

# Situación de la salud en la Región de Murcia

*Pedro Maset Campos*

## 1. INTRODUCCIÓN

La situación de la salud en la Región de Murcia, desde la anterior edición del Informe *El otro estado de la Región* del año 2003, presenta tres rasgos bien diferenciados. Por una parte, la evolución de la salud de la población, en general por debajo de la media nacional según los indicadores habituales; por otra, la evolución de la política sanitaria del gobierno del PP, tendente a la privatización a toda costa y con serias restricciones en el capítulo de dotaciones; y, por último, la conducta y actitud de la población hacia la salud y su gestión, de distanciamiento debido a la supresión de la participación social que ha impuesto el gobierno del PP, dificultando así la toma en consideración por la ciudadanía sobre la necesidad de su implicación en la mejora de la salud colectiva e individual.

1) En relación con la evolución de la situación de la salud de la población, hay que recordar que poseemos las características propias de una sociedad moderna en la que las causas de mortalidad más importantes son las enfermedades cardiocirculatorias, las degenerativas y el cáncer, ocupando las enfermedades infecciosas un lugar menor. Es decir, es un perfil de mortalidad propio de una población que llega en su mayoría a la vejez, no en balde la esperanza de vida se ha alargado tanto en hombres como en mujeres, aunque también por debajo de las cifras de la media nacional: en la Región de Murcia, es de 78.9 años (en España, 79.7), para las mujeres 82.2 (España, 83) y para los hombres 75.8 (España, 76.3). Por eso, tienen más importancia las consecuencias que el marco socioeconómico y los estilos de vida imprimen en esos años últimos de la vida. La denominada y deseada “cuadrangulación”, por la que se debería llegar a la vejez en condiciones de aceptable autonomía, no se da puesto que paulatinamente la vejez se convierte en una etapa llena de dificultades e incapacidades. Existe, por tanto, una posibilidad de modificar la carga de mortalidad y morbilidad actuando sobre esos marcos y estilos de vida, labor que hay que llevar a la par entre la administración pública y la sociedad, con la participación de la población.

Se puede afirmar que a pesar de la puesta en marcha, justamente en el año 2003, del pomposo *Plan de Salud 2003-2007*, todo sigue igual, además de no haberse dado ningún seguimiento a tal *Plan de Salud*, ni siquiera ahora que está a punto de cerrar su vigencia. Es posible que haya que añadir, a esta evolución de grandes tendencias demográficas, las novedades introducidas en los dos últimos años a causa del modelo del ladrillo imperante y de la masiva inmigración: el empeoramiento de las condiciones de vida de la población trabajadora, con menores salarios y empleos más precarios, con lo que presupone de aumento de las desigualdades y la dualización de la economía, a lo que se añade las consecuencias de la masiva inmigración, en todos los órdenes, peores condiciones de vida y nuevas enfermedades.

2) Por otra parte, se ha introducido con fuerza una impronta claramente política e ideológica procedente del empeño del gobierno del Partido Popular en alentar la medicina privada, los conciertos y las derivaciones hacia servicios privados, en detrimento del servicio y sistema públicos que sufren restricciones en sus dotaciones. Esa parece ser la principal preocupación de una iniciativa desarrollada por la actual Consejera de Sanidad que, a partir del *Plan de Salud 2003-2007* mencionado, ha elaborado una propuesta de *Estrategia para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010 (Es+salud)*, que justamente se orienta en esa dirección.

3) Por último y en tercer lugar, se ha eliminado toda participación de la ciudadanía en el funcionamiento del Sistema de Salud, con lo que los y las murcianas han pasado de ser ciudadanos que coprotagonizan dicho sistema sanitario a ser o clientes o consumidores de las instalaciones sanitarias. Ello da lugar a dos grandes consecuencias. Por una parte, la tendencia a un creciente consumo, tanto de las consultas de urgencias como de los fármacos, es decir, descontrol en el gasto sanitario por el mal funcionamiento del sistema sanitario; y por otra parte, la tendencia a la desvinculación de la población con el funcionamiento del sistema sanitario, pues sólo se consideran usuarios en el mejor de los casos, frecuentemente sólo clientes, pero nunca propietarios y codecisores del funcionamiento y eficacia del conjunto del sistema sanitario.

## 2. SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Conviene en un primer acercamiento hacer referencia, aunque sea breve, a cuál es el estado de los principales indicadores: de mortalidad, de morbilidad, de situación de salud, de estilos y pautas de vida, y de satisfacción con el servicio murciano de salud; para pasar a continuación a analizar la evolución de la estructura y funcionamiento de este servicio sanitario.

### 2.1. Mortalidad

#### 2.1.1. Mortalidad infantil

Es el indicador usado normalmente para caracterizar la situación de salud de una población. En el caso de la Región, su evolución ha sido favorable y concordante con la evolución de este indicador para el conjunto nacional, pasando de una tasa de 23.4 fallecidos por mil nacidos vivos en 1975 (en España, 18.9) a la de 6.0 en 2002 (en España, 3.9) y 5.34 en 2004 (España, 3). De todas formas, hay que señalar que nos mantenemos por encima de la media nacional desde el año 1996. Este indicador revela diferencias según las áreas de salud; así, en la zona del Noroeste se llegaba a 10.6 en 2002, mientras que en 2004 se ha bajado a 5.38; mientras que en la Vega del Segura era de 4.2 en 2002 y ha pasado a 5.50 en 2004; y el empeoramiento más dramático se ha producido en la zona de Murcia, que ha pasado a 7.01 en 2004. Es decir, hace falta hacer un esfuerzo extra en dotación de servicios de atención a la embarazada en toda la Región.

#### 2.1.2. Mortalidad general y grandes mortalidades

La tasa ajustada de mortalidad general revela para la Región de Murcia, en su comparación con la media nacional, una evolución entre 1990 y 2004 que es siempre descendente, pero también por encima de la media española. Así, en el año 1990 es de 966.6 (España, 855.1), en el año 2002 es de 770.9 (España, 718.8) y en el año 2004 ha bajado a 747.83 (en hombres 776 y en mujeres 706), mientras que en España parece que ha ascendido a 871.21. Hay que señalar, como

posible factor a tomar en consideración a la hora de interpretar las tasas, el hecho de que en los tres últimos años la inmigración elevada ha aportado un conjunto poblacional de grandes dimensiones a España, y en el caso de Murcia esa aportación ha sido superior proporcionalmente a la media española (y con predominio de los inmigrantes extracomunitarios). De esta forma, mientras en España se ha pasado de una cifra del 2.3% de la población inmigrante en 1990 a otra del 8.5% en 2005, en el caso de Murcia el porcentaje ha ascendido al 12.4% (casi 150.000 habitantes más). Todo ello hace que se puede dar una cierta distorsión en la tasas ajustadas de los últimos años, por el hecho de que los inmigrantes extracomunitarios son sobre todo jóvenes, entre 17 y 40 años.

Para las enfermedades del aparato circulatorio, que es la mayor contribución con un 34% del total de fallecimientos (29.1% en hombres y 39.3% en mujeres), se da la misma imagen de retraso en relación con la media española. Para el año 1990, la tasa es de 423.3 (España, 348.0), en 2002 es de 258.9 (España, 237.8) y en 2004 es de 252.26. Para la enfermedad isquémica del corazón, la imagen es similar: en 1990, la tasa ajustada en 1990 es en Murcia de 104.2 (España, 87.0), en 2002 es de 77.2 (España 76.1) y en 2004 de 76.54, cuando de nuevo en la media española se ha dado un ascenso a 90.98. Lo mismo se aplica para la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, que en 1990 es de 155.0 (España, 111.0), en 2002 es de 85.5 (España, 67.2) y en 2004 es de 80.28 (España, 80.23).

### **2.1.3. Mortalidad por tumores**

En relación con los tumores, nos encontramos con una evolución aparentemente contradictoria, puesto que, mientras para el conjunto de España desciende suavemente entre 1990 y 2002 la tasa ajustada desde 197.2 a 192.4, en la Región de Murcia sube desde valores inferiores a la media española, de 192.6, para situarse por encima de la media, en 199.9 en 2002. En 2004, la tasa se sitúa en 192.01. El conjunto de la mortalidad tumoral supone, para el 2002, el 26.0% de la mortalidad (30.4 en hombres y 21.3% en mujeres) y en 2004 se mantiene en el 25.9%. El componente del tumor de traquea, bronquios y pulmón va siempre por encima de la media nacional, de 37.0 a 41.4 entre 1990 y 2002 (35.9 y 37.8 para el conjunto de España en ambos años), aunque en 2004 ha descendido a 36.55 (España, 44.68). El tumor maligno de mama posee una evolución similar. Así, en 1990 la tasa es para Murcia 13.2, cuando para España es 13.9; en 2002, para Murcia es de 12.7 mientras en España es de 12.1; y en 2004 la tasa es de 12.24 (España, 13.66). Lo mismo, aunque más mitigado, se da en el cáncer de colon, que en 1990 es de 13.1 en Murcia (en España 14.4), en 2002 es de 18.2 (España 18.1), y en 2004 es de 19.10 (España, 22.96). Y también en el cáncer de próstata, que de 9.8 en 1990 (España, 11.1) pasa a 10.9 en 2002 (España, 10.7), y en 2004 es de 10.99 (España, 13.34). La única mortalidad por tumores en la que hemos mantenido una evolución positiva ha sido la del cáncer de cuello de útero, que en 1990 es de 1.0 (España 1.3) y en 2002 es de 0.6 (España, 1.1).

### **2.1.4. Mortalidad por otras causas médicas**

La tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva ha ido disminuyendo lentamente en España, que de una tasa de 37.9 en 1990 ha pasado a otra de 31.7 en 2002. Para la Región de Murcia, las cifras han sido también descendentes, pero partiendo de tasas superiores, pues en 1990 teníamos una tasa de 56.1, casi el doble de la española, en 2002 fue de 41.6, aún por encima de la española, y en 2004 de 40.53 (España, 36.35). El conjunto de mortalidad por causas respiratorias supone el 11.9% del total de la mortalidad (13.9% en hombres y 9.8% en mujeres). Tenemos, pues, un problema de salud en este colectivo de enfermos pulmonares.

Una evolución similar se da para la mortalidad por enfermedad crónica del hígado, pues también partíamos en 1990 con tasas superiores a las españolas, de 23.6 (España, 20.3) y en 2002 bajó a casi la mitad, a 12.7 (España, 10.8). Lo mismo se puede decir de la mortalidad por diabetes, que de una tasa de 23.9 en 1990 (España, 23.1) bajó en 2002 a otra de 21.5 (España, 18.4), y en 2004 fue de 19.31.

Sin embargo, en una enfermedad que está subiendo en toda Europa y en España, la debida al Alzheimer, la evolución ha sido en la Región de Murcia de gran aceleración, pues de una tasa en 1990 de 1.8 (España, 2.3) ha pasado en 2002 a otra de 13.0, por encima de la media española (12.5), aunque en 2004 ha bajado a 12.7, y en España ha subido a 18.77.

La mortalidad por gripe y pulmonía posee una evolución muy pegada a la española, de forma que si en 1990 es de 22.5 y en España es de 21.0, en 2002 en nuestra Región es de 14.9 y en España de 15.3. También la mortalidad debida al SIDA posee una evolución semejante a la española, pero por debajo de las tasas nacionales, pues en 1990 es de 2.7 en Murcia (España, 4.9) y en 2002 es de 2.5 (3.4 en España).

### **2.1.5. Mortalidad por causas no médicas**

En primer lugar, tenemos los accidentes y causas externas que poseen una evolución semejante a la media española, pero igualmente por encima de sus tasas. De esta forma, en el año 1990 está entre las más altas de España, con una cifra de 52.2 (España, 48.4), y en 2002 es de 40.4 (España, 35.7). La evolución de los accidentes de tráfico es igualmente preocupante, por revelar, a pesar del descenso paulatino, unas cifras por encima de la media nacional, pues si en 1990 partíamos de una tasa ajustada de 26.8 (España, 20.5), en 2002 la tasa es de 17.4 (España 13.3). Y en 2004 Murcia se convierte en la comunidad autónoma con mayor tasa de accidentes de tráfico, con 16.21 (España, 11.40). Otra forma de expresar esta vulnerabilidad de la Región de Murcia en la siniestralidad viaria es mostrar la evolución de las tasas de víctimas por mil accidentes de tráfico. Así, mientras en el año 1995 poseíamos unas tasas similares a las españolas, de 1558 (España 1522), en 2003 se han disparado a 1863, cuando las españolas sólo ha subido ligeramente a 1561. Queda quizás más claro el fenómeno al presentar la tasa de defunciones por 1.000 accidentes de tráfico, que en 1995 era de 70.4 (España, 68.8) y en 2003 ha subido en Murcia a 105.2, cuando la media española ha descendido a 54.0. Se puede pronosticar, a la vista del crecimiento urbanístico especulativo y descontrolado, que va a duplicar el número de habitantes en la Región sin que se cuente con las infraestructuras de transporte adecuadas, que este problema de la siniestralidad viaria va a ir a peor.

Merece la pena destacar la mortalidad debida a los accidentes de trabajo, a pesar de todas las polémicas que la fiabilidad de sus cifras despiertan. El interés viene por detectar esta “patología” la especial malignidad del modelo que se ha ido fraguando en nuestra Región, al igual que en toda España, pero con más intensidad, un modelo que se basa, por una parte, en los menores salarios y contratos precarios, y por otra, en el negocio inmobiliario, o del “ladrillo”, con sus correlatos de subcontratación, temporalidad y falta de seguridad. En 1995, la tasa era de 5.84 por cien millones de horas trabajadas, y en 2003 descendió algo a 4.56. En ambos casos, esta cifra está por encima de la media española, que en 1995 era de 5.63 y en 2003 era de 4.39. Resulta claro que estas cifras responden a la frecuencia de accidentes de trabajo. De esta forma, en 1995 la tasa por millón de horas trabajadas era de 47.5, la más alta de España (33.9), y en 2003 bajó a 35.1 (España, 37.6). Decimos “polémica” porque, en mayo de 2006, la publicación de las cifras oficiales por la administración regional, de los accidentes mortales en los cuatro primeros meses de ese año, desató una respuesta airada de los sindicatos UGT y CCOO, al afirmar que, en lugar

de los 13 contabilizados por la Consejería, eran 21. La diferencia no es poca y apunta a la subcontratación y ausencia de control. De todas formas, hay que señalar que el propio Informe de la Consejería de Sanidad, dentro del *Boletín Epidemiológico* (nº 680), apunta que en 2005 aumentó el número de accidentes de trabajo respecto a 2004, pasando de 23.605 a 26.805 (un 13% más), y que la mayoría de los “graves” y “mortales” ocurrieron en el sector de la construcción, con 108 y 14 respectivamente, de unos totales de 262 y 34. La mortalidad por accidentes de trabajo subió también un 17.11%.

En el caso de los suicidios, la evolución ha sido de incremento en Murcia, cuando en España se ha mantenido en cifras similares a las de 1990. De esta forma, en 1990 la tasa de suicidios en Murcia era de 7.3, similar a la española (7.5), pero en 2002 la cifra nacional se mantuvo en 7.4, mientras que la murciana subió a 8.0.

Cuando se hace una estimación de las tasas de mortalidad debidas al consumo del tabaco, la evolución de las tasas murcianas revela una disminución ligada a la disminución de este hábito tabáquico en toda España, pues se pasa de unas tasas superiores en mucho a las españolas, de 366.7 (España, 286.3) en 1990, a otras también superiores pero más cercanas de 258.9 (España 225.1) en 2002. Es similar la evolución para el conjunto de causas relacionadas con el hábito de consumir alcohol, pues de una tasa de 87.3 en Murcia se pasa a otra de 63.1 (España, 56.4).

### **2.1.6. Las consecuencias de la mortalidad en Murcia: los años potenciales de vida perdidos**

Antes de entrar en el análisis de las consecuencias de la mortalidad para la Región de Murcia, hay que destacar el diferente comportamiento de las tasas brutas de mortalidad según las áreas de salud, de acuerdo con la razón de mortalidad estándar (RME) para la Región con un valor de 100. De hecho, las áreas con peores RME son las de Cartagena y Lorca (108.5 y 103.7 respectivamente), mientras que la mejor es la del Altiplano (93.5), estando las de las otras tres restantes comarcas alrededor de la media: la de Murcia (95.8), la de la Vega del Segura (96.8) y la del Noroeste (96.6).

Una forma de medir el impacto de la mortalidad es la de calcular los años de vida perdidos y que se podían haber evitado. Las cifras globales de años potenciales de vida perdidos para el año 2004 dan un perfil global de una media de 16.30 años de vida perdidos (16.43 para hombres y 16.00 para mujeres), y una razón por mil habitantes (RAPVP) de 33.37, con amplias variaciones. La mínima pérdida está en el área del Noroeste (12.80 y RAPVP de 23.35) y la máxima en la del Altiplano (21.82 y RAPVP de 38.26), situándose el resto de áreas alrededor de la media: Murcia con 16.37 (RAPVP 30.86), Cartagena 15.99 (RAPVP 38.74), Lorca 16.00 (RAPVP 34.14) y la Vega del Segura 16.22 (RAPVP 31.85).

Es comprensible que la máxima pérdida se dé en aquellas enfermedades en las que la prevención puede dar máximos frutos: las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (52.39 años), las producidas por causas externas (31.59), las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (29.50), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (26.09) y las enfermedades perinatales (23.00). Tiene interés señalar el siguiente conjunto de enfermedades en las que se puede evitar su pérdida y que están por encima de la media nacional: los trastornos mentales y del comportamiento (19.42 años), las enfermedades del sistema nervioso (18.83) y las del sistema osteomuscular (19.90). Sin embargo, cuando se calcula la Razón de Años Potenciales de Vida Perdidos por mil habitantes, el mayor peso se lo llevan las enfermedades con mayor volumen, y en las que también hay que incidir en una estrategia de política sanitaria. Es el caso de las enfermedades debidas a causas externas, con una razón de 10.60; y el de las neoplasias, con una razón de

10.44. Menor contribución, aunque significativa, tienen las enfermedades del sistema circulatorio (RAPVP de 4.79), las del sistema digestivo (1.89), las infecciosas y parasitarias (1.54), las del sistema respiratorio (1.08) y las del sistema nervioso (1.0).

La esperanza de vida libre de discapacidad, para el año 2000, era de 67.7 años (en hombres 66.4 y en mujeres 69.1), mientras en España era de 70.4 (hombres 69.0 y en mujeres 72.4). Concebida esta dimensión de forma ligeramente distinta, como esperanza de vida en buena salud, la evolución entre 1991 y 2002 ha sido positiva para España, de una cifra de 53.9 años (23.0 de mala salud) a otra de 55.1 (24.6 de mala salud); en el caso de Murcia se ha dado un estancamiento, manteniéndose en la cifra de 54.2 (22.0 de mala salud) en 1991 y 54.0 (24.9 de mala salud) en 2002.

Existe otra forma de calcular la evitabilidad, por intervención del servicio asistencial sanitario (ISAS); y otra aún, por la acción global de las políticas sanitarias. La comparación con la media española es desfavorable para la Región de Murcia y determinante. De esta forma, para el periodo 1982-1990, la tasa de mortalidad evitable ISAS era para Murcia de 121.345, cuando para España era de 108.701; es verdad que con el paso del tiempo ha mejorado de forma sustancial, pasando a 90.094 en 2001 (España 79.899), aunque con un porcentaje de variación (25%) algo inferior al de la media española (26%). Pero es en el apartado de mortalidad evitable por la acción de políticas sanitarias intersectoriales donde la diferencia con la evolución española es mayor. De esta forma, para el periodo 1986-1990, la tasa en Murcia es de 72.88, similar a la española de 74.13, pero en el periodo siguiente, 1997-2001, la tasa española ha descendido a 70.41, mientras que la murciana se mantiene en 72.95. Es decir, la media nacional ha sufrido una evolución descendente porcentual de 5.01%, mientras que la media murciana casi no ha cambiado a mejor, con un ligero ascenso de 0.08%. De ahí la importancia de adoptar planes de salud con objetivos claros y sobre todo que se cumplan.

## 2.2. Morbilidad

Las tres fuentes para obtener una estimación aproximada de la incidencia de la enfermedad en la población, además del reflejo que tiene su expresión como mortalidad, son: a) las altas hospitalarias que por las diferentes causas se dan en España y en Murcia; b) la que ofrece el registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO); y c) una parcial que es el registro de Cáncer. Recurriendo a estas tres estadísticas, la imagen que obtenemos es parecida a la que ya existe por la mortalidad.

Para el conjunto de enfermedades del aparato circulatorio, la tasa de altas hospitalarias es en Murcia siempre superior a la media española, en 1990 de 841.9 (España 780.4) y en 2002 es de 1246.7 (España 1202.1). He ahí, pues, uno de los puntos en los que debería incidir una estrategia de mejora de la salud de la población murciana para el futuro.

Para las enfermedades del aparato respiratorio, la evolución muestra un empeoramiento en relación con lo que ocurre en España. Pues si en 1990 la tasa de altas es de 680.9 en Murcia (España, 699.3), en 2002 la tasa de Murcia es de 1042.8 (España 994.7). Otro aspecto para tomar en consideración por el Sistema Murciano de Salud.

La evolución de las altas por tumores malignos es similar a la española, de lento ascenso, aunque con cifras inferiores, pues si en 1990 es de 405.9 (España, 463.3) en 2002 es de 593.5 (España 603.8).

Hay una causa de alta, la de las enfermedades infecciosas en su conjunto, en donde la evolución de las tasas muestra una situación preocupante para la Región de Murcia, con un ascenso cuando en España ocurre un descenso. En 1990, la tasa en Murcia es de 183.4 (España, 215.4) y 2002 ha subido a 242.4 (España 195.8).

Este dato preocupante del ascenso de las enfermedades infecciosas tiene su reflejo en lo que aporta el registro de las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria (EDO). Hay una causa cuyas tasas, aunque son de entidad baja, muestran una tendencia al incremento, la de sífilis, que en 1990 era de 1.3 (España, 2.1) y en 2004 ha subido a 2.99 (España, 2.92). En la otra enfermedad infecciosa grave, el SIDA, partimos de tasas inferiores a las españolas, 124.1 en 1990 (España, 169.0), con una bajada en 2003 a 52.9, aunque por encima de la española, 47.0. Si lo medimos como incidencia, obtenemos una imagen parecida. Así, según lo ofrecido por el *Boletín Epidemiológico* de la Consejería de Sanidad para el año 2000, la tasa de incidencia es de 65.0 (España, 60.2), en 2001 es de 69.8 (España, 56.8), en 2002 es de 53.1 (España, 48.7) y en 2003 es de 47.1 (España, 32.5). En el conjunto de la Región, las mayores tasas de incidencia se dan en Cartagena con 172.43 y en el área de Murcia con 136.41. Es, pues, un problema grave para la Región de Murcia esta incidencia elevada.

Sin embargo, hay enfermedades que señalan deficiencias en nuestra infraestructura sanitaria, como son: a) la fiebre tifoidea, cuyas tasas siempre están por encima de las españolas, pues en 1998 era de 1,55 (España 0.80), y en 2004 es de 0.47 (España 0.26); b) la gripe, que sigue una evolución similar a la española, pero siempre está por encima, pues en 1998 la tasa es de 11.286 (España, 6.599) y en 2004 es de 2.083 (España 1.551); c) las hepatitis, tanto la A como la B, pues la primera tenía en 1998 una tasa de 6.92 (España 3.18) y en 2004 es 1.97 (España, 2.13), y la segunda en 1998 era de 2.9 (España, 2.85) y en 2004 es de 1.89 (España, 1.93); d) la enfermedad meningocócica, que en 1998 tenía una tasa de 3.19 (España, 2.82) y en 2004 es de 2.73 (España 2.22)

### 3. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN

Hay un dato expresivo de la mayor situación de deterioro que se produce en la tercera edad de los murcianos. La edad media de aparición de incapacidad se da en Murcia a los 67.7 años, cuando en el conjunto de España es a los 70.7. La tasa de población con algún tipo de discapacidad es alta en la Región de Murcia, la mayor de España, 116.6 (España 89.9); en hombres es de 120.2 (España, 93.2) y en mujeres de 111.3 (España, 84.8). Este factor se da con mayor insistencia en las mujeres, pues mientras en los hombres la tasa es de 120.2, inferior a la media española (132.8), en las mujeres es de 111.3, superior a la media española de 93.2. Una idea de este hecho nos la da el porcentaje de la población con alguna limitación superior a diez días: en Murcia es de un 25.94% y la media española es de 22.21%. Asimismo, la tasa de enfermos con enfermedades crónicas es de 59.29 en Murcia, cuando en España es de 45.58. Este dato puede explicar que estemos entre las comunidades autónomas con mayores tasas de pensiones por incapacidad por 100.000 trabajadores, con 55.6 (en España, 45.1), por detrás de Asturias (88,6), Andalucía (65.0), Galicia (62.9) y Cantabria (59.3).

Poseemos en la Región de Murcia las tasas más altas en obesidad (16.9%, en España 13.7%), sedentarismo (64.8%, en España 62.5%), menor control de los factores de riesgo como puede ser colesterol o tensión arterial (14.66%, 12.28% en España), consumo excesivo de bebidas alcohólicas (8.2% en 2003, España 2.5%), que en los hombres supone un 15% (España, 4.5%), sobre todo en las comarcas del Noroeste y Altiplano. En el caso de la obesidad, la evolución en los últimos años ha sido especialmente adversa, pues se ha pasado de un porcentaje ajustado por edad (con índice de masa corporal superior a 30 kilos por metro cuadrado) de 12.2 en 1993 (España, 10.2) a 16.9 en 2003 (España, 13.7). Esto va en relación con la escasa actividad física desarrollada. Así, tenemos que en 1993 el porcentaje de la población ajustado a la edad sedentaria en el tiempo libre mayor de 20 años era de 60.8 (España 54.7) y en 2003 ha subido a 61.9 (España, 58.5).

El hábito tabáquico se mantiene semejante a la media española, un 28.6% (España, 28.12%), en una evolución descendente, aunque también se observa el incremento paulatino de este hábito entre las mujeres hasta alcanzar la cifra de 20.55% (España, 22.39%).

Sin embargo, la sensación que la población tiene sobre la situación de su salud es en general buena, semejante a la media española. Así, si la media española entre muy buena y buena es de 71.31%, en la Región de Murcia es de 72.97 (en 2003 era de 68% y 69%, respectivamente); por el contrario, sólo un 7.47% se siente con unas condiciones malas o muy malas en Murcia, y un 7.64 en España (en 2003, 8.9% y 8.7%, respectivamente).

## 4. USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Hemos mencionado como un rasgo característico de la última etapa el incremento del gasto farmacéutico y el aumento de las consultas en todo el sistema sanitario, sobre todo en urgencias, lo cual indica un mal funcionamiento del sistema en su conjunto.

La primera característica del uso de los recursos sanitarios es el alto consumo farmacéutico, que sitúa a la Región en cabeza de nuestro país, junto con Extremadura y Asturias. Si la media española es de 43.198 personas tomando medicaciones por 100.00 habitantes, la cifra murciana es de 45.447 (Extremadura 46.726 y Asturias 45.844). El gasto farmacéutico se ha disparado en la Región, llegando a un 22.3% de todo el gasto sanitario. De hecho, el aumento del gasto farmacéutico de la Región se sitúa, para el año 2005, entre los más elevados del país, con un incremento del 10%, sólo por detrás de Navarra (10.75%). En mayo de 2006, también fue la Región de Murcia, junto con Canarias, la que registró mayor aumento, superior al 13%, cuando para el conjunto del país había sido de un 10.3%.

Las consultas al médico de familia eran en la Región, en 2001, 6.2 (habitante y año), cuando la media española era de 5.5; y al pediatra, de 5.5 (España 5.0). En cuanto a las consultas a especialistas, se pasa de 420 por mil habitantes en 1997 a 510 en 2000. En las de obstetricia y ginecología, de 350 por mil en 1997 a 390 en 2000. La imagen de conjunto la da el Barómetro Sanitario de 2003, en donde el indicador global de utilización en Atención Primaria es para España de 8.3 y para Murcia de 10; en Atención especializada, para España es de 3.6 y para Murcia de 3.8; y en urgencias es de 2.1 en España, mientras que en Murcia asciende a 2.6.

Hay otro indicador, el recurso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que también presenta una evolución preocupante. Si en 1995 era de 4.0 por mujer en edad de procrear, por debajo de la media española de 5.5, en 2004 ha subido a 10.5, por encima de la tasa española, de 8.9. Este incremento se da sobre todo en mujeres trabajadoras, jóvenes y solteras, y tiene que ver, seguramente, con las condiciones de parte de las jóvenes mujeres inmigrantes. Dato que ha de tenerse en cuenta a la hora de hacer funcionar adecuadamente los centros de planificación familiar en la Región, sobre todo porque las interrupciones del embarazo se llevan a cabo exclusivamente en centros privados. De las 3.134 IVE practicadas en 2004, ninguna se hizo en un centro hospitalario o extra-hospitalario público.

Por último, en la conducta de la población murciana hay un dato preocupante y que exige medidas para paliarlo: el consumo de sustancias psicoactivas. En el conjunto del país, la evolución de los tratamientos ambulatorios debidos a esta razón ha descendido, pasando de 197.3 por 100.000 habitantes en 1996 a 168.7 en 2002, mientras que en la Región de Murcia la tendencia ha sido la contraria, al pasar de una tasa de 178.9 en 1996 a otra de 206.1 en 2002. Esto debe relacionarse con otro dato preocupante, el de mayor consumo de alcohol en las edades jóvenes.

## **5. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2003-2007**

En el año 2007 termina la vigencia del Plan de Salud para la Región de Murcia lanzado pomposamente en 2003, bajo el lema “Una alianza para la salud en la Región de Murcia”. Parece lógico preguntarse por el grado de cumplimiento de las principales iniciativas y previsiones, para así evaluar lo hecho y lo que queda por hacer. Es sorprendente que a pesar de haberse incluido en el Plan de Salud, con toda solemnidad, una Oficina de Seguimiento del Plan con el compromiso de emitir informes anuales y estudios concretos, no se haya hecho nada. No existe ningún instrumento de seguimiento de tal Plan de Salud, a pesar de las buenas intenciones manifestadas en su momento. Una primera conclusión que hay que sacar de este hecho es la necesidad de que todo Plan de Salud sea hecho con metodología participativa de la población, de la ciudadanía, para que así sea la propia población la que esté en condiciones de exigir y llevar a cabo tales evaluaciones, de esta forma sí se lograría el lema “Una alianza para la salud”. Ya fue en su momento motivo de crítica el que no se realizase una evaluación y obtención de conclusiones sobre el grado de cumplimiento y consecuencias de la aplicación del II Plan de Salud de la Región.

Al inicio del Plan de Salud 2003-2007, se plantearon unos objetivos que es en el año 2007 cuando se deberían cumplir. Se englobaban en la fórmula de: A) seis grandes problemas de salud (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles, salud mental, diabetes y accidentes); B) un área específica de estilos de vida, transversal; y C) cuatro elementos diagonales para cuatro colectivos concretos (niño-joven, mujer, nuevas formas de exclusión social y personas mayores). Repasemos brevemente lo “propuesto” en cada uno de los objetivos planeados.

### **A) Los seis grandes problemas**

#### **1) Cáncer**

En este apartado se plantearon cuatro objetivos: 1) mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados; 2) contener el aumento en la incidencia de los tumores más prevalentes; 3) aumentar la supervivencia de los enfermos; y 4) reducir la mortalidad producida por tumores malignos.

La única medida específica concreta fue el tratar de aumentar la detección precoz a un 70% de las mujeres captadas por primera vez en cáncer de mama. El resto eran declaraciones de buenas intenciones, a base de proponer campañas específicas para las distintas conductas que inciden en su aparición en las diferentes formas de los tumores

#### **2) Cardiovasculares**

Una vez reconocida su importancia, al ser la primera causa de mortalidad, se proponen las típicas campañas de estilos de vida, detección y control de tratamientos con los correspondientes protocolos, que no cuentan con la participación de los profesionales ni de los afectados. Ninguna propuesta concreta de reducción de su mortalidad o morbilidad.

#### **3) Enfermedades transmisibles**

Una vez identificadas las dos áreas sensibles y problemáticas, la tuberculosis, ligada a los inmigrantes en principio, y el SIDA, reconociendo su especial incidencia en la Región, a

diferencia del conjunto de España, las propuestas van también encaminadas a los aspectos genéricos. Así, se pretende una mejora de la detección precoz y un mejor tratamiento en ambos casos, pero sin concretar numéricamente los objetivos. Sólo se mejoran las estadísticas de recogida de la información.

#### **4) Salud mental**

En este apartado, tras unas referencias genéricas a lo que significa la salud mental y su incapacitación precoz en la población afectada y sus familiares, no se presenta ninguna crítica a la muy deficiente estructura del dispositivo de salud mental en el sistema sanitario murciano. Sólo aparecen como objetivos los de reducir el impacto de la cronicidad, reducir la comorbilidad y disminuir la incapacidad asociada. Se señala la conveniencia de implantar un Plan de Salud Mental, pero no se cuantifica ni desglosa.

#### **5) Diabetes**

Igualmente, se señala la especial incidencia de la diabetes en la morbilidad y mortalidad en la Región, tercera causa entre mujeres y novena entre los hombres, pero a continuación se realizan proclamas de intención de reducir su incidencia y prevalencia, así como de mejorar su detección precoz, pero sin ninguna concreción cuantitativa.

#### **6) Accidentes**

Se señalan en este apartado los dos principales problemas, los accidentes de tráfico y los laborales, y se comentan sus repercusiones y especiales condicionamientos. Pero a la hora de las propuestas tenemos igualmente las típicas declaraciones de buenas intenciones, disminuir la incidencia en ambos casos así como la de las secuelas, pero sin concretar su cuantificación.

### **B) Los cuatro colectivos**

#### **1) Niño-joven**

En este colectivo de edad, los objetivos son por una parte evidentes, mantener el nivel de inmunización de la población y promover actividades orientadas a unas relaciones afectivo-sexuales saludables, y por otra parte son propuestas para el sistema sanitario, como mejorar la atención hospitalaria o la salud bucodental, aparte de reducir la incidencia de accidentes y sus secuelas. Pero de nuevo nos encontramos con propuestas programáticas no cuantificadas, excepto en el caso de la salud bucodental, en donde se llega a definir como objetivo alcanzar al 100% de la población infantil escalonadamente entre el 2004 y el 2007. Pero hay que advertir que este ambicioso plan bucodental de llegar a la totalidad de la población infantil, en la práctica lleva a una promoción del ejercicio privado, al no incluir en las prestaciones públicas el conjunto de tratamientos una vez detectadas las deficiencias bucodentales.

#### **2) Mujer**

Los tres grandes objetivos que se plantean para la salud de las mujeres hacen referencia al embarazo o climaterio, a la mortalidad por tumores propios y a las relaciones afectivo-sexuales.

Se entiende, a la vista de tales objetivos, que una vez más las propuestas sean genéricas y poco concretas. Se habla de un Plan para las Mujeres, a desarrollar a partir del año 2004, con especial incidencia en la planificación familiar y las pruebas ante el VIH por las prácticas sexuales de riesgo en determinados colectivos. La verdad es que no vale la pena incidir en la carga ideológica de estas propuestas, pues hay un capítulo de este *Informe 2006* dedicado a la situación de las mujeres (incluida su salud) en la Región de Murcia.

### 3) Nuevas formas de exclusión social

Tras identificar a la población inmigrante como la especialmente afectada por la exclusión social, se señalan las acciones a promover, desde la vacunación y tratamiento de enfermedades infecciosas hasta la reducción de la tuberculosis y el SIDA o promover estilos de vida saludables. Aparte de estas indicaciones, no se da ninguna propuesta concreta en cuanto a los objetivos. Otra vez estamos ante declaraciones de intenciones.

### 4) Personas mayores

Se identifican los tumores y las enfermedades cardiovasculares como las causas más importantes de mortalidad a partir de los 65 años, y se señala la creciente importancia de la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, la salud mental y la gripe o la infección neumocócica. Pero no se señala en ningún lugar la aguda carencia de recursos que posee el sistema sociosanitario murciano en este aspecto. Por ello, las propuestas adolecen del defecto de no ir dirigidas a la real cuestión de estas carencias. Quedan de nuevo en declaraciones de buena intención, como la de promover buenos estilos de vida, mejorar la inmunización a partir de los 65 años, fomentar la implicación de los mayores en la vida social, o mejorar la calidad de vida de los pacientes por encima de los 65 años.

Una vez visto lo que da de sí el Plan de Salud de la Región de Murcia, conviene señalar, además de lo ya comentado al hilo de cada apartado, lo que dice un estudio externo hecho sobre el conjunto de planes de salud de las comunidades autónomas en 2004: el de Murcia es uno de los que posee “nula sensibilidad” hacia las desigualdades sociales. Precisamente cuando estamos en una de las regiones españolas en las que mayor gravedad adquiere este componente (Borrell, C., *Gaceta Sanitaria 2005*, p. 280).

Es posible que la inoperancia del Plan de Salud haya movido a la Consejera a producir, en medio de la vigencia del mismo, otro documento, la *Estrategia para el Desarrollo Sostenible de la Salud de la Región de Murcia 2005-2010 (Es+salud)*, que tiene importancia porque introduce de forma clara lo que va a ser objetivo del gobierno del PP: la privatización paulatina y sistemática de la sanidad pública.

Es llamativo que cuando ese documento señala el marco socioeconómico regional en el que se va a desarrollar la estrategia sanitaria, y se ofrecen los principales (incremento de la población, de la inmigración, del turismo, del crecimiento del PIB, etc.), no se dice nada del incremento de las desigualdades, de las bolsas de pobreza, de la infravivienda, de la precariedad y siniestralidad laboral, de la insostenibilidad del modelo del ladrillo, que nos obligará a grandes desembolsos para hacer frente a las imprevisiones y abandonos de la administración pública en el suministro de recursos, entre ellos los de sanidad, a tantos miles de viviendas promovidas a través de los convenios urbanísticos.

La estrategia dice estar enfocada a: 1) comprobar la calidad percibida por los usuarios, en cuanto clientes, pues en ningún momento se considera a los usuarios como ciudadanos protagonis-

tas; 2) garantizar la calidad de las prestaciones asistenciales realizadas por proveedores externos; 3) desarrollar una política de concertación de prestaciones con proveedores externos enfocada a complementar el sector público; y 4) asegurar que el “Cuadro de Mando Integral” (!) responda a las necesidades de gestión. Es decir, ninguna intención de que el servicio murciano de salud posea una estructura exclusivamente pública para responder a las necesidades de la población, y tampoco ninguna intención de que se dé un funcionamiento participativo en el que intervengan los profesionales y la población, sino que lo que funcionará será un “Cuadro de Mando Integral”, una gestión de empresa privada.

No hay que olvidar que la gestión del gobierno del PP a nivel estatal, desde 1994 hasta 2004, ha estado orientada a la privatización de todo tipo de recursos públicos, en lo que nos interesa los servicios sociales y sanitarios. De hecho, ha ido estancándose el gasto sanitario, con el menor coeficiente de incremento de toda la UE, y la proporción de trabajadores privados en este sector ha aumentado considerablemente en esos diez años, dándose según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2005 “un incremento de la demanda de atención y un estancamiento de los recursos humanos y materiales del sistema público” (p.76). El aumento de asalariados en la rama sanitaria ha sido 5 veces mayor en el sector privado que en el público.

En las comunidades autónomas gobernadas por el PP, se ha ido incrementando esa tendencia a la privatización de los recursos sanitarios. Ya se habla de que en 2007 una cuarta parte de la población madrileña (un millón y medio de habitantes) estará atendida por el sector hospitalario privado. Lo mismo se ha hecho en Galicia y en la Comunidad Valenciana con gobiernos del PP.

No hay que olvidar que el aumento de frecuentación sanitaria de la población murciana se da sobre todo en el uso de las urgencias (un 95% más en 2004 que en 2000), en la hospitalización de día (un 26% más) y en las intervenciones quirúrgicas (un 31% más). Por ello, no sorprende que las listas de espera sigan siendo elevadas y que el recurso a la urgencia sea la modalidad preferida a causa del estancamiento en la plantilla de la red normal sanitaria, en donde no se ha incrementado el personal. Tampoco sorprende que exista un deterioro creciente en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios en los distintos niveles de la estructura sanitaria (centros de salud, servicios de urgencias, hospitales, centros de especialidades), puesto que con la mismas plantillas se está atendiendo a una mayor demanda. Ello da lugar a un agobio y desbordamiento que no incentiva para nada el quehacer de los profesionales.

De ahí también que sea congruente con lo expuesto la política de la Consejería de Sanidad, de recurrir a los conciertos con entidades privadas para todo tipo de acciones: las pruebas diagnósticas (ecografías, TAC, RNM, etc.), la gestión de la documentación clínica, las intervenciones quirúrgicas, las acciones terapéuticas e incluso las hospitalizaciones.

De hecho, en el Barómetro sanitario de 2005 (*Salud 2000*, p.23), estamos por debajo de la media nacional en cuanto a valoración del funcionamiento del servicio sanitario público (un 62.7% frente al 69.1%), con una calificación de la gestión del gobierno regional en la que un 14.6% señala que ha ido a peor, cuando la media española es de un 8%.

## **6. ES NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN**

En el *Informe 2003*, señalábamos una lista de problemas que, desgraciadamente, siguen presentes. Bastantes de ellos se deben a la orientación política del gobierno regional, con su opción por la privatización de mayores sectores del funcionamiento y de la estructura sanitaria. La solución a esta deriva privatizadora es clara, cambiar la naturaleza política del gobierno regional. Pero se dan otros problemas que dependen en porcentaje muy elevado de que la sociedad se involucre en la gestión del funcionamiento de la sanidad. Parodiando la famosa frase, también se puede

afirmar que “la salud es demasiado importante para dejarla sólo en manos de los profesionales sanitarios”. De ahí que estemos obligados a estimular el que desde los diferentes niveles y ámbitos la población participe, independientemente de la orientación política de cada uno.

1) Hay que exigir en primer lugar un incremento de los presupuestos, plantillas y utillaje del servicio murciano de salud, y así acabaríamos con el recurrente problema de la escasez de médicos en la Región, de recursos y de medios. En un mercado nacional, que no regional, la escasez de profesionales que se ha esgrimido en la Región para empujar al incremento de estudiantes de medicina, se debe a que las condiciones ofrecidas no son ni adecuadas ni atractivas.

2) En segundo lugar, hay que encauzar el funcionamiento del servicio murciano de salud hacia un modelo en el que, efectivamente, la salud sea el centro, y no sea la enfermedad la que acapare toda la atención, gastos y recursos. En este momento, se puede decir que vamos detrás de la enfermedad, con más y más consumo y gasto. Sin embargo, una estructura sanitaria centrada en la consecución y mantenimiento de la salud supone darle la vuelta al actual paradigma que tenemos. Hay que apostar sin ambages por la centralidad de la salud, de los centros de salud orientados de otra forma, y convertir el resto del sistema sanitario en una estructura que colabora en ese gran objetivo. A ello hay que añadir la primacía de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Pero esto sólo se consigue con una transformación del marco cultural y consumista actual hacia otro modelo de sociedad más racional y responsable.

3) En tercer lugar, hay que introducir en el funcionamiento de los profesionales sanitarios del sistema sanitario unos objetivos y pautas de conducta que estimulen la involucración y la promoción profesionales atendidas a los objetivos generales de salud y de excelencia en el desempeño profesional. Si no se da una participación efectiva, democrática y consciente del conjunto de profesionales en la definición y adopción de normas de funcionamiento de todo el sistema, es difícil querer a continuación que todo se haga en perfectas condiciones.

4) En cuarto lugar, hay que recordar que la salud de la población es un proceso en el que intervienen factores personales, es cierto, como los estilos de vida, tan cacareados, pero también interviene la influencia del marco general de la sociedad a la hora de determinar conductas que pueden ser nocivas. De ahí la importancia de una concienciación paulatina de la ciudadanía, desde la infancia, sobre este cúmulo de circunstancias, y de esta forma conseguir mayor responsabilidad y libertad a la hora de encauzar los objetivos personales. Por ejemplo, poco se puede hacer en relación al problema de los consumos de sustancias que crean dependencia si por una parte no se conocen las consecuencias, y por otra las perspectivas globales ofrecidas a los jóvenes son del todo desalentadoras.

5) Por último, hay que decir con toda claridad que sin la participación protagonista y responsable de la ciudadanía, no de los clientes o consumidores, sino de la ciudadanía, no se podrá conseguir el objetivo de una mejor salud. Por ejemplo, no es posible llevar a cabo un Plan de Salud para la Región de Murcia si no se parte de involucrar, a través de los Consejos de Salud de cada uno de los centros de salud, a toda la población organizada, alrededor de la identificación, definición y propuesta de solución de los principales problemas de salud. Todo lo demás es tecnocracia inoperante que sólo importa a los que viven de la burocracia.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

“Barómetro sanitario 2005”, *Salud 2000*, 21, nº 106, 2006, 21-23.

Borrell, C.; Peiró, R.; Ramón, N.; Pasarín, M.I.; Colomer, C.; Zafra, E.; Álvarez-Dardet, C., “Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español”, *Gaceta Sanitaria*, 19 (4), 2005, 273-276.

Cirera, L., “Mortalidad en la región de Murcia. Año 2002”, *Boletín Epidemiológico de Murcia*, vol. 26, nº 664, 2005.

- Cirera, L. (coord.), "Indicadores de salud en la región de Murcia en 2005", *Boletín Epidemiológico de Murcia*, vol. 27 nº 880, 2006.
- Cirera, Ll. y col., *Efecto de la edad, el periodo de muerte y la cohorte de nacimiento*, Murcia, Consejería de Sanidad, 2006.
- Correa Rodríguez, J.R., "Consumo de sustancias psicoactivas en menores de 18 años. Región de Murcia", *Boletín Epidemiológico de Murcia*, vol. 25, nº 663, 2004.
- Díaz Franco, A.; Noguera Zambrano, R.; Cano Portero, R., "Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003)", *Boletín epidemiológico semanal de España*, vol. 12, nº 20, 2004, 221-232.
- "Epidemiológica. España, 2003", *Boletín epidemiológico semanal de España*, vol. 13, nº 20, 2005, 229-240.
- "Enfermedades de Declaración Obligatoria. Región de Murcia 2004", *Boletín Epidemiológico de Murcia*, vol. 26, nº 674, 2005.
- García Pina, R.; Gutiérrez Pérez, E.; García Fulgueiras, A., "Vigilancia epidemiológica del SIDA en la Región de Murcia. Situación a 31 de diciembre de 2003", *Boletín Epidemiológico de Murcia*. Vol. 25, nº 659, 2004.