



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud
Pública

Índice

Artículo:

El control de la diabetes en atención primaria de la Región de Murcia: una propuesta de evaluación de resultados en salud.

Noticias Breves:

- Programa de ayuda para dejar de fumar.
- Reducción del número de ejemplares en papel del BEM.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semana 13 a 16 de 2005.

El control de la diabetes en atención primaria en la Región de Murcia: Una propuesta de evaluación de resultados en salud

Introducción

La diabetes mellitus es un problema de salud creciente debido al envejecimiento, al descenso de la mortalidad general y al incremento de algunos factores de riesgo (obesidad, sedentarismo y dietas inapropiadas), que en la Región de Murcia (RM) supone la tercera causa de muerte en mujeres y la novena en hombres¹. La diabetes es también responsable de complicaciones agudas y crónicas que afectan la calidad de vida y provocan una elevada tasa de invalidez prematura y muerte². Por ello ha figurado desde siempre en la Cartera de Servicios (CS) de Atención Primaria (AP) como actividad obligatoria y prioritaria³. La CS nace como catálogo de prestación de servicios recogiendo una parte importante de los procesos asistenciales y actividades de promoción, prevención y curación o seguimiento de patologías. Crea el concepto de "Normas Técnicas Mínimas" (NTM) entendidas como elementos de la atención mínimos, básicos, relevantes y de inexcusable cumplimiento para los proveedores de los servicios⁴. Es la primera referencia institucional expresa sobre calidad en AP. Ha sido elaborado y actualizado mediante técnicas de consenso basadas en criterios científico-técnicos, con implicación de los profesionales⁵. No obstante, sus indicadores se han centrado exclusivamente en aspectos de accesibilidad (coberturas) y proceso (las NTM). Por ello, tras las transferencias sanitarias, el Servicio Murciano de Salud decidió iniciar la medición de resultados en salud y su relación con las actividades realizadas en la CS⁶, eligiendo la diabetes como servicio piloto. El objetivo de este estudio es analizar la viabilidad y exigencias de una evaluación centrada en resultados en AP en la RM, así como conocer éstos en uno de sus servicios esenciales: la atención a pacientes con diabetes mellitus.

Material y método

Diseñamos un estudio descriptivo transversal en los 75 Equipos de Atención Primaria (EAP) de la RM, mes de octubre

de 2002. Los casos son obtenidos desde los registros existentes en AP, que recogen a toda persona conocida por los EAP y diagnosticada de diabetes mellitus. Incluían a 50.003 individuos en la fecha del estudio, un 90% del total de diabéticos que se espera residan en la Región. A partir de ellos realizamos un muestreo aleatorio estratificado no proporcional de 50 diabéticos por EAP, lo que implica estudiar un total de 3.750 pacientes. Elegimos esta cifra porque permite detectar diferencias importantes (en torno al 10%) entre EAPs y ofrece una alta precisión al integrar los datos por Áreas de Salud o para toda la Región. La elección de pacientes en cada Equipo se llevó a cabo de forma sistemática. En caso de no localizarse la historia clínica de un determinado paciente, éste era sustituido por el que figura a continuación en el sistema de registro.

La fuente de datos ha sido exclusivamente la historia clínica. En ella deben estar registradas las actuaciones realizadas al paciente diabético, y que se explicitan en las NTM de la CS. Extrajimos las siguientes variables:

- Sobre la diabetes y su control: Tipo de diabetes (NTM vigente desde 1991), existencia o no de valores de hemoglobina Glicosilada (HbA_{1c}) en 2002 (desde 1995 existe una NTM que indica realizar al menos una determinación anual) y en caso de existir más de una determinación en 2002, último valor de HbA_{1c} (%) ese año.
- Sobre el paciente y su entorno (NTM desde 1991): Edad, género, EAP y Área de Salud a la que pertenece.

Con ellas, construimos 3 indicadores para conocer la viabilidad de la evaluación y el grado de control de su proceso: Proporción de casos en que existe el dato sobre HbA_{1c}, porcentaje de HbA_{1c} medio por Zona de Salud y proporción de pacientes con HbA_{1c} inferior al 7,0%.

Los indicadores contruidos son analizados por EAP y agregados por Área de Salud. Investigamos también la influencia del resto de variables recogidas usando las pruebas de contraste bivariadas adecuadas (ANOVA y post-hoc, tests de la Z o t de Student, o no paramétricas) para estudiar su posible efecto como factores condicionantes o de confusión. Por fin, analizamos la viabilidad de este tipo de evaluaciones y perfilamos estándares para futuras monitorizaciones.

Resultados

El estudio cuenta con 3.696 casos válidos (98,6%), pues no pudo accederse a los de uno de los EAP (50 casos) y se rechazaron otros 4 por problemas en la recogida de datos.

La media de edad de los pacientes fue de 67,2 años (máximo 97 años, mínimo 11, desviación estándar (DE) 12,2), ligeramente mayor en el área de Lorca y menor en la de Cartagena; $p < 0,001$. Por sexo un 54,5% eran mujeres, de más edad que los hombres (medias 65,8 años vs. 68,5 años, $p < 0,0001$).

El 91,1% de los pacientes presentaba una diabetes tipo 2 y el resto tipo 1 (8,9%). Los tipo 1 eran más jóvenes (media 60,5 años) que los tipo 2 (68,0 años, $p < 0,0001$). No encontramos diferencias de edad significativas por sexo ni por Área.

Encontramos cifras de HbA_{1c} en 1.647 casos (44,6%), desigualmente distribuidas por área de salud (más en la Vega de Segura -51,6%- y menos en Lorca -33,8%- , $p < 0,01$) y más frecuentemente en mujeres (56,6%, $p < 0,05$). No encontramos asociación significativa con la edad o tipo de diabetes. En estos pacientes la HbA_{1c} ha tenido un valor medio del 7,40% (mínimo 3,6%, máximo 16,5%, DE 1,58%), muestra una correlación inversa débil con su edad ($r = -0,07$, $p < 0,05$) y es superior en los tipo 1 (media 8,07%) que en los tipo 2 (media 7,34%, $p < 0,0001$). Los valores medios de los pacientes del Noroeste (6,44%) son inferiores a los del resto de áreas ($p < 0,0001$).

En 803 (48,8% IC 95%, $\pm 2,4\%$) pacientes encontramos valores de HbA_{1c} inferiores a 7,0%. Al igual que en el análisis de valores medios, los tipo 1 arrojan menor proporción de cifras inferiores al 7% (27,5%) que los tipo 2 (50,6%, $p < 0,0001$) mientras que por Área, en el Noroeste el porcentaje es mayor (72,3%, $p < 0,0001$) que en el resto (tabla 1).

Discusión

Elegir el servicio de diabetes frente a otras alternativas de CS se justifica por: 1- Ser un servicio de oferta obligatoria por los EAP, bien implantado (90% del total de diabéticos) y del que contamos con anteriores experiencias evaluativas satisfactorias sobre coberturas y NTM; y 2- Aunque nunca han figurado explícitamente en CS, existe amplio consenso sobre los criterios de control de la enfermedad: el porcentaje de HbA_{1c} circulante y su mantenimiento en cifras en torno al 7% o inferiores². Además, la HbA_{1c} debe solicitarse a los diabéticos según NTM vigentes desde 1995⁶. Un estudio de 2001 encontró datos de hemoglobina glicosilada en el 51%7 de ellos⁷.

La viabilidad de una futura monitorización de HbA_{1c} en los diabéticos en nuestro entorno para conocer los resultados del servicio, se investiga midiendo la prevalencia de este dato en la historia clínica. Su mayor frecuencia en mujeres se explica

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2005 al 23 de abril de 2005). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 13			Semana 14			Semana 15			Semana 16			Semanas 13 a 16		
	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana
Gripe	591	410	678	465	267	664	333	308	476	297	260	401	1.686	1.245	2.230
Tuberculosis respiratoria	2	8	4	8	0	4	9	1	4	1	3	3	20	12	13
Otras tuberculosis	0	1	1	1	0	0	2	2	1	2	0	1	5	3	2
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	3	1	1
Otras Hepatitis víricas	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1
Disentería	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Toxiinfecciones Alimen.	1	1	0	4	0	3	2	2	0	0	17	5	7	20	20
Varicela	152	658	245	102	415	303	135	695	323	133	554	333	522	2.322	1.273
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Parotiditis	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	1	2	3
Enfermedad meningoc.	1	0	1	1	1	1	0	2	2	1	2	0	3	5	4
Otras Meningitis	1	3	2	2	3	3	1	1	2	2	1	3	6	8	8
Sífilis	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	5	1	1
Infección gonocócica	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	3	1	1
Brucelosis	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual

**Porcentaje de declaración (*)
Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2005 al 23 de abril de 2005).**

Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración
Abanilla	6.145	95,83	Calasparra	9.674	89,29
Abarán	12.804	100,00	Campos del Río	2.052	100,00
Águilas	30.263	80,95	Caravaca de la Cruz	24.179	94,12
Albudeite	1.439	75,00	Cartagena	197.665	97,92
Alcantarilla	36.496	100,00	Cehegín	14.804	100,00
Aledo	1.062	37,50	Ceutí	8.343	100,00
Alguazas	7.561	100,00	Cieza	33.825	96,43
Alhama de Murcia	17.717	89,58	Fortuna	7.707	100,00
Archena	15.856	36,36	Fuente Álamo de Murcia	13.210	100,00
Beniel	9.420	100,00	Jumilla	23.958	92,86
Blanca	5.977	100,00	Librilla	4.088	83,33
Bullas	11.435	91,67	Lorca	84.245	95,00

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / (Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas) x 100.



Programa de ayuda para dejar de fumar

El programa de ayuda para dejar de fumar se ofrece desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, va destinado a los empleados públicos de la Administración Regional (salvo personal docente de la Consejería de Educación y personal estatutario del Servicio Murciano de Salud), que habiendo tomado la decisión de dejar de fumar, se comprometan a participar en todas las sesiones programadas y realizar los controles establecidos. Para ello, se cuenta con personal especializado: un psicólogo y un médico. El programa cuenta con tres fases: 1.º Estudio individual del perfil del fumador, mediante una entrevista inicial, un reconocimiento médico y cumplimentación del cuestionario básico del hábito tabáquico; 2.º Sesiones de Tratamiento en grupo (6 sesiones semanales, de 2 horas de duración, para cada grupo formado por 10 empleados). En estas sesiones se facilitará información sobre el tabaquismo, y formación en estrategias y habilidades para eliminar el consumo, mantenerse abstinentes, afrontar con eficacia situaciones de riesgo de recaídas y llevar un estilo de vida saludable. Dependiendo de las circunstancias personales, se ofrecerá tratamiento farmacológico de probada eficacia y apoyo psicológico individualizado; y 3.º Apoyo de mantenimiento, que se realizará a lo largo de tres sesiones (al mes, a los tres meses y a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento).

Si estás interesado en conocer el Programa puedes contactar con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Tlfo: 968 36 22 27 - E-mail: joaquin.gil@carm.es

**Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2005 al 23 de abril de 2005). Distribución semanal**

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2004)	501.903		333.828		154.042		68.641		56.946		179.334		1.294.694	
	Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.	
Enfermedades														
Gripe	690	29.356	332	11.322	277	10.562	19	4.833	97	3.658	271	10.890	1.686	70.621
Tuberculosis respiratoria	5	19	10	25	1	3	0	1	2	3	2	5	20	56
Otras tuberculosis	2	5	1	3	0	1	0	0	0	0	2	2	5	11
Hepatitis B	0	1	1	3	0	0	2	2	0	0	0	1	3	7
Otras Hepatitis Víricas	2	4	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	7
Disenteria	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Toxiinfecciones Alimentarias	3	13	0	0	0	2	0	0	2	72	2	3	7	90
Varicela	178	475	73	172	166	542	3	16	44	82	58	166	522	1.453
Rubeola	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Parotiditis	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Enfermedad meningocócica	1	3	1	2	1	4	0	0	0	2	0	1	3	12
Otras meningitis	2	10	2	3	2	3	0	1	0	0	0	1	6	18
Sífilis	1	3	3	7	0	1	0	1	0	0	1	5	5	17
Infección gonocócica	0	4	1	3	1	2	0	0	1	2	0	1	3	12
Brucelosis	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

**Porcentaje de declaración (*)
Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2005 al 23 de abril de 2005)..**

Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración
Lorquí	6.115	100,00	Torre Pacheco	26.806	52,63
Mazarrón	26.122	98,61	Torres de Cotillas, Las	17.565	27,50
Molina de Segura	52.588	71,09	Totana	26.435	98,61
Moratalla	8.549	47,22	Ulea	989	100,00
Mula	15.592	75,00	Unión, La	15.287	100,00
Murcia	398.815	84,27	Villanueva del Río Segura	1.749	87,50
Ojós	601	37,50	Yecla	32.988	90,00
Pliego	3.507	100,00	Santomera	12.777	100,00
Puerto Lumbreras	12.037	97,50	Alcázares, Los	11.306	100,00
Ricote	1.509	75,00			
San Javier	24.686	100,00	Total Región	1.294.694	87,95
San Pedro del Pinatar	18.746	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / (Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas)] x 100.



Reducción del número de ejemplares en papel del BEM

El acceso generalizado a Internet está permitiendo que progresivamente se vaya cambiando la forma de comunicación entre editores y lectores, con el beneficio adicional de proteger el medio ambiente y ganar en eficiencia.

Estas consideraciones han llevado al equipo editorial del BEM a potenciar el formato electrónico, ya disponible en www.murciasalud.es/bem, e ir reduciendo paulatinamente el número de ejemplares en papel sólo a aquellas personas que deseen que se les mantenga el envío de ésta forma.

En el caso de que usted desee recibirlo tan solo por correo electrónico, le rogamos nos envíe su dirección electrónica a bolepi@carm.es indicando: "DIRECCIÓN PARA ENVÍO DEL BEM". La dirección tan sólo se utilizará para éste propósito pudiendo darse de baja siempre que lo desee indicando "CANCELAR LA SUSCRIPCIÓN BEM" en el sujeto del mensaje.

porque frecuentan más los servicios de salud². Su valor ha sido superior al encontrado en evaluaciones institucionales anteriores (1994-956, cerca del 30%), es similar al de 2001 y se acerca ya al 50%. Esperamos que esta cifra se rebase con el Plan Director de Sistemas de Información en la RM, que persigue implantar la historia clínica electrónica única para toda la Región¹. En ella los datos de laboratorio se registrarán automáticamente evitando las pérdidas de información que supone transcripción manual.

Las cifras de HbA1c encontradas indican que el grado de control de la diabetes es aceptable según el European NIDDM Policy Group², pues su media es inferior al 7,5%. No obstante debe mejorarse en determinadas Áreas, como Lorca, y en los diabéticos tipo 1. El que esto suceda en una determinada Área, que depende de un determinado hospital de referencia, o en los diabéticos tipo 1, donde interviene más la atención especializada, puede deberse a problemas organizativos y de continuidad asistencial entre los EAP y los endocrinólogos de referencia, como ya se ha comprobado en otras situaciones.

Si tomamos como indicador de buen control valores de HbA1c inferiores a 7,0%¹, la mitad de los diabéticos de la Región están bien controlados, llegando incluso a superar el 80% en varias zonas (tabla 1). Investigaciones dirigidas a conocer cómo se maneja la atención a los diabéticos en ellas y sus diferencias con el resto, podría

ayudarnos a rediseñar este proceso de atención, mejorar el control y evitar la aparición de complicaciones.

Como conclusión, la evaluación y monitorización de resultados en salud en los EAP es posible y deseable. Permite localizar zonas-problema y emprender acciones de mejora, así como conocer y difundir los modelos organizativos y procesos que mayor efectividad demuestren en el control de estos pacientes. La generalización de la historia clínica informatizada hará más fácil esta labor. Respecto a los diabéticos de la Región, un 50% de pacientes seguidos en EAP con un control calificado como bueno es un punto de partida esperanzador. Indica que la situación no es aún de excelencia, pero demuestra que los EAP pueden y deben asumir el peso principal del control de la diabetes y permite fijar estándares de inicio en torno al 75% de pacientes bien controlados en AP durante la vigencia del actual Plan de Salud.

Agradecimientos

A todas las personas que han participado en la evaluación de la Cartera de Servicios en la Región de Murcia. Ellas son imprescindibles para conocer la situación en salud y diseñar mejoras para el futuro.

Autores

López-Picazo Ferrer, Julio J.¹, Barragán Pérez, Alberto J.², Bravo Martínez, Ginés³, Fernández Lorenzo, Jesús⁴, Escribano Sabater, Concepción⁵.

Gerencias de Atención Primaria de Murcia¹, Cartagena² y Lorca³. Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias⁴. Servicio Murciano de Salud.

Bibliografía

- Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en (consultado el 1 de junio de 2005)
- Martín-Zurro A, Cano Pérez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Doyma; 1999.
- INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del Instituto Nacional de la Salud; 1995.
- INSALUD. Normas técnicas mínimas. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del Instituto Nacional de la Salud; 1993.
- Aguilera M, Madero R, Vega L et al. Cartera de servicios de atención primaria. Estudio de concordancia entre observadores. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del Instituto Nacional de la Salud; 2000.
- López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003. ISBN 84-95393-35-2.
- López-Picazo JJ. Aceptación de muestras por lotes: aplicabilidad en la evaluación de cartera de servicios de atención primaria. Aten primaria 2001; 27: 547-553.
- BMJ Publishing group. Evidencia clínica concisa: la mayor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva. 3.ª Ed. Bogotá: Legis; 2004.

Tabla 1. Resultados principales por zona de salud. HbA1c: Hemoglobina glicosilada.

ZONA DE SALUD	Casos válidos	Proporción del dato*		Valor de HbA1c		%HbA1c<7,0		ZONA DE SALUD	Casos válidos	Proporción del dato*		Valor de HbA1c		%HbA1c<7,0	
		%	± IC95%	media	± IC95%	%	± IC95%			%	± IC95%	%	± IC95%	%	± IC95%
Alcantarilla - Sangonera	50	42,0	13,7	8,00	0,49	38,1	13,5	Barrio de Peral	50	48,0	13,8	7,63	0,62	45,8	13,8
Alcantarilla casco	50	16,0	10,2	8,13	0,35	25,0	12,0	Cartagena - casco	50	30,0	12,7	7,52	0,46	46,7	13,8
Algezares	50	72,0	12,4	8,08	0,43	36,1	13,3	Cartagena - este	49	40,8	13,8	7,96	0,45	35,0	13,4
Alhama de Murcia	50	16,0	10,2	7,79	0,39	37,5	13,4	Cartagena - oeste	50	52,0	13,8	7,27	0,27	34,6	13,2
Alquerías	50	88,0	9,0	7,64	0,39	45,5	13,8	Fuente Álamo	50	28,0	12,4	9,10	0,53	7,1	7,1
Beniján	50	96,0	5,4	6,79	0,29	72,9	12,3	La Manga	50	44,0	13,8	7,48	0,51	54,5	13,8
Beniel	50	18,0	10,6	8,42	0,46	11,1	8,7	La Unión	50	46,0	13,8	7,89	0,63	43,5	13,7
Cabezo de Torres	50	14,0	9,6	8,69	0,47	28,6	12,5	Los Alcázares	50	28,0	12,4	6,34	0,37	78,6	11,4
Campo de Cartagena	50	90,0	8,3	8,03	0,42	26,7	12,3	Los Barreros	50	54,0	13,8	7,61	0,48	51,9	13,8
El Palmar	50	16,0	10,2	8,01	0,49	50,0	13,9	Los Dolores	50	26,0	12,2	7,85	0,53	30,8	12,8
Espinardo	49	37,5	13,6	7,64	0,48	44,4	13,9	Mar Menor	50	40,0	13,6	7,65	0,41	40,0	13,6
La Alberca	50	78,0	11,5	8,21	0,47	30,8	12,8	Mazarrón	50	36,0	13,3	8,44	0,52	22,2	11,5
La Nora	50	80,0	11,1	7,04	0,26	62,5	13,4	Molinos Marlagones	50	40,0	13,6	7,08	0,38	70,0	12,7
Monteaquedo	50	8,0	7,5	7,75	0,47	50,0	13,9	Pozo Estrecho	50	36,0	13,3	7,68	0,38	38,9	13,5
Mula	50	76,0	11,8	6,84	0,32	63,2	13,4	San Antón	50	64,0	13,3	7,78	0,55	43,8	13,8
Murcia - B. del Carmen	50	22,0	11,5	7,64	0,34	27,3	12,3	San Javier	50	28,0	12,4	6,29	0,55	64,3	13,3
Murcia - Centro	50	70,0	12,7	7,53	0,39	42,9	13,7	San Pedro del Pinatar	50	58,0	13,7	6,19	0,29	89,7	8,4
Murcia - Infante	50	28,0	12,4	6,58	0,34	71,4	12,5	Santa Lucía	50	30,0	12,7	8,57	0,48	33,3	13,1
Murcia - San Andrés	50	10,0	8,3	7,90	0,53	40,0	13,6	Torre Pacheco	50	62,0	13,5	5,92	0,32	80,6	11,0
Murcia - Santa M.ª de Gracia	50	78,0	11,5	7,57	0,36	33,3	13,1	Total Área de Cartagena	949	41,6	3,1	7,41	0,12	50,1	3,2
Murcia - Vistabella	50	16,0	10,2	6,43	0,34	75,0	12,0	Jumilla	50	18,0	10,6	6,78	0,55	66,7	13,1
Murcia - Vistalegre	50	34,0	13,1	7,01	0,40	47,1	13,8	Yecla - M. Yago	50	68,0	12,9	6,94	0,31	64,7	13,2
Puente Tocinos	50	100,0	0,0	7,02	0,37	54,0	13,8	Yecla - oeste	49	42,9	13,9	7,69	0,33	28,6	12,6
Sangonera la Verde	49	25,0	12,1	7,16	0,31	58,3	13,8	Total Área del Altiplano	149	43,0	7,9	7,16	0,21	53,1	8,0
Santomera	50	98,0	3,9	6,98	0,32	61,2	13,5	Abanilla	50	100,0	0,0	7,98	0,38	28,0	12,4
Total Área de Murcia	1.248	47,3	2,8	7,45	0,08	47,6	2,8	Abarán	50	4,0	5,4	9,10	1,22	50,0	13,9
Águilas - norte	50	26,0	12,2	7,83	0,40	38,5	13,5	Alguazas	50	47,1	13,8	7,69	0,38	25,0	12,0
Águilas - sur	50	42,0	13,7	6,94	0,37	66,7	13,1	Archena	50	58,0	13,7	7,68	0,37	41,4	13,7
La Paca	50	34,0	13,1	7,67	0,45	52,9	13,8	Blanca	50	74,0	12,2	7,15	0,29	51,4	13,9
Lorca - sur	50	46,0	13,8	7,79	0,48	34,8	13,2	Ceuti	50	80,0	11,1	7,75	0,46	47,5	13,8
Lorca - centro	50	42,0	13,7	7,31	0,50	47,6	13,8	Cieza	50	26,0	12,2	7,77	0,33	38,5	13,5
Lorca - San Diego	50	46,0	13,8	7,62	0,41	39,1	13,5	Fortuna	50	44,0	13,8	8,34	0,58	31,8	12,9
Puerto Lumbreras	50	8,0	7,5	7,10	0,27	75,0	12,0	Lorquí	50	24,0	11,8	8,63	0,53	25,0	12,0
Tolana	50	26,0	12,2	6,88	0,48	53,8	13,8	Molina de Seg. - La Consol.	50	50,0	13,9	7,42	0,38	40,0	13,6
Total Área de Lorca	400	33,8	4,6	7,44	0,16	48,2	4,9	Molina de Seg. (A. Garcia)	50	60,0	13,6	7,89	0,36	30,0	12,7
Barranda	50	100,0	0,0	6,17	0,25	84,0	10,2	Torres de Cotillas	50	52,0	13,8	7,21	0,41	57,7	13,7
Bullas	50	30,0	12,7	6,81	0,37	53,3	13,8	Total Área V. del Segura	600	51,6	4,0	7,73	0,12	38,7	3,9
Calasparra	50	68,0	12,9	6,97	0,44	55,9	13,8	Total Región de Murcia	3.646	44,6	1,6	7,40	0,05	48,8	1,6
Caravaca	50	8,0	7,5	7,03	0,44	50,0	13,9	IC95%: intervalo de confianza al 95%.							
Cehegín	50	8,0	7,5	6,25	0,14	100,0	0,0	*Proporción de casos en que existe el dato sobre HbA1c							
Moratalá	50	46,0	13,8	6,09	0,27	82,6	10,5								
Total Área del Noroeste	300	43,3	5,6	6,47	0,14	72,3	5,1								