

## PLAN DE SALUD DE LA RIOJA (I)

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.

### 1. Introducción

El Plan de Salud de La Rioja es un documento que, basado en la política de salud de la Comunidad Autónoma, recoge los objetivos de salud a alcanzar, así como las estrategias para su consecución. En él quedan integrados los programas de salud ya existentes y aquellos que han surgido tras el análisis de la situación de la Salud de La Rioja, con la meta de mejorar el nivel de salud de los riojanos.

La suma del Plan de Salud de La Rioja, los del resto de Comunidades Autónomas, los Planes de Salud del Estado y los Planes de Salud conjuntos Comunidades Autónomas-Estado, conforman el Plan Integrado de Salud, cuyo propósito es coordinar las actividades de salud que se realizan en España, de forma que se alcance la máxima efectividad y equidad posible.

Los Planes de Salud deben estar de acuerdo con los principios de "Salud para todos en el año 2.000" y serán aplicados a todos los sectores sociales (Objetivo 33).

Para coordinar los Planes de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, la Subdirección de Planes de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo estableció los "Criterios Generales de Coordinación Sanitaria" con carácter de mínimo a lograr y estructurados en dos tipos: Objetivos e Indicadores.

La elaboración del proyecto del Plan de Salud de La Rioja compete a la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, para lo cual se creó una Comisión de trabajo que ha sido la responsable de la elaboración del Plan.

Los fundamentos legales del Plan de Salud de La Rioja proceden de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), que dispone en el Título III, Capítulo IV, que cada Comunidad Autónoma deberá elaborar un Plan Regional de Salud que incluya todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

En respuesta a este mandato de la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, establece el procedimiento y los plazos para la formulación de los Planes Integrados de Salud. Posteriormente el Decreto 24/1991, de 23 de mayo, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, desarrolla la elaboración del Plan Riojano de Salud. Posteriormente el Decreto 7/1996, de 16 de febrero, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social sobre elaboración del Plan de Salud de La Rioja, actualiza los plazos y la estructura del Plan.

Este Plan ha permitido un conocimiento exhaustivo de los problemas y necesidades de salud de La Rioja, detec-

tando áreas susceptibles de mayor atención y ha facilitado la priorización de los problemas identificados, contribuyendo así a la mejora del proceso de toma de decisiones.

En resumen, el objetivo final del Plan de Salud de La Rioja es coordinar los recursos y actividades, en función de las necesidades, para elevar el nivel de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja desde la perspectiva de la salud comunitaria.

## 2. Análisis de la situación

Para la realización del Plan de Salud se constituyó una Comisión de trabajo. Los diferentes grupos de trabajo identificaron los siguientes problemas, que se presentan estructurados por áreas:

### 2.1. Medio ambiente físico.

- Contaminación por nitratos, usados en la agricultura, en aguas de consumo público (pozos y manantiales), de zonas vulnerables.

- Deficiente gestión de los sistemas de abastecimiento de aguas potables, en la mayoría de los núcleos de población.

- Falta de depuración suficiente de las aguas residuales en la mayoría de municipios.

- Ausencia de sistemas de vigilancia y control sanitario de la gestión de los residuos sólidos urbanos.

- Vertido incontrolado de los residuos industriales (tóxicos y peligrosos).

- Poco control de la administración de los plaguicidas y escasa formación de los aplicadores, en cuanto a manipulación correcta.

- Se desconoce la situación de la mayoría de los productos químicos. No hay programas de seguridad química.

- Se desconoce la situación de la contaminación atmosférica, el ruido y las radiaciones. No hay programas de vigilancia y control.

- Existen grandes superficies de suelo afectas por la erosión, y poca superficie arbolada, sobre todo próxima a los grandes núcleos de población (Alfaro, Arnedo, Calahorra, Logroño, ...).

- Falta de inspección de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas y escasa implicación de los Ayuntamientos en hacer cumplir la normativa.

- Contaminación de los alimentos por sustancias químicas, añadidas voluntariamente o involuntariamente en

las fases iniciales de la producción.

### 2.2. Demografía.

- Población envejecida

- Despoblación progresiva de algunas zonas de la Sierra

### 2.3. Area social.

- A pesar de la buena situación relativa de La Rioja dentro de nuestro país, en cuanto a la pobreza, existen grandes desigualdades comarcales entre el valle y la sierra, y se detecta un mayor distanciamiento entre el nivel de ingresos medios percibido por las familias riojanas situadas bajo el umbral de pobreza intermedia y el volumen de ingresos que define dicho umbral.

- La precariedad o inestabilidad en el empleo, así como el paro, inciden negativamente en la estructuración de la familia, que está funcionando como un colchón a estos efectos.

- Emergencia de nuevas necesidades sociales en la familia, como las toxicomanías, la inseguridad en el empleo, etc.

- Incremento de la demanda de cuidados geriátricos y de servicios a ellos ligados, principalmente en los mayores de 80 años.

- El cambio en la estructura familiar (familias monoparentales, familias sin descendencia, ...) y la incorporación de la mujer al mundo laboral son factores que modifican y disminuyen la incidencia de los mecanismos tradicionales de cuidado.

- Deficiente cobertura de la prestación de ayuda a domicilio para una población que registra un elevado grado de envejecimiento, superior al de la media nacional, y con un carácter rural y disperso geográficamente.

- Descoordinación de la prestación de ayudas a domicilio en sus aspectos sociales y sanitarios.

- Insuficiencia de plazas residenciales de calidad para ancianos asistidos y dificultad de reconversión de las existentes.

### 2.4. Estilos de vida.

#### Alimentación:

- Inexistencia de un estudio nutricional en La Rioja.

- Dieta Hiperlipídica.

• Si bien no se deduce del análisis efectuado, si es sabido que en el campo alimentario existe un gran desconocimiento y numerosas "ideas erróneas" muy vinculadas a factores culturales, por lo que es prioritaria la información y formación de la población a fin de orientar los hábitos alimentarios hacia pautas saludables.

#### **Salud laboral:**

• Necesidad de desarrollar un marco normativo adecuado a la salud laboral dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

• Se detecta como necesario un mayor grado de implicación del Gabinete de Seguridad e Higiene y Salud Laboral de La Rioja en la coordinación nacional de sus áreas competenciales. También es necesaria una mejor coordinación con el INSS e INSALUD en las áreas que son comunes, pudiéndose establecer acuerdos de colaboración.

• Es mejorable asimismo la relación con los servicios de Inspección (Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, Inspección del INSALUD, e incluso con otros servicios de la Comunidad Autónoma, como Epidemiología o Salud Ambiental). Resulta importante, en base a la nueva ley de Riesgos Laborales, establecer una relación más fluida con las Mutuas en materias como:

Unificación de criterios en la valoración técnica de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Reconocimientos médicos preventivos específicos a los trabajadores por riesgos.

Programas preventivos por grupos de riesgo que mejoren la salud de los trabajadores y reduzcan los gastos derivados de las pérdidas de salud.

Asesoría en la evaluación y vigilancia de riesgos específicos y protecciones colectivas y personales.

Programas de formación que capaciten a los gestores de la prevención en las empresas.

• Se considera necesaria la actualización, asesoría y colaboración con los servicios médicos de empresa, la asesoría y colaboración con los servicios de prevención, el apoyo técnico a comités de seguridad y salud, el asesoramiento en la negociación colectiva y la coordinación interdepartamental

• En los sectores de actividad sigue siendo necesario el mejor control posible de estos por parte del Gabinete de Seguridad e Higiene y Salud Laboral

• En riesgos con legislación específica sigue siendo prioritario su control.

• En relación con los accidentes de trabajo se debe mejorar la elaboración de los partes de accidentes de trabajo, y realizar planes sectoriales que provoquen una disminución de la accidentabilidad, sobre todo en los sectores donde la frecuencia y gravedad es mayor.

• Sigue siendo un problema el tratamiento de muchas enfermedades profesionales por el médico de cabecera con lo que no se llega a tener conocimiento de las mismas.

• Existe una gran necesidad de formación específica en salud laboral hacia trabajadores y empresarios. La formación en el sector prelaboral se considera asimismo insuficiente en la actualidad.

• También la Universidad de La Rioja debería implicarse en establecer módulos formativos en salud laboral en las especialidades universitarias que puedan tener relación con este tema.

• Los medios materiales existentes en formación son ampliamente mejorables, como son la biblioteca y los audiovisuales y sigue siendo importante poder seguir contando con los profesionales del Gabinete como profesores cualificados en estos temas.

#### **Toxicomanías y consumo de alcohol**

• Existe un aumento creciente en el consumo de drogas de "diseño" (derivados anfetamínicos) en población joven, que genera un incremento en la demanda de asistencia tanto en los servicios de urgencia como en ingresos en unidades psiquiátricas por psicosis tóxica.

• Existe un consumo elevado de alcohol, tanto esporádico como crónico, que parece desplazarse hacia edades jóvenes y que, como en el caso anterior, supone un aumento en la demanda asistencial. Tanto la frecuencia como la cantidad del consumo es mayor entre los varones que entre las mujeres.

#### **Accidentes de tráfico**

• Existe una elevada accidentalidad en las carreteras riojanas, productora de morbimortalidad, con un desplazamiento de la mortalidad por accidentes de tráfico hacia grupos etarios jóvenes y varones.

### **2.5. Sistema sanitario.**

#### **2.5.1. Atención sanitaria**

• Aproximadamente el 20% de la población de La Rioja está atendida por profesionales no integrados en EAP, a pesar de que estos profesionales trabajan en zonas reconvertidas.

• La presión asistencial en la consulta a demanda del médico general es elevada.

• Se observa un aumento importante de la frecuentación de la población en las consultas.

• La derivación de pacientes a consulta de especialista es mayor en los médicos del modelo tradicional.

• No existen Hospitales de mediana o larga estancia.

• No se dispone de especialidades de tercer nivel, lo que obliga al traslado de enfermos a otras comunidades.

• Concentración de la mayoría de las especialidades en Logroño.

• Disminución de la actividad quirúrgica, y sin embargo existen listas de espera.

• Hay un aumento significativo de la presión de urgencias.

• Se incrementan las urgencias hospitalarias que no precisan ingreso, muchas de las cuales corresponderían por lo tanto a la Atención Primaria.

### 2.6.2. Gasto farmacéutico.

• Excesivo gasto farmacéutico, generalmente bastante superior a las previsiones presupuestarias.

• Ausencia de un sistema de información sobre medicamentos objetivo e independiente, destinado a los profesionales sanitarios, para contribuir a una prescripción, dispensación y utilización más racional de los mismos.

• Inadecuada prescripción, dispensación y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y consumo excesivo y sin control por parte de los usuarios.

a) Prescripciones de medicamentos de bajo valor intrínseco farmacológico; o innecesarios por suplir medidas higiénico-dietéticas eficaces; o con alternativas más racionales, menos costosas y con más experiencia de uso; o conteniendo combinaciones a dosis fijas para tratamientos crónicos etc.

b) Dispensaciones sin exigencia de receta médica cuando se precisa (es decir, sin garantía de prescripción facultativa); o solicitadas por automedicación que carecen de control farmacéutico en relación con sus efectos secundarios, contraindicaciones e interacciones farmacológicas entre sí y con otros tratamientos a los que están sometidos los solicitantes. Ausencia de fichas de pacien-

tes en las Oficinas de Farmacia, lo que impide: el seguimiento de los tratamientos; la localización de los pacientes en tratamiento crónico cuando se precisa la sustitución de un envase por otro de diferente lote, por haber sido inmovilizado el primero por causas relacionadas con riesgo para la salud pública, disminución de la eficacia de la especialidad farmacéutica etc.

c) Falta de información al paciente sobre su tratamiento, tanto en el acto de prescripción como en el de dispensación, lo que genera con gran frecuencia un incumplimiento del mismo por desconocimiento.

d) Deficiente educación sanitaria de la población en materia de medicamentos que conduce a incumplimiento de los tratamientos, automedicación, polimedición y uso irracional de los medicamentos (accidentes laborales y de tráfico por automedicación y mezcla de medicamentos con alcohol y sustancias tóxicas, otras asociaciones peligrosas por sus efectos sinérgicos o antagónicos etc).

• Infranotificación de los efectos adversos que producen los medicamentos por parte de los sanitarios que los observan y resuelven, lo que disminuye la información sobre los mismos:

a) Desconocimiento de las relaciones entre los efectos adversos y los consumos elevados de grupos de fármacos o de fármacos concretos (nuevos, utilizados en nuevas patologías etc).

b) Desconocimiento de los efectos médicos, psicológicos y sociales del abuso de fármacos y otras sustancias tóxicas en la población general, escolar y en los pacientes.

• Atención farmacéutica a través de Oficinas de Farmacia de ubicación desigual en relación con la población que atiende, y cuya regulación y funcionamiento se rige por una legislación en su mayoría preconstitucional (que está generando su aplicación a través del contenido de multitud de sentencias que están sentando jurisprudencia) y muy alejada de la realidad española y de la Unión Europea.

• Ausencia de instalación para la destrucción de medicamentos y productos tóxicos caducados, algunos resistentes a los efectos del calor (mercurio), con el riesgo de contaminación medioambiental y de salud pública.

### 2.6. Mortalidad y Años potenciales de vida perdidos.

Debe profundizarse en el estudio de los siguientes aspectos:

- Mortalidad infantil. Análisis de causas
- Mortalidad por tumores: Hombres: Pulmón, próstata, estómago, colon y vejiga. Mujeres: Estómago, mama, colon, ovario y anexos, pulmón.
- Mortalidad por accidentes de tráfico
- Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio
- Mortalidad por sida
- Mortalidad por infarto
- Mortalidad por cirrosis

## 2.7. Morbilidad

Debe profundizarse en el estudio de los siguientes aspectos:

- Tuberculosis
- Sarampión, parotiditis y rubéola en la cohorte de 20 a 30 años
- Hidatidosis
- Tétanos
- Hepatitis (infradeclaración y aparición de nuevos tipos)
- VIH y sida
- Interrupción voluntaria del embarazo en adolescen-

tes

## 2.8. Morbilidad Hospitalaria

Debe profundizarse en el estudio de los siguientes aspectos:

- Son muy numerosas las causas mal definidas o mal codificadas.
- Las enfermedades del aparato digestivo suponen el primer problema en cuanto a la morbilidad que precisa hospitalización.

## 2.9. Equidad

Diferencias en mortalidad por lugar de residencia.

Debe profundizarse en el estudio de los siguientes aspectos:

- Análisis de la sobremortalidad por ZBS.
- Desconocimiento de las desigualdades por nivel socioeconómico.

Esta fase de análisis de la situación e identificación de problemas dio lugar al establecimiento de una serie de objetivos de salud, que serán presentados en un próximo Boletín Epidemiológico.

## EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Febrero 1997.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
6	82,10	5,80
7	90,17	4,66
8	89,00	6,16
9	86,69	5,02

(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 Febrero 1997.

- D. Jesús A. Llorente González (Médico Titular de Aguilar del Río Alhama).
- D.ª Juana María Aranda Yangüela (Médico Titular de Sorzano).
- 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 Febrero 1997.

- D. Agustín de Pablo Córdoba (Médico Titular de Villamediana de Iregua).

# DEFUNCIONES EN LA RIOJA\* - AÑO: 1996 - MES: AGOSTO - 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																			
II TUMORES	N.º 0,17																			
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N.º 0,02																			
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0,00																			
V TRASTORNOS MENTALES	N.º 0,03																			
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N.º 0,02																			
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N.º 0,22	1 0,08																		
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N.º 0,05																			
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N.º 0,05					1 0,05														
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N.º 0,00	1																		
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0,00																			
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N.º 0,00																			
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0,01															1 0,09				1 0,27
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 0,02																			
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N.º 0,02																			
TOTAL GENERAL - 08 - 1996	N.º 0,60	157 0,08	1			2 0,10	2 0,10	2 0,10	2 0,12	4 0,26	4 0,26	2 0,15	5 0,31	5 0,32	10 0,68	17 1,58	28 3,28	30 5,06	49 13,16	
TOTAL MUJERES - 08 - 1996	N.º 0,00	78 0,59				1 0,10	1 0,10	1 0,05	2 0,12			2 0,31	3 0,37	1 0,12	3 0,39	8 1,33	13 2,56	13 3,57	34 13,72	
TOTAL VARONES - 08 - 1996	N.º 0,00	79 0,61	1 0,16			1 0,10	1 0,10	1 0,19	2 0,22	4 0,50	4 0,50	2 0,25	2 0,25	4 0,52	7 1,01	9 1,89	15 4,34	17 7,45	15 12,05	

\* 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 6 a 9. 1997

ENFERMEDADES	SEMANA 6 2 al 8 de Febrero			SEMANA 7 9 al 15 de Febrero			SEMANA 8 16 al 22 de Febrero			SEMANA 9 23 de Febrero al 1 de Marzo			
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.
<b>ENF. INFEC. INTESTINALES</b>													
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
DISENTERIA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
TOXINFECCION ALIMENTARIA	0	3	☆	2	5	☆	0	0	1,00	0	5	0,00	0,71
OTROS PROCESOS DIARREICOS	328	2.311	0,95	387	2.698	1,20	0	309	0,98	3.007	313	1,18	1,17
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>													
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	3.549	25.610	0,94	3.813	29.423	1,05	0	3.445	1,01	32.868	3.276	1,10	1,07
GRIPE	660	8.566	0,84	510	9.076	0,88	0	334	0,64	9.410	274	1,04	0,65
NEUMONIA	29	238	1,00	26	264	0,92	1	33	0,91	297	28	1,21	1,21
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	4	16	2,00	2	18	2,00	0	3	1,00	21	3	2,33	2,18
<b>ENFERMEDADES EXANTEMATICAS</b>													
SARAMPION	1	2	1,00	0	2	0,00	0	0	☆	2	0	0,14	0,13
RUBEOLA	0	1	0,00	0	1	☆	0	1	1,00	2	0	0,50	0,50
VARICELA	25	159	0,62	19	178	0,37	9	0	0,15	187	24	0,57	0,52
ESCARLATINA	2	8	2,00	0	8	0,00	0	0	☆	8	2	0,88	1,00
<b>ZOONOSIS</b>													
CARBUNCO	0	1	☆	0	1	☆	0	0	☆	1	0	☆	☆
BRUCELOSIS	4	5	☆	0	5	0,00	0	0	0,00	5	0	1,25	1,25
HIDATIDOSIS	1	2	0,50	0	2	☆	0	0	☆	2	0	0,40	0,40
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
<b>ENF. DE TRANSMISION SEXUAL</b>													
SIFILIS	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
INFECCION GONOCOCICA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00	0	0	0,00	0,00
<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>													
INFECCION MENINGOCOCICA	0	6	☆	0	6	☆	0	0	☆	6	1	6,00	7,00
HEPATITIS VIRICAS	2	3	2,00	0	3	☆	0	3	0,75	6	2	1,00	1,00
FIEBRE REUMATICA	1	1	☆	0	1	☆	0	0	☆	1	0	☆	☆
PAROTIDITIS	0	5	☆	0	5	☆	0	0	2,50	5	6	2,50	2,20
TOSFERINA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00	0,00
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	1	1	☆	0	0	☆	1	0	☆	☆

☆ 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 quinquenio 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. FEBRERO 1997.

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	S. Román	Albelda	Torreçilla	Cenicero	Nájera	Sto. Domingo	Haro	Logroño	TOTAL *
<b>ENFERMEDAD</b>	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.	17.917 H.	11.500 H.	17.091 H.	128.331 H.	267.943 H.
FIEBRE TIFOIDEA														
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA													1,56	0,75
OTROS PROC. DIARREICOS	238,46	799,95	694,92	506,77	724,41	750,94	389,78	216,57	157,10	379,53	278,26	292,55	521,31	489,99
I.R.A.	2.640,10	7.409,35	5.627,71	3.942,90	7.151,66	5.381,73	4.544,70	5.630,75	6.972,81	5.151,53	5.095,65	6.049,97	4.986,32	5.255,97
GRIPE	664,28	472,10	820,23	494,41	755,24	250,31	713,22	703,84	700,91	580,45	200,00	479,78	743,39	663,57
NEUMONIA	17,03	78,68	22,78	12,36		125,16	16,59	54,14	120,85	22,33		46,81	53,77	43,29
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA										5,58		5,85	7,79	4,48
SARAMPION		6,56												0,37
RUBEOLA					15,41									0,37
VARICELA			3,80		46,24		8,29	108,28	24,17	33,49		5,85	47,53	28,74
ESCARLATINA			3,80										2,34	1,49
CARBUNCO														
BRUCELOSIS										11,16	8,70	5,85		1,49
HIDATIDOSIS										5,58				0,37
F. EXANTEMATICA MEDITERRANEA														
SIFILIS														
INFEC. GONOCOCICA														
INFEC. MENINGOCOCICA							8,29							0,37
HEPATITIS													5,45	2,61
FIEBRE REUMATICA				6,18										0,37
PAROTIDITIS					15,41								3,90	2,24
TOSFERINA														
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 Febrero de 1997.

Durante el mes de febrero de 1997 (semanas 6 a 9) cabe destacar la declaración de un caso de Leishmaniasis visceral en una mujer de 76 años de edad, de la localidad de Cervera del Río Alhama.

Por otro lado se produjo un fallecimiento por sepsis meningocócica de una niña de 15 meses de edad de la localidad de Lardero. No se pudo obtener muestra y el diagnóstico fue clínico.

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