

12. SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

FUENTES

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Secretaría General

Suministra datos sobre recursos sociales y actuaciones del servicio del menor.

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Ofrece información sobre delimitación de las zonas y áreas de salud, recursos de atención primaria y otros recursos extra-hospitalarios, así como de atención hospitalaria.

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública

Informa directamente sobre incidencia del SIDA en la Región de Murcia, casos de enfermedades de declaración obligatoria, vacunaciones y vigilancia de la calidad sanitaria de las aguas de baño.

Consejería de Sanidad y Consumo. Registro de Cáncer

Recoge datos sobre la incidencia del cáncer sobre la población.

CREM. Movimiento Natural de la Población

En virtud de un Acuerdo de Colaboración con el INE, el Centro Regional de Estadística se hace cargo de la elaboración de la estadística del Movimiento Natural de la Población para los fenómenos demográficos acaecidos en su ámbito territorial a partir del año 1986. Se ofrecen datos a nivel municipal.

INE. Defunciones según la causa muerte

Estadística elaborada para el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministrar información para la construcción de indicadores de salud. En particular, suministra información sobre suicidios según diversas variables como el sexo, la edad y el método empleado.

INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria se realiza anualmente desde 1951, aunque su cobertura era parcial pues sólo incluía con carácter obligatorio a los hospitales públicos y se efectuaba el estudio de la morbilidad entendiendo al diagnóstico de entrada, lo cual no siempre se adaptaba a la realidad, pues en algunos casos estos diagnósticos no se elevan a definitivos. La Encuesta fue reformada en 1977 recogiéndose información tanto de los hospitales públicos como privados y tiene como objeto conocer la estructura y evolución de la morbilidad atendida en los hospitales.

Desde un primer momento se puso de manifiesto que, para cumplir los objetivos previstos, era necesario que los hospitales estuvieran dotados de un registro sistemático de todos los enfermos que ingresan y salen del mismo. Por Real Decreto 1360/1976 de 21 de mayo se estableció el uso obligatorio en todos los hospitales, tanto públicos como privados, de un Libro de Registro de enfermos donde se recoge una serie de datos sobre los enfermos.

Los objetivos de esa encuesta son: Conocer la morbilidad general atendida en los hospitales del país en función del diagnóstico definitivo o de salida, determinar la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico, conocer la incidencia y la prevalencia de los diferentes diagnósticos, servir de base para determinar al ámbito de influencia o "grado de atracción" de los hospitales, servir de punto de partida a estudios en profundidad sobre determinadas enfermedades.

El cumplimiento de los objetivos de esta encuesta queda garantizado por el uso obligatorio del Libro de Registro de Enfermos y la Ficha del Enfermo que suponen un registro sistemático de todos los enfermos que ingresan y salen del hospital.

En el momento actual, en un gran número de hospitales se ha producido la informatización del Libro de Registro de Enfermos o se ha implantado el nuevo Sistema de Información al Alta Hospitalaria: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que aunque es considerado fundamentalmente como un instrumento de gestión, los datos que contiene permiten cubrir los objetivos de la Encuesta.

Se realiza un muestreo estratificado en dos etapas donde los hospitales constituyen las unidades de primera etapa y los enfermos las de segunda etapa o unidades elementales objeto de investigación. El volumen global de la muestra es del 75% en cuanto al número de hospitales y de aproximadamente el 45% respecto al volumen de enfermos dados de alta.

INE. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008

Las Encuestas sobre Discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macro-encuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales.

Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España, y, en particular, en Murcia.

Se han realizado tres macro-encuestas en 1986, 1999 y 2008: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008).

La EDAD2008 ha partido de la experiencia de la anterior Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada en el año 1999 y basada en la CIDDM, pero adaptada a las condiciones sociales y demográficas actuales e impregnada de la filosofía de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud

La primera encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías se realizó en 1986 y permitió cuantificar e identificar los distintos tipos de discapacidades de la población española de acuerdo a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS. La encuesta que se ha realizado en el año 1999, no puede considerarse una repetición exacta de la anterior. Entre las novedades que introduce cabe destacar:

- Se amplía significativamente la cantidad de información desde la perspectiva de la persona.
- Se estudia para cada tipo de discapacidad, el número y características de las personas que padecen según el grado de severidad (leve, moderada o grave). Así si la anterior encuesta permitió conocer el número de personas que padecían algún tipo de discapacidad, el nuevo proyecto tiene previsto clasificar éste según el nivel de gravedad permitiendo estimar el número de personas dependientes.
- Se investiga el tipo de ayudas que reciben.
- Se analiza la utilización de servicios sociales y sanitarios.
- Se introducen preguntas que permiten deducir el grado de atracción de las distintas provincias como consecuencia del padecimiento de la discapacidad.
- Por último, el marco integrador de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, precisa de otro tipo de información adicional sobre morbilidad percibida que, aunque quede fuera del fenómeno de la discapacidad, resulta imprescindible, tanto para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo que padece discapacidades y el que no las padece, como para conocer otros problemas de salud que también afectan a la población. Esta nueva perspectiva incluida en la investigación abarca diversos temas de interés general sobre autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, accidentalidad en el hogar, en lugares de ocio,..., prevalencia de enfermedades crónicas, hábitos de vida, medida de la utilización de los servicios, victimación.

INE. Estadística de Indicadores Hospitalarios

Al año 1984 se refiere la primera monografía publicada. Actualmente esta estadística proporciona un conjunto de indicadores básicos que sintetizan los recursos de personal y de dotación, ya sea instalada o en funcionamiento de que disponen los establecimientos sanitarios con régimen de internado en España, así como la actividad tanto médica como quirúrgica. Esta información atiende a dos clasificaciones, de finalidad y dependencia funcional.

INE. Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas de Movimiento Natural de la Población que se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en territorio español, constituyen unos de los trabajos de mayor tradición en el Instituto Nacional de Estadística. El primer volumen se publicó en el año 1863 por la Junta General de Estadística del Reino conteniendo datos relativos al periodo 1858-1861, obtenidos a partir de los registros parroquiales. Desde entonces se viene publicando en España información de los fenómenos demográficos sin más interrupción que durante los años 1871 a 1885, época de implantación del Registro Civil, de donde se obtendrían en lo sucesivo los datos para estas estadísticas.

Todas las estadísticas englobadas dentro del Movimiento Natural de la Población recogen los datos de los boletines estadísticos cumplimentados en el momento de inscribir estos hechos demográficos en el Registro Civil.

En el año 1975 estas estadísticas son modificadas en algunos de los conceptos utilizados, los boletines usados y el procedimiento de explotación empleado, con el fin de ajustarse a los conceptos demográficos reconocidos internacionalmente.

Antes de este año todos los datos iban referidos al lugar de inscripción. Posteriormente las clasificaciones básicas son referidas al lugar de residencia del causante del suceso. Por otra parte se consideraban nacidos vivos a los que sobrepasaban 24 horas de vida y por lo tanto no se incluían ni en los nacimientos ni en las defunciones. Coincidió esta definición con la aceptada legalmente y que establece el código civil (art. 30).

Después de 1975 se considera nacido vivo a toda persona que nace con vida independientemente del periodo que viva.

INE. Padrón Municipal de Habitantes

Es una operación de carácter censal que han realizado los Ayuntamientos hasta 1996 cada 5 años. La fecha de referencia en el siglo XX ha sido el 31 de diciembre de los años acabados en cero y en cinco, hasta el de 1975, a partir del que se efectúa los años acabados en uno y en seis. En los Padrones de 1986, 1991 y 1996, las fechas de referencia han sido, el 1 de abril, el 1 de marzo y el 1 de mayo de los años correspondientes, respectivamente. En los años censales la operación de campo es única, pero se recogen dos documentos: el censo que elabora el INE y el Padrón que pasa a los Ayuntamientos.

Los Padrones son unos archivos administrativos, propiedad de los Ayuntamientos, donde constan las características básicas de cada ciudadano.

El INE con la colaboración de los Ayuntamientos ha llevado a cabo una explotación estadística de sus datos, la cual se realizó por primera vez en 1975, a partir de una muestra del 25 por ciento de las familias.

Los avances en la informática, cada vez más asequible económicamente, y su más fácil manejo han llevado a muchos ayuntamientos a informatizar sus padrones con lo que se encuentran siempre actualizados. Recogiendo estas reflexiones, la nueva legislación normaliza la gestión continua e informatizada del Padrón -reflejando las altas, bajas y modificaciones que se produzcan- a fin de que no sea necesario realizar renovaciones quinquenales y de que pueda establecerse la coordinación entre los padrones de todos los municipios evitando los errores derivados de la gestión individualizada de los mismos y facilitando su actualización permanente.

Se dispone por tanto que la última renovación a realizar por los municipios será la de 1 de mayo de 1996 y a partir de entonces los Ayuntamientos aprobarán las revisiones de sus padrones municipales con referencia al 1 de enero de cada año. No obstante, la primera revisión tras la renovación padronal de 1996 sería con referencia al 1 de enero de 1998 y recogería las alteraciones producidas en un periodo diferente al año.

Todo ello ha sido posible a partir de los mecanismos que son regulados en las siguientes normas: la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local; por la Ley 4/1996, de 10 de Enero que modifica la anterior Ley, normalizando la gestión continua e informatizada del Padrón a fin de que no sea necesario realizar renovaciones quinquenales; por el Real Decreto 1690/1986, de 11 de Julio del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales; por el Real Decreto 2612/1996, de 20 de Diciembre que modifica el Real Decreto anterior, perfeccionando y completando las normas que regulan la gestión padronal; por la Resolución de 9 de Abril de 1997, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 1 de Abril, de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por lo que se dictan las instrucciones técnicas de los Ayuntamientos sobre la gestión y revisión del padrón municipal.

INE. Profesionales Sanitarios Colegiados

El objetivo de esta estadística es conocer el número de profesionales sanitarios colegiados existentes en España. Se viene elaborando en el INE desde el año 1.953. Tiene periodicidad anual y se obtienen resultados nacionales y provinciales que se publican en el Anuario Estadístico de España. La recogida de información se realiza a través de los Consejos Generales de Colegios, excepto los datos referidos a médicos y diplomados en enfermería, que se recogen a través de los Colegios Profesionales por las Delegaciones Provinciales del INE.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales

El Catálogo Nacional de Hospitales viene publicándose anualmente desde 1962. Su objetivo es ofrecer información básica de los hospitales existentes en el conjunto del territorio nacional.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado recoge información con periodicidad anual sobre recursos humanos y materiales, y sobre actividad asistencial y económica en el sector hospitalario, tanto público como privado.

Desde el año 1972, fecha a que se refiere la primera monografía publicada, esta estadística ha sido objeto de sucesivas modificaciones tendentes a perfeccionar la información suministrada. Por ello se ha adaptado a los cambios producidos en el sistema sanitario público, en especial la nueva estructura de Atención Especializada que unifica el Hospital con los Centros de Especialidades, de él dependientes. Además la aprobación de las Normas de Adaptación de los Centros de Asistencia Sanitaria al nuevo Plan General de Contabilidad de 1990, hizo necesario modificar los cuadros económicos de la Estadística. Por este motivo, a partir del año 1995, se utiliza un nuevo formato de cuestionario que no supone una ruptura definitiva del formato actual. Hasta ese mismo año se realiza por el INE en colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde 1996, es el Ministerio el encargado de realizarla.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Indicadores de Salud

En España se dispone de un sistema de información sanitaria que permite la elaboración de una gran variedad de indicadores de salud y, de esta forma, posibilita la realización de análisis periódicos de la situación sanitaria. Estos indicadores proporcionan información sobre la magnitud de muchos problemas de salud y sobre su evolución en el tiempo al nivel estatal y en las diferentes comunidades autónomas, lo que permite valorar su tendencia y su distribución geográfica. Asimismo, la disponibilidad de estos indicadores permite la comparación de la situación española con la situación en los otros países de la Unión Europea.

Los indicadores que se refieren a la frecuencia de un determinado fenómeno por 1.000 o por 100.000 habitantes, el denominador para las estimaciones en mujeres es la población de mujeres y el denominador para las estimaciones en hombres es la población de hombres del ámbito concreto a que se refiera cada indicador: grupo de edad, conjunto del Estado, comunidad autónoma, etc.

Por otro lado, en algunos indicadores se ofrecen estimaciones ajustadas por edad. En algunos casos se hace explícito en título y/o en la tabla que se trata de un porcentaje o una tasa ajustada por edad, mientras que en otros, en los que se menciona únicamente que se trata de una tasa ajustada o de un porcentaje ajustado, también deberá entenderse que se trata de un ajuste por edad.

Las estimaciones sobre consumo de sustancias psicoactivas se han obtenido de las estimaciones sobre el uso de drogas proporcionados por el Observatorio Español sobre Drogas, dependiente del Plan Nacional sobre Drogas. Este observatorio obtiene información sobre este fenómeno a partir del Sistema estatal de información permanente sobre adicciones a drogas, de encuestas de base poblacional dirigidas a la población de 15 a 64 años y de encuestas dirigidas a la población en edad escolar.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria

Encuadrado dentro de la Agencia de Calidad del SNS, asume la puesta en marcha y el funcionamiento del Sistema de Información Sanitaria, manteniendo una permanente comunicación en materia de información con las Comunidades Autónomas y otros agentes del SNS.

Ofrece información sobre la salud y los servicios sanitarios en la Región de Murcia, en particular sobre la atención primaria, urgencias, cuidados paliativos y prestaciones farmacéuticas.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo

En España se llevan a cabo interrupciones voluntarias del embarazo desde la promulgación de la Ley Orgánica 9/1985 de despenalización de los abortos practicados en determinados supuestos.

La Ley protege y ampara mediante el secreto estadístico los datos referentes a la identidad de las mujeres y de los centros sanitarios. En este marco las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas envían la información a la Dirección General de Salud Pública de este Ministerio.

Servicio de Epidemiología y CREM. Mortalidad por Causas

Se trata de una publicación fruto de la colaboración entre el CREM y el Servicio de Epidemiología, y que tiene como primer año de referencia 1989. Su objetivo principal es ofrecer información sobre las causas de defunción y su distribución por edad, sexo y áreas geográficas, así como algunos indicadores para que puedan ser utilizados por los diferentes niveles de actuación de la Administración Sanitaria.

Para toda la Región de Murcia se presentan las tasas de mortalidad global, las tasas específicas por edad y sexo, las tasas de mortalidad infantil, las tasas específicas por causa y las tablas de vida. En las áreas sanitarias se calcula la Razón de Mortalidad Estándar para cada uno de los sexos.

A partir de 1999 esta en vigor la Décima Revisión (CIE10) de la Clasificación de enfermedades según la causa de muerte.

Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Sanitaria

La Subdirección General de Salud Mental ofrece datos sobre recursos humanos y programas de aquellos centros en los que desarrolla su labor.

PRINCIPALES CONCEPTOS

Altas: Enfermos dados de altas en el año. Sólo incluye las altas de los enfermos que han producido estancias. Se consideran las altas de cada una de las actividades asistenciales; por tanto, en un centro con distintas actividades asistenciales, un enfermo puede originar varias altas, si ocupa cama sucesivamente en varias de ellas.

Camas en funcionamiento: Camas que están en condiciones de ser utilizadas por estar dotadas de personal y servicios. Este concepto se utiliza como unidad de medida de la capacidad de los establecimientos. Incluye las camas de cuidados generales, especiales e incubadoras fijas, destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados.

Centros de Servicios Sociales Comunitarios: es un equipamiento de la red pública de servicios sociales dirigidos a prestar servicios sociales de carácter general a toda la población residente en su ámbito de actuación.

Consultas externas: No contabilizan las intervenciones quirúrgicas a enfermos en régimen ambulatorio.

Deficiencia: Se considera deficiencia a efectos de la encuesta cualquier pérdida o anomalía de un órgano, o de la función propia de ese órgano, que haya dado lugar a una o varias discapacidades.

Discapacidad: Se entiende por discapacidad, a efectos de la Encuesta, toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

Discapacidad (a efectos de la EDAD): Aunque la CIF engloba bajo el término discapacidad el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, en la EDADh-08 el concepto de discapacidad se ha identificado con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de 1 año y tengan su origen en una deficiencia.

Enfermos ingresados: Enfermos a los que se les ha asignado cama de cuidados normales, en el año. No incluye ni hospitalizaciones de día (sin internamiento), ni las atenciones exclusivamente por el Servicio de Urgencia, ni los enfermos que acuden al hospital únicamente para servicios de rehabilitación.

Establecimiento sanitario con régimen de internado: Edificio, parte de edificio o conjunto de edificios, que bajo una única dirección, tiene como finalidad principal prestar asistencia médica o médico-quirúrgica, a los enfermos ingresados en el mismo.

Estancias causadas: Suma de los días que las camas del centro han estado ocupadas durante el año. Los días que los enfermos han estado en Unidades de Cuidados Especiales sólo se contabilizan en este apartado cuando la cama o incubadora de cuidados normales haya estado reservada. No incluyen las sesiones de diálisis.

Finalidad del centro hospitalario: Especialidad médica a la que está dedicado más del 50% de las camas en funcionamiento del establecimiento. En el caso de que ninguna especialidad alcance dicho porcentaje, se considera al centro como hospital general.

Grupos de grandes causas de mortalidad: de acuerdo con la décima clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud:

I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

- II. Neoplasias
- III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
- IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- V. Trastornos mentales y del comportamiento
- VI. Enfermedades del sistema nervioso
- IX. Enfermedades del sistema circulatorio
- X. Enfermedades del sistema respiratorio
- XI. Enfermedades del aparato digestivo
- XII. Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
- XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
- XIV. Enfermedades del aparato genitourinario
- XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
- XX. Causas extremas de morbilidad y de mortalidad

Indicadores básicos de los centros hospitalarios:

Ingresos día: Total ingresos en un año/365 días.

Presión urgencias: Número de ingresos urgentes x 100/número de ingresos totales.

Índice de mortalidad: Número de fallecidos x 100/número de ingresos totales.

Estancia media: Estancias causadas/enfermos dados de alta.

Índice de ocupación: Estancias causadas x 100/camas en funcionamiento x 365 días.

Índice de rotación: Enfermos dados de alta x 100/camas en funcionamiento.

Limitación: Se considera una limitación a efectos de la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, toda dificultad grave o importante que afecte a niños menores de 6 años y tenga su origen en una deficiencia.

Mapa Sanitario: La ordenación territorial de los servicios de salud, definida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se basa en dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud.

- Áreas de Salud: Según el artículo 56 de la citada ley, se definen como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

- Zonas Básicas de Salud: En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 62.1 de la Ley General de Sanidad y en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero en su artículo 1.2, se procedió por Decreto Regional de 18 de julio de 1986, a delimitar las Zonas de Salud de la Región de Murcia, como divisiones mínimas de las Áreas de Salud, que se configuran como marcos territoriales de la atención primaria, para asegurar la máxima operatividad y eficacia y como primer paso para la organización general del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario, siendo ésta una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficiencia del sistema.

Nuestra región se caracteriza por una demografía muy dinámica que requiere ajustes continuos del Mapa Sanitario con el fin de adecuarlo a las nuevas necesidades sanitarias.

Por Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo, se aprueba el actual Mapa Sanitario de la Región de Murcia derogando así la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Consejería de Sanidad y Consumo.

La modificación más relevante que introduce esta nueva organización territorial es el aumento del número de Áreas de Salud en que se divide la Región de Murcia, pasando de seis a nueve, teniendo en consideración las mejoras en la dotación de los dispositivos y medios sanitarios que en los últimos años han sido puestas a disposición de la población de nuestra Comunidad Autónoma.

A partir de 2009, las Áreas de Salud comprenden los siguientes municipios:

- ÁREA I: Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Campos del Río, Librilla, Mula, Murcia y Pliego.
- ÁREA II: Cartagena, Fuente Álamo, Mazarrón y La Unión.
- ÁREA III: Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana.
- ÁREA IV: Bullas, Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehegín y Moratalla.

- ÁREA V: Jumilla y Yecla.
- ÁREA VI: Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Lorquí, Molina de Segura, Murcia, Ojós, Ricote, Las Torres de Cotillas, Ulea y Villanueva del Río Segura.
- ÁREA VII: Beniel, Murcia y Santomera.
- ÁREA VIII: Alcázares (Los), San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre Pacheco.
- ÁREA IX: Abarán, Blanca y Cieza.

Cabe señalar como particularidad, el hecho de que el municipio de Murcia pertenezca a tres áreas de salud distintas: De Murcia Oeste (Área I), Vega Media del Segura (Área VI) y De Murcia Este (Área VII).

Personal ayudantes sanitarios: auxiliares de clínica, técnicos sanitarios y otros con función sanitaria.

Personal de enfermería: ATS y diplomados en enfermería, matronas y fisioterapeutas, y otros titulados de grado medio con función sanitaria.

Personal de los centros hospitalarios: Incluye exclusivamente el personal efectivo del centro. Cada persona se clasifica de forma excluyente en un único grupo.

Personal no sanitario: personal de dirección y gestión, asistentes sociales, personal de oficio, otros titulados superiores y medios con función no sanitaria, administrativos y otro personal.

Quirófanos: Salas destinadas a la intervención o atención quirúrgica del enfermo, dotadas de una mesa de operaciones y con dotación para ser utilizadas. Debe tener:
Iluminación ajustable de poder suficiente que permita un trabajo delicado.

Condiciones asépticas que deben incluir la provisión de instrumentos estériles y locales para cambio de ropas del personal.

Provisión de anestesia más complejo que la que puede proporcionarse en las salas de hospitalización; por ejemplo, anestesia general, espinal o epidural, o bloqueo nervioso con anestésicos locales.

Las salas de operaciones dobles o gemelas, siempre que permitan atender a dos pacientes simultáneamente se consideran como dos quirófanos. No se consideran quirófanos las salas de extracción dental u otro tipo de cirugía que contenga una silla dental.

Riesgo acumulado hasta los 74 años (Incidencia del cáncer): Representa una forma de estandarización directa que elimina la necesidad de utilizar una población estándar. Además, tiene una interpretación teórica ya que representa la probabilidad de padecer la causa considerada desde el nacimiento hasta cumplir 75 años de edad.

Salas de consulta externa: Salas destinadas a consultas con pacientes en régimen ambulatorio. Se excluyen las dedicadas específicamente a consultas de urgencia.

Severidad de la Discapacidad: La severidad de la discapacidad hace referencia al grado de dificultad que tiene la persona para realizar una determinada actividad, sin ayuda (si no la recibe) o con ayudas (en el caso de que las reciba).

Tasa ajustada por edad (Incidencia del cáncer): Las tasas ajustadas por edad son tasas estandarizadas por el método directo utilizando como referencia la población europea estándar y la población europea estándar truncada de 35 a 64 años.

Tasa bruta de mortalidad infantil: Fallecidos con menos de 1 año x 1.000/total de nacidos vivos.

Unidades de Trabajo Social (U.T.S.): configuran el nivel operativo básico de los Centros de Servicios Sociales. Son unidades territorializadas que mantienen el contacto estable con el entorno y garantizan la integridad, continuidad e individualización de las actuaciones.

Vacunas: - TV: Sarampión, Rubeola, Parotiditis.

- Hb: Hepatitis B.

- Td: Tétanos, difteria (adultos).

- DTP-HB-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b.

- DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b.

- DTPa: Difteria, Tétanos, Tosferina (acelular).

Inactivada.

- Hexavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B, Polio

- Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b, Polio Inactivada.

- Men C: Meningococo C.