

Evaluación final del Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015)

Introducción

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 (PS2015) se ha elaborado con el propósito de mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el sistema sanitario. Para ello contiene objetivos y estrategias de intervención. El sistema está organizado en tres niveles ordenados según su relevancia.

NIVEL 1. Objetivos sobre el nivel de salud: esperanza de vida al nacer y a los 65 años, mortalidad infantil y perinatal, y percepción del estado de salud.

NIVEL 2. Objetivos sobre determinantes y problemas de salud, organizados en seis grandes áreas.

- Estilos de vida: patrones de comportamientos con efecto sobre la salud.
- Entorno: aspectos medioambientales que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar.
- Protección colectiva de la salud: políticas de prevención de enfermedades.
- Enfermedades relevantes que afectan a la población.
- Desigualdades en salud, para actuar sobre las poblaciones vulnerables.
- Fortalecimiento del sistema sanitario para dar respuesta a necesidades y expectativas de la población y el desarrollo científico.

NIVEL 3. Estrategias de intervención, definidas por las actividades principales y sus indicadores de seguimiento, igualmente organizadas en 6 áreas.

La evaluación final del plan de salud 2010-2015 tiene por objetivo analizar el nivel de cumplimiento de las medidas contenidas en el mismo al concluir su periodo de vigencia, integrando la información de proceso (estrategias) y de resultados (objetivos), con el fin de extraer conclusiones que puedan ser de utilidad para futuros planes y programas de salud, dar coherencia y continuidad a las líneas en las que se viene trabajando en la región, o sugerir nuevas actuaciones que emergen debido a la evolución de los marcos de referencia o a la

ARTÍCULO

Evaluación final del Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015)

NOTICIAS BREVES

- Campaña "Menores sin Alcohol".

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 37 a 40.



detección de nuevas necesidades por la población y los propios profesionales en el desarrollo de su labor.

Material y Método

La evaluación y el seguimiento del PS2015 se realizan mediante la recogida de información cuantitativa (objetivos e indicadores de seguimiento) y cualitativa (actividades principales), mediante la consulta de 23 fuentes y el envío de 295 formularios a las unidades informantes correspondientes (disponibles en los anexos 5.1 al 5.3 del Informe Final de Evaluación Integral del PS2015¹). Se han considerado no evaluables las medidas que no disponen de información o esta corresponde a un solo año del periodo inicial (años 2010-2012).

La valoración de las medidas cuantitativas se ha realizado comparando el resultado observado con el esperado en el PS2015 (estándar) para el último año con información disponible. En caso de registrarse oscilaciones anuales o descensos puntuales en el último año, que pudieran influir en el resultado final, se ha analizado la tendencia en el periodo y se ha calculado su mediana. Para las actividades principales las unidades informantes han otorgado una puntuación en una escala de 0 a 5. Los rangos de cumplimiento de cada una de las medidas según las escalas de valoración establecidas se muestran en la tabla 1.

Para cada área, se ha calculado la distribución porcentual del nivel cumplimiento sobre el total de sus medidas, considerándose que cumplen globalmente con lo establecido aquellas que han conseguido las metas esperadas o que se encuentran cercanas a ellas (% alcanzado + % parcialmente alcanzado). Se especifica de manera separada las que alcanzan los estándares.

Resultados

El PS2015 consta de 439 medidas que se distribuyen en 7 áreas (tabla 2). De ellas, 144 (32,8%) corresponden a objetivos y 295 (67,2%) a estrategias de intervención para facilitar la consecución de los mismos (actividades e indicadores).

Se dispone de información válida para la evaluación de 381 medidas (86,8%). Un 39,6% alcanzan los estándares y un 25,7% se encuentran cercanas a ellos (cumplimiento global del 65,3%). El 21,4% no cumplen los estándares establecidos en el plan (gráfico 1). La disponibilidad de información para los objetivos es del 84,7% y para las estrategias de intervención del 87,8%, presentando los primeros un grado de cumplimiento ligeramente superior (68,7% de cumplimiento global) en relación a los segundos (67%).

Para evaluar cumplimiento en cada una de las áreas (tabla 3), se dispone de información actualizada

Tabla 1. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Escalas de valoración del cumplimiento de las medidas.

Tipo de medida	Escala	Valoración	
Cuantitativas (Objetivos e indicadores)	Alcance $\geq 100\%$ del año evaluado respecto al valor esperado	Alcanzado	
	Alcance entre 67%-99% del año respecto al valor esperado	Parcial	
	Alcance $\leq 66\%$ del año evaluado respecto al valor esperado	No alcanzado	
	No se dispone de información actualizada en el periodo	No evaluable	
Cualitativas (Actividades principales)	Finaliza antes de plazo/avance superior al esperado	5	Alcanzado
	Iniciada de acuerdo con plazos previstos	4	
	Iniciada pero no alcanza los plazos previstos	3	Parcial
	Iniciada e interrumpida	2	No alcanzado
	No iniciada. Inicio en los próximos 6 meses	1	
	No iniciada. Inicio no previsto	0	
	El informante no cumplimenta la escala o no se ha recibido información	-	No evaluable

Tabla 2. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Distribución del conjunto de medidas.

Áreas de intervención	Objetivos	Actividades	Indicadores	Total
Nivel de salud	13	-	-	13
Estilos de vida	42	39	27	108
Entorno	12	13	10	35
Protección colectiva de la salud	19	14	7	40
Enfermedades relevantes	36	51	51	138
Desigualdades en salud	7	15	8	30
Sistema sanitario	15	33	27	75
Total	144	165	130	439

Gráfico 1. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia. Valoración del conjunto de medidas. Periodo 2010-2015.

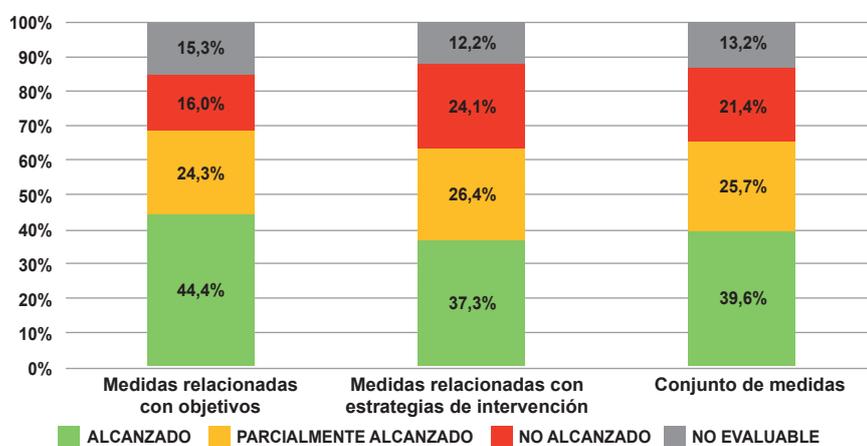


Tabla 3. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia. Valoración del cumplimiento del conjunto de medidas. Periodo 2010-2015.

Conjunto de medidas		Alcanzado	Parcial	No alcanzado	No evaluable	Total
Nivel de salud	N	6	5	0	2	13
	%	46,2%	38,5%	0%	15,4%	100%
Estilos de vida	N	29	40	23	16	108
	%	26,9%	37,0%	21,3%	14,8%	100%
Entorno	N	20	6	5	4	35
	%	57,1%	17,1%	14,3%	11,4%	100%
Protección colectiva de la salud	N	16	8	15	1	40
	%	40,0%	20,0%	37,5%	2,5%	100%
Enfermedades relevantes	N	61	31	26	20	138
	%	44,2%	22,5%	18,8%	14,5%	100%
Desigualdades en salud	N	6	4	15	5	30
	%	20,0%	13,3%	50%	16,7%	100%
Sistema sanitario	N	36	19	10	10	75
	%	48,0%	25,3%	13,3%	13,3%	100%
Total	N	174	113	94	58	439
	%	39,6%	25,7%	21,4%	13,2%	100%

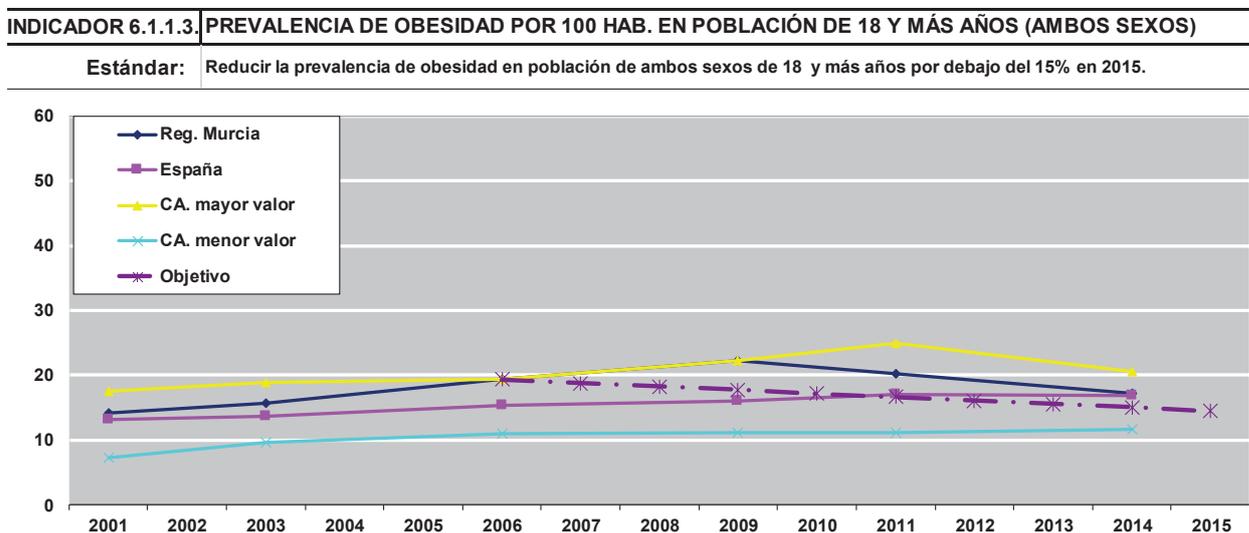
de las medidas en una proporción que oscila entre el 83,3% (desigualdades en salud) y un 97,5% (protección colectiva de la salud), rondando en general el 86%. Las áreas con mejores resultados globales (objetivos e intervenciones) son las de "entorno", "sistema sanitario" y "nivel de salud" (alcanzan los estándares el 57,1%, 48% y 46,2% de las medidas respectivamente, y su cumplimiento es del 74,2%, 73,3% y 84,7% respectivamente). Dos áreas, tienen especial influencia en el resultado global de la evaluación del PS2015: "enfermedades relevantes" (138 medidas), y "estilos de vida" (108 medidas), sus niveles de cumplimiento son moderados (66,7% y 63,9% respectivamente).

El mayor grado de incumplimiento se observa en las medidas de desigualdades en salud (50% no alcanzan los estándares), protección colectiva de la salud (37,5%) y estilos de vida (21,3%). En las demás, en torno al 16% de las medidas no alcanzan los estándares. Destaca el área de "desigualdades en salud", siendo la Región de Murcia la segunda Comunidad Autónoma (CA) con mayor tasa de pobreza registrada en 2015², la cuarta en abandono escolar prematuro³, especialmente llamativo en hombres, y presentando una proporción de personas con discapacidad reconocida superior a la media estatal⁴. Varias líneas han quedado pendientes, entre ellas, la medición sistemática de las desigualdades en salud y la puesta en marcha de actuaciones integrales e intersectoriales, perdurables y efectivas, en

las poblaciones y las zonas geográficas más desfavorecidas que se hayan identificado.

En el **área de la protección colectiva de la salud**, la Región de Murcia ha conseguido mantener un nivel óptimo de vacunación en la población infantil y ha registrado avances importantes en varios aspectos sobre la seguridad alimentaria, pero se necesita un mayor impulso de las medidas relacionadas con la vigilancia de la salud pública. Se pueden potenciar también aspectos relacionados con los **estilos de vida**, como el desarrollo de entornos y condiciones que favorezcan una vida menos sedentaria y una alimentación más sana (infraestructuras para la movilidad saludable, acuerdos con los sectores de la industria alimentaria y hostelería, etc.). Así, se registra una consecución parcial de la reducción de las prevalencias de obesidad y sobrepeso⁵ (gráficos 2 y 3), siendo una de las CA con mayores cifras. También ha mejorado parcialmente la prevención y asistencia relacionadas con el hábito tabáquico, requiriéndose mayores esfuerzos en las mujeres por la evolución de su prevalencia de consumo⁵ y de la incidencia de determinados tipos de cáncer relacionados (pulmón sobre todo^{6,7}). Especial mención merecen los estilos de vida de la población más joven, ya que varios objetivos, actividades e indicadores que no llegan a alcanzar lo esperado (dieta, tabaquismo, educación afectivo-sexual, promoción de la salud mental...), o bien se alejan de ellos (consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria⁸).

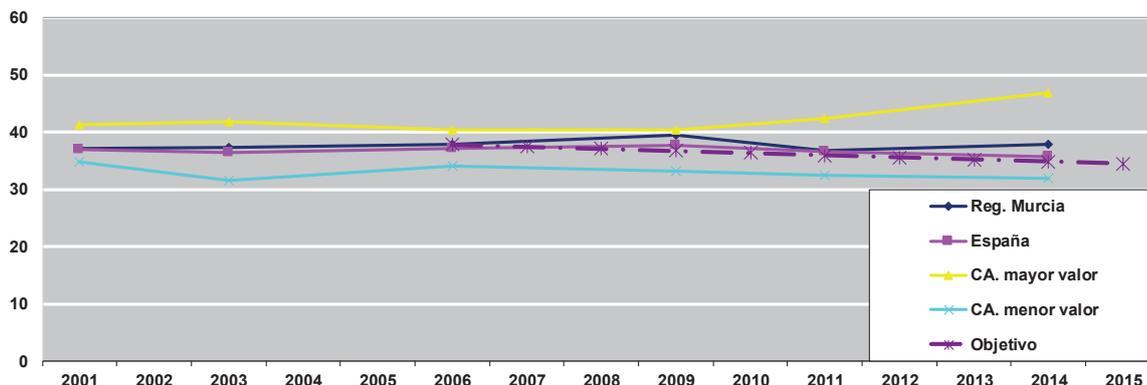
Gráfico 2. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Obesidad en adultos.



C.A.: Comunidad Autónoma.

Gráfico 3. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Sobrepeso en adultos.

INDICADOR 6.1.1.4.	PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. EN POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS (AMBOS SEXOS)
Estándar:	Reducir la prevalencia del sobrepeso en población de ambos sexos de 18 y más años por debajo del 35% en 2015.



C.A.: Comunidad Autónoma.

El **área del entorno** es la de mayor grado de alcance de estándares (57,1%), destacando el cumplimiento de medidas relacionadas con el entorno laboral, la accidentabilidad y en los niveles de contaminación atmosférica. Sin embargo, hay un amplio margen de mejorar en el reciclaje y la reutilización de recursos, así como las medidas citadas sobre movilidad saludable⁹.

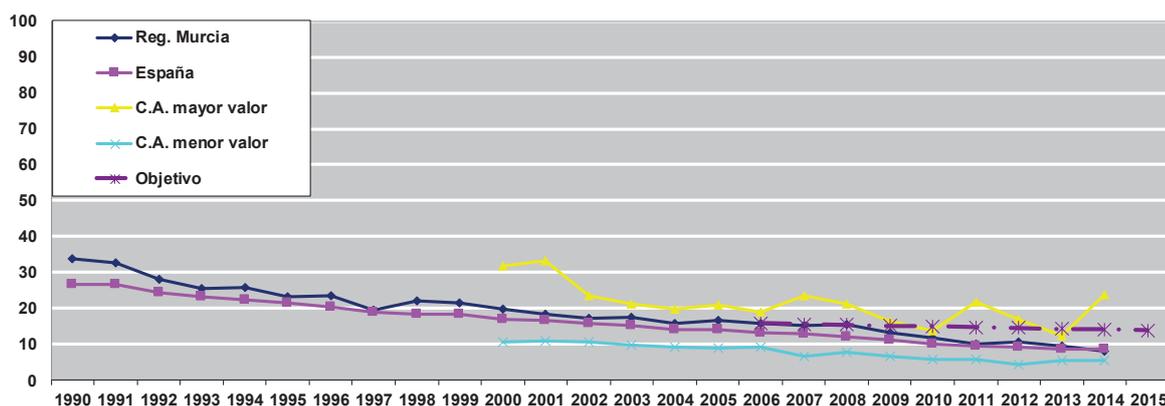
En el **área de enfermedades relevantes** se ha constatado una mejora de los indicadores de mortalidad prematura por cáncer en la región⁵. Sin embargo, las actividades de prevención primaria del cáncer, la cobertura del programa de cribado del cáncer colorrectal y la atención integral y coordinada a estos pacientes son mejorables.

En las enfermedades cardiovasculares, la atención a la patología aguda registra diferentes resultados según el tipo. El "Código ictus" se ha implantado con éxito, y se ha registrado un descenso de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral⁵ (gráfico 4). No tan llamativo es el descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica, que se ha acompañado de una estabilización en las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio, con peores resultados entre los hombres⁵. El protocolo de asistencia a la cardiopatía isquémica ha cubierto parcialmente las medidas del plan, pudiendo mejorarse la atención integral y la prevención terciaria.

La mortalidad prematura por diabetes mellitus⁵ ha evolucionado satisfactoriamente, pero la mayoría

Gráfico 4. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Mortalidad por enfermedad vascular cerebral

INDICADOR 6.4.1.8.	MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. AMBOS SEXOS
Estándar:	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en población de ambos sexos, por debajo de 14/100.000 en 2015.



C.A.: Comunidad Autónoma.

de las estrategias previstas se han desarrollado parcialmente (tabla 4).

Los indicadores de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas⁵, han evolucionado favorablemente, y se han emprendido iniciativas para la atención integral a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), no así para el asma. El uso generalizado de la espirometría en atención primaria para el diagnóstico precoz se aleja del estándar establecido.

La promoción de la salud mental es mejorable y no alcanzan los estándares previstos en temas como el consumo de alcohol en jóvenes⁸, cocaína en adultos, cannabis en hombres¹⁰, formación para mejorar salud mental infanto-juvenil, etc. Los mayores logros se registran en la atención a los afectados (continuidad de los cuidados y atención a la dependencia). Se ha sistematizado la valoración del riesgo suicida en los dispositivos de salud mental, pero no se alcanza el descenso deseado de la mortalidad por suicidio⁵, sobre todo en mujeres, pudiendo haber influido varios aspectos en este resultado.

Para el dolor crónico por enfermedades músculo-esqueléticas y las enfermedades raras se han puesto en marcha acciones para conocer su magnitud y distribución, pero ha quedado pendiente el desarrollo de protocolos integrales de atención sanitaria. Se ha desarrollado un proyecto

para el abordaje del dolor crónico en atención primaria, que cubre la formación de profesionales en el manejo y su traslación a la práctica médica, no tanto la del autocuidado del paciente.

Las infecciosas han seguido una evolución favorable, registrándose descensos en la mortalidad por neumonía y gripe⁵, en la incidencia de tuberculosis, hepatitis B y toxiinfecciones alimentarias¹¹, y mejoras en el seguimiento y tratamiento de la hepatitis C, principalmente desde la atención especializada. Los resultados no son tan llamativos para las enfermedades de transmisión sexual¹¹ (sífilis, gonococia y la infección por el VIH). Se han realizado algunos esfuerzos preventivos en poblaciones de mayor vulnerabilidad, pero en estas enfermedades es especialmente relevante normalizar la prevención y su diagnóstico. Así, los indicadores la salud afectivo-sexual en la región no consiguen alcanzar las metas, y en el caso de la infección por el VIH se registra además un grado elevado de retraso diagnóstico (cercano al 50%)¹¹. El PS2015 contemplaba la implantación en atención primaria de protocolos para mejorar la detección precoz para el VIH y los virus de las hepatitis B y C, que habrían permitido mejorar el pronóstico de estos pacientes y reducir su transmisión.

El área “sistema sanitario” es la segunda en nivel de alcance de los estándares (48%) y de cumplimiento (73,3%). Se ha mejorado el ya elevado nivel de satisfacción de la población atendida por la red

Tabla 4. Evaluación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Valoración de indicadores de seguimiento. Diabetes Mellitus. Periodo 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
Prevalencia registrada en OMI* de diabéticos diagnosticados (>20 años)	10	8,8	11	9,7	11	10,0	Parcial
% de pacientes diagnosticados con determinación anual de HbA1c en OMI*.	25	29,2	40	31,7	50	34,3	Parcial
% pacientes con HbA1c < 7 en el último control.	60	15,5	62	18,0	65	59,0	Parcial
Nº de amputaciones no traumáticas en población diabética >14 años.	229	287	209	260	199	257	Parcial
Tasa de ingresos por complicaciones agudas y crónicas en población diabética >14 años.	0,27	0,09	0,25	0,08	0,25	0,07	Alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado.

Fuentes: Indicadores de Cartera de Servicios (Servicio Murciano de Salud- Consejería de Salud) y Conjunto Mínimo Básico de Datos-CMBD (Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria- Consejería de Salud).

*OMI: Programa de gestión y registro en Atención Primaria.

asistencial pública¹² y se ha avanzado de manera destacada en algunos campos como la seguridad del paciente y la gestión de la calidad, aunque se pueden seguir reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y mejorar el uso racional de los medicamentos. El alcance parcial de las medidas de participación de los usuarios del sistema se encuentra en consonancia con el resultado de otros indicadores relacionados con la autonomía y autocuidado de pacientes con determinadas patologías (diabetes, demencias, dolor de origen músculo-esquelético) o el apoyo a familiares y afectados a través de actuaciones de coordinación socio-sanitaria.

Discusión

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 (PS2015) ha conseguido un nivel de desempeño moderado (65,3%, ligeramente inferior al 67% del anterior Plan de Salud), siendo el nivel de cumplimiento mayor para los objetivos que para las estrategias de intervención.

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como el cambio en los estilos de vida han provocado una evolución del patrón epidemiológico hacia las enfermedades crónicas. Dado que éstas generan pérdida de la calidad de vida, se precisa un cambio en el enfoque del sistema sanitario público desde la enfermedad hacia el mantenimiento de la salud y la atención de las necesidades específicas de la población y de los individuos. La evaluación del PS2015 ha permitido poner de manifiesto que en la Región de Murcia se requiere una mayor inversión en aspectos relacionados con los determinantes de la salud en gran parte de sus componentes (protección de la salud, promoción de estilos de vida saludables), pero especialmente es la reducción de las desigualdades sociales.

Por otro lado, varios grupos de enfermedades relevantes (cardiovasculares, cáncer, diabetes,...) presentan avances parciales o incumplimiento en una serie de medidas comunes que hacen referencia a la continuidad asistencial la atención integral, incluidos aspectos relacionados con la prevención terciaria, el autocuidado o el soporte social a pacientes y cuidadores. Todas ellas podrían

beneficiarse de un marco común de atención a la cronicidad, para una asistencia más eficiente, que garantice la adaptación a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca el máximo nivel de autonomía personal en todo momento.

Por último, se ha registrado un avance importante en los indicadores sobre **el nivel de salud** en nuestra población (ganancia de años vividos, mejora de la mortalidad infantil y perinatal, incremento de la esperanza de vida) y se ha reducido la mortalidad prematura en varias enfermedades importantes (cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.). Sin embargo, en 2015 la Región de Murcia fue la cuarta CA con menor porcentaje de personas que valora positivamente su estado de salud. Estos resultados plantean la necesidad de reflexionar sobre la importancia de aportar mayor calidad a los años de vida vividos por los ciudadanos de la Región de Murcia.

A la luz de estos resultados, parece necesario incrementar los esfuerzos para mejorar el estado de buena salud de la población y desarrollar nuevas líneas para el abordaje integral e intersectorial de la cronicidad que mejore la calidad de vida de las personas con alguna afección. Ambas parecen constituirse como dos grandes ejes de trabajo para el futuro inmediato.

Agradecimientos

A todas las instituciones que han facilitado la información necesaria para realizar el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud. A los profesionales de la región relacionados con la implantación del Plan de Salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.

Autoría

Rocío García-Pina(1), M^a Luisa Usera Clavero(1), Alicia Muñoz García(1), Pilar Ros Abellán(2), Joaquín Palomar Rodríguez(1).

(1) Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. D.G. Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

(2) Unidad de Docencia e Investigación. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Bibliografía

1. Evaluación del Plan de Salud 2010-2015. Informe final de evaluación integral. Murcia: Consejería de Sanidad; 2017. Disponible en: www.murciasalud.es/plandesalud

2. Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608 (accedido 30/11/2017).

3. Sistema Estatal de Indicadores de la Educación. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Disponible en: <https://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/sistema-estatal-indicadores.html> (accedido 30/11/2017).

4. Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm (accedido 30/11/2017).

5. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://inclasns.mssi.es/main.html> (accedido 30/11/2017).

6. Chirlaque MD, Expósito M, Valera I, Tortosa J, Garrido S, Sánchez MJ, Salmerón D, Navarro C. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia. Año 2010. Bol Epidemiol Murcia. 2017; 37 (809): 11-20.

7. Galcerán J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, Alemán A, Torrella A et al; REDECAN Working Group. Cancer incidence in Spain, 2015. Clin Transl Oncol. 2017; 19 (7): 799-825.

8. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm (accedido 30/11/2017).

9. Territorio, Climatología y Medio ambiente. Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia. Disponible en: <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU7/sec0.html> (accedido 30/11/2017).

10. Encuesta sobre el uso de drogas y alcohol en España, EDADES. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm (accedido 30/11/2017).

11. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml> (accedido 30/11/2017).

12. Programa EMCA. Gestión de la Calidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Salud. Disponible en: <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/> (accedido 30/11/2017).

Situación regional. Semanas 37 a 40 (11/09/2017 a 08/10/2017).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 37			SEMANA 38			SEMANA 39			SEMANA 40			SEMANA 37 a 40		
	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA
Tox infecciones alimentarias	3	1	4	8	107	3	0	11	11	0	2	2	11	121	70
Gripe	4	3	7	15	6	6	16	13	13	11	15	21	46	37	45
Legionelosis	1	0	1	0	0	0	2	2	2	3	0	0	6	2	3
Enfermedad meningocócica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Otras meningitis	1	1	1	0	2	2	2	0	2	5	1	1	8	4	5
Parotiditis	6	0	1	4	1	1	2	0	1	3	4	2	15	5	5
Varicela	7	12	12	7	11	11	17	21	17	13	17	17	44	61	61
Tos ferina	3	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	7	1	1
Infección gonocócica	1	1	1	3	1	1	1	0	0	3	0	0	8	2	2
Sífilis	1	2	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	2	4	5
Hepatitis A	2	1	1	3	1	2	0	1	1	1	3	2	6	6	6
Fiebre exantemática mediterránea	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Paludismo	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	2	1	2	5	2
Infección por VIH/SIDA	0	1	2	1	2	2	0	2	2	0	3	2	1	8	8
Tuberculosis	3	1	3	4	5	1	3	2	2	3	2	2	13	10	11

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

Distribución por áreas de salud. Semanas 37 a 40 (11/09/2017 a 08/10/2017).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2016)	258537		283600		173232		71039		59399		262595		197548		104059		54838		1464847	
Tox infecciones alimentarias	6	18	2	18	0	0	0	1	0	1	0	11	3	18	0	47	0	0	11	114
Gripe	7	2809	4	2059	4	1024	4	446	2	447	8	2545	5	2318	10	1260	2	711	46	13619
Legionelosis	1	6	1	3	2	6	0	0	0	0	1	6	0	2	1	1	0	0	6	24
Enfermedad meningocócica	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	4
Otras meningitis	3	8	1	6	0	4	0	0	0	0	2	11	2	16	0	8	0	4	8	57
Parotiditis	7	42	2	13	0	4	0	4	0	2	3	24	3	18	0	5	0	0	15	112
Varicela	6	614	15	1007	2	680	2	80	0	16	6	173	7	290	3	146	3	130	44	3136
Tos ferina	7	17	0	3	0	1	0	0	0	0	0	8	0	4	0	2	0	0	7	35
Infección gonocócica	1	5	3	7	0	0	0	0	0	0	2	9	1	10	0	0	1	1	8	32
Sífilis	0	7	1	4	1	6	0	1	0	0	0	16	0	11	0	1	0	1	2	47
Hepatitis A	1	33	2	45	1	11	0	2	1	5	0	24	1	25	0	7	0	14	6	166
Fiebre exantemática mediterránea	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	5
Paludismo	1	3	0	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	8
Infección por VIH/SIDA	0	5	0	3	0	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	1	15
Tuberculosis	5	25	1	21	3	15	0	3	1	1	2	17	0	6	1	5	0	3	13	96

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

NOTICIAS BREVES

CAMPAÑA "MENORES SIN ALCOHOL"



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

La campaña "Menores sin Alcohol" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) trata de sensibilizar a los adultos y

hacerles conscientes de que los consumos de alcohol a edades tempranas afectan al desarrollo orgánico, psicológico y social de los menores. En cuanto a los daños orgánicos, el alcohol afecta al hígado, al páncreas y especialmente al cerebro de los menores, ya que todavía se están desarrollando y madurando.

Los resultados que se persiguen sólo son posibles con la implicación de toda la sociedad. Es necesario por ello promover que se genere un amplio debate social que sirva para concienciar sobre los riesgos del consumo de alcohol por parte de los menores de edad, tanto por su salud como para su seguridad, siendo ese el propósito de esta campaña.

La campaña incide en que es responsabilidad de todos los adultos contribuir a generar una sociedad menos tolerante con el consumo de alcohol entre los menores. Los resultados que se persiguen sólo son posibles con la implicación de todos: administraciones, partidos políticos, sectores comerciales de producción, distribución y ocio, medios de comunicación, comunidad educativa, asociaciones de padres y madres, en definitiva, de toda la sociedad.

En este sentido, el MSSSI considera necesario modificar la cultura existente con respecto al uso y abuso del alcohol, generando un debate social sobre los riesgos de su consumo por los menores de edad, tanto por su salud como para su seguridad, que esta campaña contribuirá a impulsar.

Las encuestas llevadas a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) determinan que existe una gran permisividad social y una escasa percepción de riesgo, sobre el efecto en los menores de dichos consumos.

ÚLTIMOS DATOS DE ESTUDES

Los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), son claves y justifican por sí mismos la necesidad de esta campaña. El hecho de que la última encuesta realizada revelara que el 68% de los menores de edad consumió alcohol en el último mes, tiene un gran protagonismo en la campaña.

Los daños psicosociales son:

-Peor rendimiento académico al producir déficits de memoria, de atención y deterioro cognitivo asociados a los atracones de alcohol. De hecho, la pérdida de concentración en el centro escolar tras haber salido el día anterior es un suceso reconocido por el 16% del alumnado que tomaron alcohol en el último mes.

-Mayor cantidad de conflictos familiares o de discusión importante con padres o hermanos: del alumnado, 3 de cada 10 reconocen este tipo de desencuentros, si bien entre los que han consumido sustancias psicoactivas, como el alcohol, esta proporción es sensiblemente mayor.

-Mayor número de accidentes. El 3% reconoce haber conducido bajo los efectos del alcohol y el 17% del alumnado ha estado expuesto a una situación de riesgo como es viajar como pasajero en un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol.

-Mayor número de relaciones sexuales sin protección o no consentidas. El 10% del alumnado que se ha emborrachado en el último mes admite haber mantenido relaciones sexuales de las que se ha arrepentido al día siguiente, proporción 3,5 veces superior a la registrada entre los estudiantes que no se han emborrachado.

-Mayor participación en episodios de violencia. Entre los estudiantes que han participado en una pelea en los últimos 12 meses, en el 34% de los casos se reconoce un consumo de alcohol en las dos horas anteriores al incidente.

Disponible en <http://www.msssi.gob.es/campannas/portada/home.htm>

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Salud.
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39
Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera,
Juan Francisco Correa,
Visitación García,
Ana María García-Fulgueiras,
Jesús Humberto Gómez,
José Jesús Guillén,
Olga Monteagudo, Carmen Navarro,
Jaime Jesús Pérez,
Carmen Santiuste.

Coordinador de Edición:

Jesús Humberto Gómez.

Coordinadora Administrativo:

Esperanza Ríos Molina,
Bárbara Lorente García

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987