos.

3. SE prohíbe fumar en los vehículos de transporte escolar.
Artículo tercero.—En los establecimientos públicos y grandes locales comerciales cerrados, cuyas dimensiones, naturaleza y destino lo aconsejen en los que no esté prohibido fumar, se habilitarán seras para fumadores.

Artículo cuarto.—1. No se permite fumar en los hospitales y centros sanitarios de cualquier tipo y dependencia, excepto en los patios y lugares expresamente reservados a tales efectos. La Dirección de cada Centro determinará las áreas específicas donde se permita fumar, para los usuarios de los servicios y visitantes y para el personal del Centro.

2. Por la Dirección del Hospital o Centro Sanitario deberá interesarse la colaboración de los Organos Colegiados y de representación del Centro, en el cumplimiento de las medidas que se adopten con el fin de lograr mayor respaldo social.

3. Por la Dirección del Hospital o Centro Sanitario se desarrollarán tareas de educación sanitaria sobre el riesgo del tabaco dirigidas al personal laboral e incluso a usuarios.

Artículo quinto.—1. De conformidad con lo establecido en la Resolución de 9 de septiembre de 1982, de la Subsecretaría de Ordenación Educativa, no se permite fumar en los centros docentes de Educación General Básica, Formación Profesional, Bachillerato Unificado Polivalente y, en general, en los centros docentes destinados a los menores de 16 años, excepto en las áreas expresamente reservadas al efecto por la Dirección del Centro.

2. Como criterio a seguir para delimitar áreas o zonas de autorización, se sugiere queden restringidas a los espacios exteriores del Centro, quedando expresamente prohibidas las aulas, laboratorios, seminarios, comedores y pasillos de acceso a estas dependencias, tanto en periodo lectivo como no lectivo.

3. La determinación de áreas o zonas en las que se autorice o prohíba el consumo de tabaco debe integrarse en el conjunto de las normas de régimen interior, y tanto alumnos como profesores y restante personal del Centro deben conocer el riesgo que supone para la salud el consumo del tabaco.

4. Por la Dirección del Centro docente se deberá interesar la colaboración de los Organos Colegiados, Consejo de Dirección y

Claustro de Profesores, principalmente, en el cumplimiento de las medidas que adopten con objeto de lograr mayor respaldo social.

5. La Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales y la de Cultura y Educación desarrollarán, en el ámbito de la educación sanitaria en la escuela, acciones informativas sobre el tabaco y el tabaquismo.

Artículo sexto.—Las prohibiciones de fumar, así como las áreas reservadas para fumadores, establecidas por el presente Decreto, serán debidamente señalizadas en los vehículos y locales afectados.

Artículo séptimo.—La Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, a través de la Dirección Regional de Salud, desarrollará programas de lucha contra el tabaquismo, dirigidos tanto a la población en general como, especialmente, a colectivos laborales y sociales de más alto riesgo.

Artículo octavo.—Se crea la Comisión Regional de lucha contra el tabaquismo, como órgano colectivo y de asesoramiento. Estará presidida por el Director Regional de Salud. Formarán parte de la misma representantes de la Consejería de Presidencia de Cultura y Educación, de Política Territorial y Obras Públicas, de Industria, Comercio y Turismo, Universidad, Dirección Provincial de Educación, Gabinete de Higiene y Seguridad en el Trabajo,

Escuela de Profesorado de E.G.B., Colegios Profesionales (Médicos, Farmacéuticos, A.T.S.), Real Academia de Medicina, Instituto Nacional de la Salud y las entidades o asociaciones especialmente interesadas en el problema del tabaquismo.

Artículo noveno.—El incumplimiento de lo dispuesto en este Decreto se sancionará de acuerdo con la normativa vigente.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Las medidas que afecten a locales y vehículos, establecidas en el presente Decreto, entrarán en vigor a los seis meses de su publicación.

DISPOSICIÓN FINAL

Se autoriza a los consejeros de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, de Cultura y Educación, de Política Territorial y Obras Públicas y de Industria, Comercio y Turismo, para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo de este Decreto.

Dado en Murcia a 2 de noviembre de 1984. — El presidente, *Carlos Collado Mena*. — El consejero de Presidencia, *José Méndez Espino*.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

PATRONES DE CAMBIO EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL GENERAL. ESTUDIO COMPARATIVO (1978-1982). TRAS UNA POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS, por Gómez, J.; Amorós, T.; García, A.; Alemán, A. y Campillo, V. *Med. Clín.* (Barc) 1984; 83, 232-235.

De 1974 historias clínicas revisadas, pertenecientes a los pacientes ingresados durante el mes de abril de 1982 en la Residencia General de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca de Murcia, 393 (32,9%) recibieron antimicrobianos por vía sistémica en el marco de una política de antibióticos, encontrando una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los resultados obtenidos en abril de 1978, cuando no existía política de antibióticos.

Con la política en 1982 se consiguió un descenso de los diagnósticos de enfermedad infecciosa bacteriana incorrectos, siendo la diferencia respecto al estudio de 1978 estadísticamente significativa.

Los servicios que más usaron los antibióticos (oftalmología, otorrinolaringología y cirugía general) fueron los que menos estudios bacteriológicos solicitaron.

Los antibióticos más utilizados fueron la penicilina-G, seguida del cotrimaxazol y después de los aminoglucósidos (gentamicina y tobramicina).

Las asociaciones de antibióticos se realizaron en 138 casos (28,3%), no existiendo diferencias significativas respecto al estudio de 1978.

Los efectos indeseables se presentaron en 11 casos de 393, es decir en el 2,8% de todos los casos, no existiendo, de igual forma, diferencias significativas en relación con los resultados obtenidos en 1978.

TESIS DE LICENCIATURA, PRESENTADAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA EN NOVIEMBRE DE 1984

POZO NAVARRO, P. (1984): «La depresión en una consulta de medicina general de la Seguridad Social, consideraciones sobre motivo de consulta y anti-

güedad de la queja». Murcia. Departamento de Psiquiatría. Director: Profesor Demetrio Barcia.

ESPÍN RÍOS, M.^a I. (1984): «Estudio somatométrico del Tórax en niños normales y en algunos síndromes tóxicos». Murcia. Director: Profesor Emilio Borrajo. Departamento de Pediatría.

HERNÁNDEZ GIMÉNEZ, M. P. (1984): «Evolución de la mortalidad perinatal infantil y preescolar en la comarca de Lorca». 1961-1980. Murcia. Director: Profesor Pedro Marset. Departamento de Historia de la Medicina.

GUTIÉRREZ PÉREZ, J.: «Evolución de la producción científica española en Salud Pública según el I.M.E. (1973-1983). Director: Profesor Pedro Marset. Departamento de Historia de la Medicina.

PUCHADES FERRANDO, C.: «La Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres: Un estudio de la atención primaria en Murcia». Director: Profesor Pedro Marset. Departamento de Historia de la Medicina.

TESIS DOCTORALES, PRESENTADA EN LA FACULTAD DE MEDICINA EN OCTUBRE DE 1984

MARTÍNEZ GÓMEZ, Diego de Alcalá: «Cuantificación del reflejo duodenogástrico en el hombre usando bromosulfotaleína intravenosa como marcador duodenal. Director: Profesor Pascual Parrilla Paricio. Departamento de Patología Quirúrgica.

VÁZQUEZ ROJAS, J. L.: «Lavado anterógrado de colon: Estudio clínico bacteriológico y experimental. Director: Profesor Pascual Parrilla Paricio. Departamento de Patología Quirúrgica.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

CURSO DE DIPLOMADOS EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales organiza un curso de Diplomados en Alimentación y Nutrición dirigido a personal de grado medio y superior, que esté interesado en poder revertir los conocimientos hacia la población en general.

El Curso tendrá una duración de 120 horas y se desarrollará los días 4 al 30 de marzo y 15 de abril al 10 de mayo, de 5,30 a 8,30 de la tarde, de lunes a viernes y de 9 a 1,30 de la mañana los sábados.

La inscripción tendrá lugar del 28 de enero al 15 de febrero de 9 a 2 de la mañana, sábados excluidos. Dirigirse al Servicios de Promoción de Salud, 4.ª planta.

CURSILLO PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE E.G.B.

PROGRAMA

Tema 1.º Traumatismos y Aparato Locomotor.

Tema 2.º Traumatismo y Deporte. Traumatismo Craneoencefálico.

Tema 3.º Heridas. Cuerpos extraños en vías digestivas. Asfixia. Ahogamiento.

Tema 4.º Intoxicaciones y Drogas.

Tema 5.º Excursiones: picaduras de insectos y otros. Shock anafiláctico. Electrocuación. Hidrocuación.

Tema 6.º Medidas de reanimación y resucitación: Anatomía y Fisiología. Reanimación.

Tema 7.º Medidas generales en enfermedades epidémicas e infectocontagiosas.

Tema 8.º Evacuación de Escuelas en caso de catástrofes.

Imparte: Cruz Roja del Mar.

Fecha: Del 14 al 25 de enero.

Lugar: Centro Comarcal de Salud. Plaza de San Agustín, 3.

Hora: 19 h.

N.º de plazas: 60.

Dirigido a: Profesores de E.G.B. en activo.

INSCRIPCIONES:

Gabinete de Orientación y Planificación Escolar. Ayuntamiento.

Del día 13 al 20 de diciembre.

De 12,30 h. a 14,30 h.

Excmo. Ayuntamiento de CARTAGENA y Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

CURSILLO SOBRE TOXICOMANÍAS DIRIGIDO A PROFESORES DE E.G.B.

PROGRAMA

Tema 1.º Aspectos biológicos de las drogas.

Tema 2.º Aspectos biológicos del alcohol.

Tema 3.º Aspectos sociofamiliares de las drogodependencias.

Tema 4.º Por qué se hace una persona toxicómana.

Tema 5.º Tratamiento de las toxicomanías.

Imparte: Mario Arnaldos (Psiquiatra). José Zamora (Psiquiatra). Carmen Martínez (Psicólogo).

Fechas: Días 20, 21, 25, 27 y 28 de febrero.

Lugar: Centro Comarcal de Salud. Plaza de San Agustín, 3.

Hora: De 19 a 21 h.

N.º de plazas: 50 plazas.

Inscripciones: Gabinete de Orientación y Planificación Escolar. Ayuntamiento.

Del día 11 al 18 de febrero.

Organizan: Excmo. Ayuntamiento de CARTAGENA y Consejería de Sanidad.

CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El pasado día 29 de noviembre de 1984 quedó constituida la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. El ámbito de actuación de esta Sociedad es el de la Comunidad Autónoma de Murcia y queda federada con la federación de Sociedades de Medicina de Familia a nivel estatal. Entre sus fines figuran el promover y fomentar el progreso de la medicina familiar y comunitaria, divulgando e impulsando los principios y conocimientos de la especialidad, así como organizar actividades de carácter profesional, de investigación, formativa y/o cultural.

Aunque dirigida de forma especial a los residentes y especialistas en medicina familiar y comunitaria, es una sociedad abierta a cualquier otro profesional interesado.

Para mayor información o solicitud de inscripción deberán dirigirse a Ronda Norte, 9-6.º B, Esc. Izqda. - 30009 MURCIA.

LEGISLACIÓN SANITARIA

— Decreto 122/1984, de 2 de noviembre, sobre Campaña de Lucha contra el Tabaquismo en la Región de Murcia. B.O.R.M. de 15 nov. 1984.

— Autorización de un sistema de desplazamiento para la asistencia especializada en la Seguridad Social. O. de 15-11-84 del M.S. y C. B.O.E. 276 de 17-11-84, pág. 33.164.

— Regulación de la naturaleza, objetivos y ámbito de actuación de los Centros de Asistencia a Minusválidos Físicos de la Seguridad Social y se constituyen como tales determinados Centros. O. de 13-11-84 del M. de T. y SS. B.O.E. 277 de 19-11-84, pág. 33.254.

— Reglamentaciones Técnico-Sanitarias. Corrección de errores del R. D. 1137/1984, de 28 de marzo, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria para la fabricación y comercio del pan y panes especiales. B.O.E.: 281 de 23-11-84, pág. 33.751.

— Normas de calidad. Conservas vegetales. Aprobación de las normas de calidad para las conservas vegetales. O. de 21-11-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 289 de 3-12-84, pág. 34.833.

— Seguridad Social. Instituciones Sanitarias. Establecimiento de normas para la jerarquización de las especialidades de Radiología y Laboratorio de las Instituciones Sanitarias abiertas de la Seguridad So-

cial. O. de 21-11-84 del Ministerio de S. y C. B.O.E. 285 de 28-11-84, pág. 34.302.

— Instituciones Sanitarias de Seguridad Social. Reglamento General. Corrección de errores de la O. de 6-8-84, por la que se modifica el artículo 9.º del R. GraI. para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. B.O.E. 289 de 3-12-84, pág. 34.853.

— Convocatoria de los seis cursos regulares para la formación de Médicos de Empresa en el periodo académico 1984-85. R. de 22-10-84 del Ministerio de S. y C. B.O.E. 287 de 30-11-84, pág. 34.667.

— Médicos y Farmacéuticos especialistas. Establecimiento de las normas reguladoras de las pruebas selectivas de residentes. O. de 30-11-84 de Presidencia del Gobierno. B.O.E. 289 de 3-12-84, pág. 34.848.

— Provisión de plazas vacantes de personal facultativo en los servicios jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. R. D. 2.166/1984 de 28-11-84 del M.S. y C. B.O.E. 292 de 6-12-84, pág. 35.223.

— Ampliación del número de puestos de trabajo en el curso especial de traslado en el Cuerpo de Farmacéuticos Titulares. O. DE 5-12-84 del M.S. y C. B.O.E. 294 de 8-12-84, pág. 35.523.

ÍNDICE ARTÍCULOS ORIGINALES 1984

	Págs.	
Enero	MARTÍNEZ PARDO, F.: Administración Sanitaria Autonómica. Organización y competencias. La Ordenación Territorial como base de la planificación. Mapas Sanitarios. Estado actual: Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma y áreas y Zonas. Equipo de Atención Primaria.	4-9
	SEBASTIÁN RAZ, J. M.: La Infección meningocócica en la comarca de Cartagena en el periodo 1978-1983.	9-17
Febrero	MIRALLES LÓPEZ, J. C.; SAN EUSTAQUIO TUDANCA, F.; GUILLÉN GRIMA, F.: Análisis comparativo de los accidentes de trabajo en la Región de Murcia (1977-1979). ...	27-40
Marzo	RAMOS GARCÍA, E.: Consideraciones sobre la organización de la Planificación Familiar.	52-53
	SATURNO HERNÁNDEZ, P. J.: 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.	53-65
Abril	SATURNO HERNÁNDEZ, P. J.: El tipo de hospital, público/privado, como variable en el consumo de asistencia hospitalaria (II): Diferencias en la morbilidad atendida y perfil asistencial de los centros públicos y privados de Murcia.	75-86
Mayo	Propuesta para un nuevo enfoque de Control Sanitario de las playas. Acordada en la reunión de Expertos a nivel nacional sobre Control Sanitario de Playas. La Manga (Murcia), mayo 1984.	96-98
Junio	BUENDÍA VIDAL, J.: Percepción Social de la Asistencia Psiquiátrica.	107-114
Julio/Agosto	PEREÑÍGUEZ BARRANCO, J. E.; DORADOR ATIENZA, F.; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, J.; HERRANZ VALERA, J. J.; GASCÓN GARCÍA, J.: Evaluación formal sobre un modelo de historia clínica en atención primaria.	119-126
Septiembre/ Octubre	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 Segura. Desde 1961 a 1980.	135-155

	Págs.
Noviembre/ NAVARRO SÁNCHEZ, C.: Situación Epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria en la Región de Murcia. 1984.	164-169
PONCE FERNÁNDEZ, R.: Dietas en comedores escolares	169-176
NAVARRO SÁNCHEZ, C.: Validez del Boletín Estadístico de Defunción como fuente de datos en las estadísticas sobre el cáncer. Un estudio preliminar.	177-180
RAMOS GARCÍA, E.: Campaña de Lucha contra el tabaquismo en la Región de Murcia.	181-185

ÍNDICE DE AUTORES

	Págs.
ALIAGA MATAS, F.	135
BUENDÍA VIDAL, J.	197
DORADOR ATIENZA	119
GARCÍA SALOM, M.	135
GASCÓN GARCÍA	119
GUILLÉN GRIMA, F.	27
HERRANZ VALERA, J. J.	119
LEÓN PELLICER, E.	135
MARTÍNEZ PARDO, F.	4
MIRALLES LÓPEZ, J. C.	27
NAVARRO SÁNCHEZ, C.	164 y 177
PARRA HIDALGO, P.	135
PEREÑÍGUEZ BARRANCO, J. E.	119
PONCE FERNÁNDEZ, R.	169
RAMOS GARCÍA, E.	52 y 181
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, J.	119
SAN EUSTAQUIO TUDANCA, F.	27
SEBASTIÁN RAZ, J. M.	9
SATURNO HERNÁNDEZ, P. J.	53 y 75

ÍNDICE DE MATERIAS

	Pág.
Accidentes de Trabajo	27
Administración Sanitaria	4
Asistencia hospitalaria	53 y 75
Asistencia psiquiátrica	107
Atención primaria, historia clínica	119
Boletín Estadístico de Defunción, validez	177
Dietas en comedores escolares	169
Epidemiología, resumen situación epidemiológica regional en 1984	164
Infección meningocócica en Cartagena	9
Mortalidad Infantil, Vega Alta del Segura, 1961-80,	135
Planificación Familiar, Organización,	52
Playas, control sanitario,	96
Tabaquismo, Campaña de Lucha contra el,	181

ÍNDICE DE RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

	Pág.
Enero	
COMAS, A.; CADIANANOS, M.; MARTÍNEZ PACHECO, M.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, F.; ARTAL, F.; TRESPALACIOS, V. y GAISAN, C.: Contribución al manejo sistemático de la Tuberculosis en la práctica diaria. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 99-106.	17
MARTÍNEZ FRÍAS, M. L.; SALVADOR, J.; PRIETO, L. y ZAPLANA, J.: Incidencia de Gastosquisis y Onfalocelce en España. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 107-118.	17
LÓPEZ-BREA, M.; PICKERING, X.; ENRIQUEZ, A. y BAQUERO, M.: «Campylobacter» en muestras fecales de pollos como posible origen de enteritis humana. <i>Rev. San. Hig.</i> , 1982, 56, 119-123.	17
COLLARTE RODRÍGUEZ, M. B.; MATO PRADA, J.; RODRÍGUEZ MIGUEZ, L.; MORA BERMÚDEZ, B.; TABAREA LEZCANO, J. M.; MARTINÓN SÁNCHEZ, F.; CARBALLO GARCÍA, A.; GONZÁLEZ GUZMÁN, R.; ALVAREZ DIEGUEZ, V.: Una investigación sociosanitaria sobre exposición al plomo y saturnismo en la ciudad de Orense. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 211-261.	18
LÓPEZ-BREA, M.; BARRENO, M.; GUTIÉRREZ, J.; GÓMEZ, A.: «Giardia Lamblia» como microorganismo productor de cuadros diarreicos. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 277-284.	18
Febrero	
ROMERO RODRÍGUEZ, F.; TEJADA BAÑEZ, E.; DÍEZ GASCÓN, J.: Valoración clínico-bacteriológica de un brote de infección por «Proteus Mirabilis». <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 307-310.	41
VILOUTA BELLO, M. L.; GESTAL OTERO, J. J.: Estudio del hábito tabáquico en escolares del medio rural gallego. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 427-445.	41
FERNÁNDEZ PATIER, R.; DE LA SERNA ESPINAGO, J.; PÉREZ CARLES, F.: Evolución, evaluación y predicción de la contaminación por SO ₂ en la Ciudad Universitaria de Madrid. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 447-467.	41
REQUENA, F.: Sobre algunos modelos epidemiológicos estocásticos. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 761-797.	41
RUIZ MERINO, J.: Inmunidad antitetánica y vacunación por vía perlingual. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 469-477.	42
LABARGA AGUIRRE, J.: Salud mental y asistencia psiquiátrica. Orientaciones teórico-prácticas para su planificación en la provincia de La Rioja. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> 1982, 56, 495-526.	42
Marzo	
ECHEVARRÍA, C.; FERNÁNDEZ, M. V.; ECHEVARRÍA, J. M.; NÁJERA, R.: Diagnóstico de infecciones primarias y reinfecciones por Rubéola en mujeres embarazadas. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982-3, 57, 701-713.	66
SANTO DOMINGO CARRASCO, J.: Investigaciones españolas sobre alcoholismo. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 749-771.	66
TRUJILLO, R.; SIERRA, A.: 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. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 803-810.	66
CORTINA GRAUS, M. C.; SORIANO MARQUES, S.; MUÑOZ GUILLÉN, S.; MUÑOZ GUILLÉN, Santiago; SABATER, A.; IBÁÑEZ GADEA, L. M.: Tendencias de la mortalidad por cardiopatía isquémica en relación a los tres principales factores de riesgo (hipertensión, dependencia tabáquica y dieta). <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 783-796.	66
SALONEN, J. T.: Riesgo de cáncer y muerte en relación con el colesterol sérico: estudio longitudinal en una población del este de Finlandia con nivel general de colesterol elevado. <i>American Journal of Epidemiology</i> . 1982, págs. 622-30.	66
HETH COTE, H. W.: Sarampión y Rubéola en Estados Unidos. <i>American Journal of Epidemiology</i> . 1982, págs. 2-12.	67
MALLICK, M. J.: Riesgos sanitarios de la obesidad y control del peso en niños: revisión de la literatura <i>American Journal of Public Health</i> . 1983, págs. 78-82.	67
ING, S. y MANTON, K. J.: La contribución de la hipertensión a la mortalidad en Estados Unidos. <i>American Journal of Public Health</i> . 1983, págs. 140-144.	67

	Pág.
	67
Abril	86
	86
	87
	87
	87
	87
Mayo	99
	99
	99
	99
	99
	99
Junio	114
	114
	114
	114
	115

	Pág.
Julio/Agosto	
BISMUTH, R. V.: Relación entre la sensibilidad bacteriana a los antibióticos y su consumo: Estudio efectuado sobre el <i>Stafilococcus aureus</i> en el grupo hospitalario Pitié-Salpetriere entre 1975 y 1980. <i>La Presse Médicale</i> . 1983, págs. 197-201.	127
PALMEIRO TROITIÑO, R.: El diagnóstico precoz del cáncer. <i>Revista Española de Oncología</i> . 1981, págs. 355-375.	127
VIÑES, J. J.: Los registros del cáncer desde una óptica de salud pública. <i>Revista Española de Oncología</i> . 1981, págs. 413-424.	127
CORREIA DE CAMPOS, A.: Las cuentas de la salud ¿cómo vamos y dónde vamos? <i>Revista Portuguesa de Saude Pública</i> . 1983, págs. 11-17.	127
FREIXA Y SANTFELIU, F.: El Fenómeno de la Droga. <i>Comunidad Autónoma de Murcia</i> . Salvat. Edición no comercializable. Barcelona, 1984.	127
Septiembre/ Octubre	
MARTÍNEZ NAVARRO, J. F.: La Atención Primaria. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> 1982, 56, 907-921	155
MARTÍNEZ NAVARRO, J. F.: La casualidad en epidemiología. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 1139-1148.	127
FARRES QUESADA, J. y PORTELLA ARGELAGUET, E.: Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1982, 56, 1237-1247.	127
GILI MINER, M. y SALLERAS SANMARTI, L.: El plan de prevención y control de la tuberculosis de la Generalitat de Cataluña. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 309-317.	127
ORTÚN, V. y SEGURA, A.: España: democracia, crisis económica y política sanitaria. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 603-626.	127
DE LA REVILLA, L.; LÓPEZ-FERNÁNDEZ, L.; ARRIBAS MIR, L.; CARRASCO, R. y ARANDA-REGULEZ, J. M.: Estudio de los recursos para la salud del barrio de la Cartuja, de Granada. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 81-88.	
NÁJERA, R., y CASAL, J.: Importancia de los laboratorios de sanidad. Ideas acerca de la organización de una red de laboratorios de microbiología sanitaria. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 349-353.	156
ARÉVALO ALONSO, J.: Niveles de organización de laboratoris de salud pública. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 343-347.	156
FELIZ LOBO: Perspectivas de la autorización de Medicamentos en España. <i>Rev. San. Hig. Púb.</i> , 1983, 57, 509-515.	156
MAS BERMEJO, C.: Estudio epidemiológico de las caries dental en niños afectados con el síndrome de Down. Tesis de licenciatura, presentada en la Facultad de Medicina de Murcia, julio 1984.	156
MURCIA MEROÑO, F.: Evolución de la mortalidad en la infancia en el municipio de Murcia 1966-1970. Tesis de licenciatura Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	156
ARTERO GALÁN, M.: Quimioterapia experimental frente a <i>Leishmania Mexicana</i> Amazonensis un modelo in vitro en vivo. Tesis de licenciatura Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	156
GARCÍA RUIPÉREZ, M.ª Dolores: Evolución de la mortalidd perinatal infantil y preescolar en la comarca de Mula 1961-1980. Tesis de licenciatura Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	156
BLANCO MARÍN, M.ª Isabel: Actitud de la población femenina murciana frente a la planificación familiar. Tesis de licenciatura Facultad de Medicina de Murcia. 1984.	156
Noviembre/ Diciembre	
POZO NAVARRO, P.: La depresión en una consulta de medicina general de la Seguridad Social, consideraciones sobre motivo de consulta y antigüedad de la queja. Tesis de la licenciatura presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185
ESPÍN RÍOS, M.ª I.: Estudio somatomático del Tórax en niños normales y en algunos síndromes tóxicos. Tesis de licenciatura presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, noviembre 1984.	185
HERNÁNDEZ GIMÉNEZ, M. P.: Evolución de la mortalidad perinatal infantil y preescolar en la comarca de Lorca. Tesis de licenciatura presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185

	<u>Pág.</u>
GUTIERRES PÉREZ, J.: Evolución de la producción científica española en Salud Pública. Tesis de Licenciatura presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185
PUCHADES FERRANDO, C.: La Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres: un estudio de la Atención Primaria en Murcia. Tesis de Licenciatura presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185
MARTÍNEZ GÓMEZ, Diego de Alcalá: Cuantificación del reflejo duodenogástrico en el hombre usando bromosulfoftaleina intravenosa como marcador duodenal. Tesis doctoral presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185
VÁZQUEZ ROJAS, J. L.: Lavado anterógrado de colon: Estudio clínico bacteriológico y experimental. Tesis doctoral presentada en la Facultad de Medicina. Murcia, 1984.	185
GÓMEZ, J.; AMORÓS, T.; GRACIA, A.; ALEMAN, A. y CAMPILLO, V.: Patrones de cambio en el uso de antibióticos en un hospital general. Estudio comparativo (1978-1982). Tras una política de antibióticos. <i>Med. Clin.</i> (Barc.), 1984, 83, 232-235.	185

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Semanas: 45 a 48 (4 noviembre 1984) y 44 a 47 (de 30 octubre al 26 noviembre 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de caso X 100,000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonia		Disenteria		Gonococia		Sífilis	
			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	1983	1984		
NOROESTE	61.525	1,5	3	1	0	0	0	0	0	68	0	0	522	550	0	0	1	2	70	4	0	1	4	3	5	9	0	0	0	0	1	0	0	4	18	0	0	
ALTIPLANO	45.970	2,2	0	0	1	0	1	0	5	10	0	0	283	150	1	0	0	0	3	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	1	0	
LORCA	110.866	0,9	0	0	3	1	1	1	5	15	0	2	714	1340	1	0	0	2	152	20	0	0	1	4	0	4	1	2	1	0	0	0	1	0	7	0	1	
CARTAGENA	238.201	0,4	1	2	1	0	0	2	7	40	0	3	1027	1044	16	6	2	2	27	137	8	8	6	28	13	3	0	1	0	0	2	4	0	0	17	27	3	1
MULA	21.839	4,6	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	62	64	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	2,4	0	0	0	0	3	2	4	4	0	1	477	255	0	0	0	2	8	77	5	0	2	3	0	3	0	1	0	0	6	0	0	0	9	9	0	0
GIEZA	47.996	2,1	1	0	1	0	1	1	0	33	0	0	224	204	0	0	0	0	20	13	1	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	1	
MOLINA	76.645	1,3	5	1	0	0	0	2	1	12	1	1	798	1884	0	4	0	0	25	98	6	25	2	0	6	8	0	2	0	0	1	2	0	0	8	16	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	1	0	1	0	3	19	2	0	0	315	122	0	0	0	0	1	210	5	9	0	2	1	1	3	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	8	1	2	1	6	0	56	45	2	17	2781	3717	2	8	9	7	31	143	30	27	5	8	17	30	5	2	1	0	7	18	4	0	17	10	3	0
TOTAL REGION	955.215	0,1	18	7	8	4	13	12	97	229	3	24	7203	9330	20	18	13	15	337	709	55	71	21	57	47	58	9	9	2	0	16	27	6	0	70	94	7	3

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

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Semanas: 49 a 52 (2 al 29 de diciembre 1984) y 48 a 52 (27 noviembre al 31 diciembre 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarilina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubeola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonia		Disenteria		Gonococia		Sífilis					
		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	1983	1984						
NOROESTE	61.525	1	0	2	1	0	20	109	0	1	655	470	0	0	0	1	80	5	0	4	2	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ALTIPLANO	45.970	2	0	1	0	0	15	23	0	0	225	200	4	0	0	0	18	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
LORCA	110.866	0	0	3	4	0	3	41	1	4	874	1078	0	0	0	0	197	47	3	0	2	1	4	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CARTAGENA	238.201	0	2	0	2	4	2	54	32	4	1347	1076	7	3	4	0	30	127	5	13	12	16	9	3	0	0	0	1	1	0	7	17	10	1	0	0	0	0	0		
MULA	21.839	4	0	0	2	0	0	1	0	0	90	122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.265	2	4	0	1	0	1	44	0	0	546	411	0	10	1	0	4	106	1	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CIEZA	47.996	2	1	0	2	0	51	16	2	2	356	224	3	0	3	0	71	12	0	1	0	2	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MOLINA	76.645	1	1	0	1	3	0	4	87	1	1548	1719	0	3	1	1	100	45	9	16	2	2	1	12	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3	0	0	0	1	16	1	2	0	200	246	0	0	0	0	5	237	2	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	4	0	0	6	3	131	101	6	9	3635	3840	12	1	11	0	79	195	6	15	7	5	36	30	3	2	0	1	4	12	3	3	22	3	3	0	0	0	0		
TOTAL REGION	955.215	0	1	9	4	6	11	18	7	295	455	13	20	9486	9386	26	17	20	2	584	777	88	60	26	98	70	63	7	9	0	1	19	20	7	10	83	63	4	0		

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

