

PLAN DE SALUD DE LA RIOJA (y V)

Enrique Ramalle Gómara* en nombre de la Comisión Elaboradora del Plan de Salud de La Rioja

* Responsable de Programa. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud y Consumo del Gobierno de La Rioja.

En este número del Boletín Epidemiológico finaliza la presentación del Plan de Salud de La Rioja.

VII. Estrategias comunes de intervención

El conjunto de medidas recogidas para las diferentes áreas de intervención priorizadas tienen como denominador común una serie de elementos, los cuales conforman las grandes estrategias de intervención, entendiendo como tales actividades y orientaciones de carácter general cuya adopción hace factible la puesta en práctica de medidas de intervención comunes a las siguientes áreas:

- 1.- Investigación.
- 2.- Formación profesional.
- 3.- Fomento de estilos de vida y entorno saludable y estrategias intersectoriales.
- 4.- Educación para la salud.
- 5.- Sistemas de información y evaluación.
- 6.- Reorientación de los servicios sanitarios.

1. Investigación.

La investigación en el marco de la práctica clínica y los servicios de salud debiera incluirse dentro del llamado proyecto REUNI, en el que La Rioja se encuentra integrada a través de la Unidad de Investigación Clínico Epidemiológica de La Rioja.

El proyecto REUNI es una estrategia de organización de los recursos de investigación del Sistema Nacional de Salud orientada a generar el conocimiento científico que fundamente la actividad del Sistema Nacional de Salud y está compuesto por dos estructuras: Las unidades de investigación de las áreas de salud y el Centro Coordinador REUNI.

Las Unidades de Investigación, como la existente en La Rioja, deben hacer investigación propia, asesorar en metodología de la investigación, coordinar y potenciar los recursos de investigación del área de salud a la que pertenezca y facilitar la difusión y aplicación clínica de los resultados de la investigación.

Por otra parte se promoverá el desarrollo de trabajos de investigación y su realización por parte de

INDICE

1. - Plan de Salud de La Rioja (y V).
2. - Evaluación de la notificación de E.D.O.
3. - Defunciones en La Rioja según grupo de causa, sexo y edad.
4. - Estado de las enfermedades de declaración obligatoria.
 - 4.1. - Situación General.
 - 4.2. - Distribución por Zonas de Salud.

los profesionales. Se dispone por tanto en La Rioja de una estructura orientada a la investigación clínica epidemiológica, con una trayectoria de tres años de funcionamiento y que se ha consolidado dentro de la Red REUNI. La dotación actual de recursos físicos de la unidad es correcta y respecto a los recursos humanos sería necesaria la adecuación de personal a las necesidades. Las líneas o áreas de investigación que el Plan de Salud recomienda, deben integrarse en el proyecto REUNI con el fin de rentabilizar los recursos y orientar los proyectos hacia líneas sólidas y no hacia investigaciones aisladas.

El Plan de Salud de La Rioja propone que la investigación que se realice en años sucesivos vaya orientada prioritariamente a las siguientes áreas: Materno-infantil, envejecimiento, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes de tráfico, salud mental (patología menor, oligofrenia), salud laboral, desigualdades en salud, autopercepción de la salud, y todos aquellos campos que abarcan investigaciones en torno al conocimiento de la situación de salud, a la promoción de hábitos saludables, la prevención de riesgos para la salud, en particular residuos tóxicos industriales y hospitalarios, y la mejora de los sistemas de cuidados de salud.

En el diseño de las investigaciones se incluirán las diferencias determinadas por el género, ya que actualmente se está comprobando que algunos resultados de investigaciones realizadas en hombres y extrapoladas a mujeres no son ciertos, como en el caso de riesgos cardiovasculares. Por lo tanto se priorizarán las investigaciones que comprueben la existencia o no de diferencias por género.

2. Formación profesional.

Es necesario promover una formación continuada de los profesionales sanitarios, a fin de que tengan una buena y fundamentada comprensión de los pro-

blemas de salud prioritarios y de las principales medidas que se requieren para su solución. Esta formación continuada deberá centrarse en la capacitación para introducir en su actividad cotidiana un enfoque preventivo y educativo y una preocupación por los aspectos de calidad de la atención y de la relación con el usuario. Asimismo por la posición que ocupa en el sistema el personal no sanitario, es importante que sean incluidos sistemáticamente en el proceso formativo con el objeto de mejorar la personalización de la atención favoreciendo la accesibilidad del sistema y la orientación del mismo hacia el usuario. La oferta de formación continuada puede ser múltiple y provenir de diferentes instituciones organizaciones, pero es conveniente que exista una coordinación entre ellas y una evaluación de los resultados obtenidos.

El Plan de Salud de La Rioja propone como campos de formación prioritarios los siguientes:

- 1.- Ejercicio, dieta y salud.
- 2.- Deshabitación tabáquica. (Profesionales de Atención Primaria).
- 3.- La detección precoz a través de la Atención Primaria: alcoholismo y otras toxicomanías, maltratos, riesgos y enfermedades laborales.
- 4.- Los Equipos de Atención Primaria en la atención a las drogodependencias, VIH/SIDA y enfermos terminales.
- 5.- Género y salud.
- 6.- Preparación para la adaptación a los cambios vitales (adolescencia, jubilación, ciclo vital femenino).
- 7.- Metodología de la investigación.
- 8.- Atención a crónicos (HTA, diabetes, EPOC, cáncer).
- 9.- Atención domiciliaria.
- 10.- Disminución de riesgos externos

3. Fomento de estilos de vida, entorno saludable y estrategias intersectoriales.

Gran parte de las estrategias frente a los problemas de salud detectados hacen referencia a la promoción de hábitos de vida saludables. Los estilos de vida dependen en mayor medida de actitudes socialmente adquiridas que de actuaciones exclusivas del sector sanitario, por ello es imprescindible una actuación intersectorial que implique a organizaciones de todo tipo y dependencia en la erradicación de conductas de riesgo. Sería necesario por tanto fomentar la participación tanto de instituciones públicas como ONGs, asociaciones de autoayuda, organizaciones religiosas, voluntariado, etc. El sentido intersectorial es amplio e incluye la autorresponsabilización de los ciudadanos respecto de su propia salud (nutrición, actividad física, uso de medicamentos, tabaco, alcohol...).

El sistema educativo, especialmente la educación primaria, tiene un papel importante en la adopción de estilos de vida saludables, en el fomento de hábitos higiénicos y en la prevención de causas externas de morbilidad y mortalidad.

El sistema laboral debe contribuir a la adopción de hábitos saludables en relación a la prevención de accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.

La protección medioambiental deberá ser asumida por el ciudadano y la comunidad como otra necesidad para la mejora de su salud y el bienestar social.

El papel del sistema sanitario debiera reubicarse, de un papel poco eficaz como responsable de los hábitos de vida saludable, a ser esencialmente un dispositivo de alerta así como de informador puntual ante los riesgos de las distintas administraciones y organizaciones sociales, favoreciendo e impulsando la adquisición de actitudes y adopción de medidas que mejoren la salud, todo ello sin menoscabo de las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades específicas de los servicios sanitarios.

4. Educación para la salud.

Todas las estrategias deberán contemplar un apartado específico de Educación para la salud y Participación Comunitaria, en los casos pertinentes, que mejoren la implantación de los programas y su acercamiento a la población.

Estas actividades de Educación para la Salud necesitarán de la oportuna coordinación entre los diferentes niveles implicados y tendrán un carácter multiprofesional.

5. Sistemas de información y evaluación.

El Sistema de Información de Salud debe recoger la información tanto de la salud como de sus determinantes, siendo un instrumento básico para la planificación y evaluación sanitaria.

Este sistema debe permitir valorar con un grado de exactitud suficiente la situación de salud y el desarrollo del sistema sanitario, así como su evolución temporal y las diferencias entre grupos poblacionales (edad, sexo, territorio...), todo ello con unos desfases temporales mínimos de tal forma que la disponibilidad de la información coincida con su necesidad.

Los sistemas de información deberán:

- solventar el problema actual de comparabilidad de los datos entre regiones/países, configurando un sistema de datos básicos con una definición homogénea.

- mejorar la transparencia informativa, impulsando la publicación de los datos disponibles y de sus explotaciones, favoreciendo la accesibilidad de los datos a investigadores internos o externos del sistema sanitario, sin menoscabo de la confidencialidad y del secreto estadístico.

- delimitar las áreas con carencia de datos primarios y los procedimientos más adecuados para cubrir esa deficiencia.

- todas las áreas de intervención que se desarrollen deberán contar con un sistema de información que permita valorar a lo largo del tiempo los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, la cantidad y calidad de las actividades y de los recursos que soportan dichas intervenciones.

Es indispensable establecer un proceso sistemático de vigilancia y evaluación como parte integrante del Plan de Salud, que determinará la eficacia y repercusión de las medidas que se estén adoptando y valorará los progresos alcanzados respecto de los objetivos señalados.

Este seguimiento se realizará a dos niveles:

1. Funcionamiento, con indicadores que permitan medir las prestaciones (indicadores de estructura y proceso).

2. Impacto, con indicadores que permitan medir el estado de salud y la calidad de vida relacionada con él (indicadores de resultados).

Hay que señalar que el desarrollo de estos indicadores necesita como base un Sistema de Información de Salud capaz de apoyar la estrategia desarrollada en el Plan de Salud, permitiendo una ágil y precisa elaboración de los mismos.

6. Reorientación de los servicios sanitarios.

Para una actuación eficaz se debe potenciar la coordinación de los niveles asistenciales de Atención Primaria y Asistencia Especializada y éstos, a su vez, con los Servicios Sociales, incluyendo actividades normalizadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Teniendo en cuenta algunos principios básicos, como son:

- Situar al usuario como persona y como objetivo prioritario del sistema sanitario, orientando los servicios a sus necesidades y fomentando el trato personal, humanizado y satisfactorio.

- Crear las condiciones necesarias para que el

personal sea el elemento central de la organización, incorporando incentivos organizativos y culturales que mejoren su nivel de satisfacción y motivación.

Por otro lado la reorientación de los servicios sanitarios debe estar dirigida al usuario, impregnándolos de una nueva cultura. Por ello debe ser una prioridad el abordaje decidido de una política de calidad. Los servicios dirigidos a la población deben darse con los mejores estándares, entendiendo por calidad la máxima vinculación entre las estrategias teóricas (eficacia), y la implantación real de actividades y proyectos que garanticen la misma (efectividad).

La calidad no puede ni debe entenderse exclusivamente desde una perspectiva técnica, sino contemplarse bajo un aspecto social.

No tienen cabida, por tanto, los "excesos" de la "medicina defensiva" ni las demandas de la "medicina complaciente", siendo además demostrable que mejorar la calidad no va inexcusablemente unida a mayores costes, sino que, en muchos casos, supone ahorro. Gran cantidad de recursos se pierden por falta de calidad y, por lo tanto, hay que evitar dichas situaciones.

Mención especial tiene el consumo de medicamentos que conlleva problemas en los hábitos no saludables debidos en algunos casos a una inadecuada prescripción y seguimiento por parte de los profesionales, y en otros casos al consumo excesivo y sin control por parte de los usuarios.

Es necesario promocionar el correcto uso del medicamento, poniendo en marcha opciones que garanticen la selección adecuada, la vía, dosis, intervalo y tiempo correcto con el fin de que ejerzan su acción de forma óptima, según las condiciones del enfermo. Mejorar la información paciente para disminuir la automedicación de riesgo. El aumento de la calidad debe basarse, en general, en la valoración de los resultados obtenidos en los sistemas de información homogéneos y convenientemente acepta-

dos, tanto internos como externos, poniendo en marcha programas homologados que establezcan los criterios para la acreditación de los servicios y permitan la evaluación de la eficacia y el rendimiento de los mismos. Para ello se deberá:

- Efectuar una política que tenga en cuenta los aspectos de calidad, impregnando a la organización en la cultura de la calidad total.

- Establecer medidas de motivación concretas dirigidas a los profesionales.

- Llevar a cabo una dirección participativa, con una cultura integradora de forma que sea posible crear un clima de confianza que motivará al personal a implicarse en los resultados de calidad, de manera que sea posible lograr una calidad integral en la cual las relaciones interpersonales, a nivel interno y externo, entre los profesionales y usuarios, retomen el valor social.

- Potenciar la formación científico-técnica y poner al alcance de los profesionales la metodología práctica en garantía de calidad.

También se debe difundir la cultura de la evaluación de la tecnología, analizando su seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia, así como sus aspectos metodológicos, para que sean incorporados en la práctica

Para ello se debe realizar:

- Cooperación y comprensión de los gestores sanitarios con los profesionales de todos los niveles.

- Promover proyectos de investigación y análisis de tecnología sanitaria.

- Colaboración de todas las instituciones sanitarias involucradas

- Analizar en profundidad los aspectos éticos, teniendo en cuenta la repercusión en la equidad de los recursos sanitarios.

EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Junio 1997.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
23	82,44	9,57
24	88,61	7,47
25	92,85	7,19
26	91,24	6,62

(1) Porcentaje de partes en blanco = $\frac{\text{n.º de partes en blanco}}{\text{n.º de partes recibidos}}$

Declarantes de los que no se ha recibido notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) o ha sido recibida en blanco.

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Junio de 1997.

- D. Jesús A. Llorente González (Médico Titular de Aguilar del Río Alhama).
- D. José M.ª Núñez Morcillo (Médico Titular de Nalda)
- D. José J. Pascual Galilea (Centro de Salud de Nájera).
- D. Francisco Dorado García (Médico Titular de Tudelilla).
- D.ª Esther Vázquez Pineda (Médico Titular de Ezcaray).

Declarantes de los que se ha recibido parte de EDO sistemáticamente en blanco durante las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Junio de 1997.

- D. Agustín de Pablo Córdoba (Médico Titular de Villamediana de Iregua).
- D. Manuel Hernández Sáenz (Centro de Salud Labradores. Logroño).
- D. Vicente Cuadrado Palma (Centro de Salud Labradores. Logroño).

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - AÑO: 1996 - MES: DICIEMBRE - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

(XVII Grandes Grupos, cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCION	TOTAL	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0,00	4 0,02	1 0,08								1 0,07							1 0,17	1 0,27
II TUMORES	N.º 0,00	47 0,18							1 0,06			2 0,15	1 0,06	2 0,13	13 0,89	7 0,65	12 1,41	5 0,84	4 1,07
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N.º 0,00	9 0,03							2 0,12						1 0,07	2 0,19		1 0,17	3 0,81
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0,00																		
V TRASTORNOS MENTALES	N.º 0,00	8 0,03												1 0,07	1 0,07	1 0,12	1 0,12	2 0,34	4 1,07
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N.º 0,00	2 0,01																1 0,17	1 0,27
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N.º 0,00	93 0,35				1 0,05						1 0,08	2 0,12	5 0,32	2 0,14	12 1,11	13 1,52	11 1,86	46 12,35
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N.º 0,00	28 0,11												1 0,06	2 0,14	3 0,28	6 0,70	9 1,52	7 1,88
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N.º 0,00	12 0,05				1 0,05								1 0,06	2 0,14		2 0,23	1 0,17	5 1,34
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N.º 0,00	4 0,02																	
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0,00																		
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N.º 0,00	1																	1 0,27
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0,00	2 0,01																	2 0,54
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N.º 0,00																		
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N.º 0,00																		
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N.º 0,00	3 0,01																	3 0,81
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N.º 0,00	11 0,04				1 0,05				3 0,18		2 0,15		1 0,06		2 0,19		1 0,17	1 0,27
TOTAL GENERAL - 12 - 1996	N.º 0,00	224 0,85	1 0,08			3 0,15			2 0,12	4 0,24	1 0,07	5 0,38	3 0,19	10 0,63	22 1,50	26 2,42	35 4,10	34 5,74	78 20,95
TOTAL MUJERES - 12 - 1996	N.º 0,00	109 0,82								2 0,25	1 0,13	2 0,31	2 0,25	2 0,24	11 1,43	10 1,67	14 2,76	14 3,84	51 20,57
TOTAL VARONES - 12 - 1996	N.º 0,00	115 0,88	1 0,16			3 0,29			2 0,22	2 0,23		3 0,46	1 0,12	8 1,05	11 1,58	16 3,36	21 6,08	20 8,76	27 21,69

* Cifras provisionales. Comprende las defunciones ocurridas en La Rioja y con residencia en la misma.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud y Consumo.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 23 a 26. 1997

ENFERMEDADES	SEMANA 23 1 al 7 de Junio			SEMANA 24 8 al 14 de Junio			SEMANA 25 15 al 21 de Junio			SEMANA 26 22 al 28 de Junio		
	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.
ENF. INFECC. INTESTINALES												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	1	1	1,00
DISENTERIA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
TOXINFECCION ALIMENTARIA	0	55	2,11	4	59	4,00	0	59	0,00	1	60	1,68
OTROS PROCESOS DIARREICOS	408	8.043	1,28	493	8.536	1,41	429	8.965	1,31	392	9.357	1,19
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.504	75.459	1,06	2.387	77.846	1,03	2.355	80.201	1,17	2.392	82.593	0,98
GRIPE	39	10.884	0,70	38	10.922	1,52	47	10.969	1,06	50	11.019	0,80
NEUMONIA	17	640	0,89	17	657	1,06	23	680	1,09	24	704	1,03
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	0	28	0,82	0	28	0,00	0	28	0,00	1	29	0,67
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS												
SARAMPION	0	4	0,00	0	4	0,11	0	4	0,11	0	4	0,11
RUBEOLA	1	13	1,00	2	15	0,39	0	15	0,00	1	16	0,37
VARICELA	66	993	0,92	74	1.067	0,96	70	1.137	0,93	39	1.176	0,90
ESCARLATINA	1	30	1,76	0	30	1,57	1	31	1,55	2	33	1,57
ZOONOSIS												
CARBUNCO	0	2	2,00	0	2	2,00	0	2	2,00	0	2	2,00
BRUCELOSIS	1	11	1,22	0	11	1,22	0	11	1,22	3	14	1,40
HIDATIDOSIS	0	2	0,18	0	2	0,18	0	2	0,18	0	2	0,18
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	1	1,00	0	1	0,50	0	1	0,50	0	1	0,50
ENF. DE TRANSMISION SEXUAL												
SIFILIS	1	1	0,66	0	1	0,66	0	1	0,66	0	1	0,66
INFECCION GONOCOCICA	0	2	0,66	0	2	0,66	0	2	0,66	0	2	0,66
OTRAS ENFERMEDADES												
INFECCION MENINGOCOCICA	1	10	1,66	1	11	1,83	1	12	2,00	1	13	2,16
HEPATITIS VIRICAS	1	25	1,00	0	25	0,89	0	25	0,89	0	25	0,89
FIEBRE REUMATICA	0	1	0,50	0	1	0,50	0	1	0,50	0	1	0,50
PAROTIDITIS	2	25	1,56	0	25	1,56	1	26	1,62	1	27	1,58
TOSFERINA	0	0	0,00	0	0	0,00	2	2	0,40	0	2	0,40
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	2	0,66	1	3	0,66	0	3	0,66	0	3	0,66

* Operación no realizable por ser el denominador 0.

Índice Epidémico para una enfermedad es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quincenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24; se considera normal; si es menor o igual a 0,75; incidencia baja; si es mayor o igual a 1,25; incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.
Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud.

DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. JUNIO 1997.

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	C. Viejos	Albelda	C. Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	7 Villas	TOTAL *
	5.871 H.	15.251 H.	26.334 H.	16.181 H.	6.488 H.	799 H.	12.058 H.	1.847 H.	8.275 H.	17.440 H.	11.500 H.	17.091 H.	128.331 H.	477 H.	267.943 H.
FIEBRE TIFOIDEA			3,80												0,37
DISENTERIA															
TOXINF. ALIMENTARIA								216,57					0,78		1,87
O. PROC. DIARREICOS	238,46	622,91	820,23	401,71	1.310,11	625,78	870,79	487,28	797,58	791,28	1.521,74	930,31	458,19	419,29	642,67
I.R.A.	2.112,08	3.770,24	4.856,84	2.564,74	6.011,10	7.133,92	2.554,32	2.328,10	4.942,60	3.858,94	5.095,65	5.020,19	3.037,46	4.821,80	3.597,03
GRIPE	102,20	91,80	7,59	6,18	46,24		157,57		12,08		60,87	17,55	91,95		64,94
NEUMONIA	17,03	39,34	15,19	6,18	30,83	375,47	24,88	108,28	36,25	40,14	8,70	35,11	32,73		30,23
TUBER. RESPIRATORIA													0,78		0,37
SARAMPION															
RUBEOLA			11,39										0,78		1,49
VARICELA	136,26	26,23	75,95	129,78			82,93		36,25	11,47		169,68	118,44		92,93
ESCARLATINA			7,59										1,56		1,49
CARBUNCO															
BRUCELOSIS												11,70		419,29	1,49
HIDATIDOSIS															
F. EXAN. MEDITERRANEA															
SIFILIS													0,78		0,37
INFECC. GONOCOCICA															
INFECC. MENINGOCOCICA										5,73			2,34		1,49
HEPATITIS		6,56													0,37
FIEBRE REUMATICA															
PAROTIDITIS													3,12		1,49
TOSFERINA			7,59												0,75
MENINGITIS TUBERC.													0,78		0,37

Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en La Rioja. Dirección General de Salud y Consumo.

* Fuente: INE. Población de hecho de La Rioja. Censo de población 1991.

Comentario epidemiológico mes de Junio de 1997.

Durante el mes de junio de 1997 (semanas epidemiológicas 23 a 26) se ha declarado un brote de gastroenteritis aguda en la localidad de Ausejo, que afectó a 25 personas (tasa de ataque 3,7%), con probable origen en el agua de la red de abastecimiento público de la localidad. Los casos cursaron con vómitos y diarreas y con una duración del cuadro clínico de 3 a 4 días.

La suscripción al B.E.R. es gratuita, siempre que sea dirigida a cargo oficial. Los profesionales sanitarios pueden remitir artículos para su publicación previa selección.

DIRECCION: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica. C/ Villamediana, 17 - Tel. 29 11 00 Extensión 5051. LOGROÑO

**BOLETIN
EPIDEMIOLOGICO**

Gobierno de



La Rioja

Consejería de
Salud, Consumo
y Bienestar Social