



DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba  
e-mail: [ciipk@ipk.sld.cu](mailto:ciipk@ipk.sld.cu)

[ISSN- 2490626](#)

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

**Índice:**

**Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba.....01**  
**Mientras exista una variante en circulación como Omicron hay que prepararse.....02**  
**La OMS actualiza recomendaciones sobre mascarillas y tratamientos para COVID.....05**  
**OMS lanza un plan para acelerar desarrollo de más vacunas contra tuberculosis.....06**  
**Tablas:.....08**

**ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.**

Al cierre del día de ayer, 19 de enero, se encuentran ingresados 93 pacientes, sospechosos 42 y confirmados activos 51. En el día en Cuba para la COVID-19 se realizaron un total de 1002 muestras para la vigilancia, resultando positivas 18. Del total de casos (18), se reportan tres casos asintomáticos en el día, acumulándose un total de 147 mil 655 que representa el (13.3%) de los confirmados hasta la fecha. Del millón 112 mil 329 pacientes diagnosticados con la enfermedad, se

mantienen ingresados 51, de ellos con evolución clínica estable 50 (98.1%). Se acumulan 8 mil 530 fallecidos, letalidad de 0,77% vs 1,0% en el mundo y 1,54% en las Américas; dos evacuados y 57 retornados a sus países. En el día hubo 13 altas, se acumulan 1 millón 103 mil 689 (99,2%). Se reporta 1 paciente grave confirmado en los cuidados intensivos del país.



## MIENTRAS EXISTA UNA VARIANTE EN CIRCULACIÓN COMO ÓMICRON HAY QUE PREPARARSE.

**Enero 08/2023 (SINC).** Este epidemiólogo se presentó en la redacción neoyorkina de Nature para explicar por qué debían aceptar el estudio que había coordinado. Su estrategia funcionó, y la revista de referencia científica mundial acaba de publicar un artículo consensuado por casi 400 expertos de más de 100 países con recomendaciones prácticas para acabar con la amenaza del coronavirus que aún no ha terminado.

Algunos científicos insisten en que aún no debemos bajar la guardia contra el coronavirus, y la situación que vive China, que en los últimos meses ha sufrido oleadas de rebrotes atribuidas a la variante ómicron, les dan la razón. Entre los que opinan así, está Jeffrey V. Lazarus (San Francisco, Estados Unidos).

La carrera de este epidemiólogo incluye una década como experto en sistemas sanitarios, VIH y hepatitis víricas en la *Oficina Regional de la OMS para Europa* y tres años en el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y el paludismo (*FMSIDA*).

En la actualidad, ocupa los cargos de jefe del grupo de investigación en Sistemas de Salud y codirector del Programa de Infecciones Virales y Bacterianas de ISGlobal.

Lazarus vive a caballo entre Barcelona y Dinamarca, forma parte de la Comisión covid-19 de *The Lancet* y es autor, como investigador principal, de múltiples declaraciones de consenso mundial, la que parece su gran especialidad. Con una agenda apretada, atendió por teléfono a SINC desde Kuala Lumpur, en Malasia, donde ha asistido al reciente Congreso Internacional de Enfermedades Infecciosas para presentar un logro complejo en una sociedad polarizada: un nuevo consenso para zanjar, esta vez, la aún vigente amenaza que supone la covid-19 para la salud pública global.

En concreto, el también profesor asociado en la Universidad de Barcelona ha conseguido que 386 personas expertas de ámbitos académicos, sanitarios, gubernamentales y de ONG de 112 países y territorios consensuen 41 declaraciones y 57 recomendaciones prácticas, publicadas en *Nature*.

Para lograr el acuerdo, han utilizado una técnica de comunicación estructurada conocida en salud pública como método Delphi —denominación proveniente del oráculo de Delphos— que sistematiza las opiniones de grupos de expertos.

### ¿En qué consiste la metodología Delphi?

Proviene de los años 50 y 60 y es una metodología para establecer consensos. Hemos hecho tres rondas de votación y comentarios partiendo de una lista inicial de recomendaciones basadas en la evidencia. Hay pocas metodologías que te dejen llegar a un consenso y también representar una cantidad de desacuerdo. Esta ha sido una de las claves para unir a un grupo de casi 400 personas que no están de acuerdo en todo. En esta pandemia hay que reconocer que no estamos de acuerdo en todo ni los expertos, ni las autoridades, ni los gobiernos.

### ¿Valoramos los acuerdos?

Esta es la primera vez que la revista Nature publica como investigación original un estudio que utiliza esta metodología. Fui a su oficina en Nueva York desde España porque lo veían más como una opinión. Pero, tras explicarlo e investigarlo, decidieron que es una metodología rigurosa y científica como cualquier otra y, de hecho, muy importante para utilizar durante la pandemia. Me gustaría ver que se hace eso a nivel de España, con 300 o 500 expertos, consensuando qué vamos a hacer si hay nuevas mutaciones o problemas con el sistema sanitario.

Sería todo un reto, ¿no?

Si lees el artículo, cada recomendación recoge el porcentaje de gente que está de acuerdo y en desacuerdo. Por ejemplo, en septiembre un grupo de personas publicamos una serie de recomendaciones en *The Lancet*, que han tenido también mucha repercusión, pero no todos estábamos de acuerdo en todas ellas. En un artículo típico como ese se discuten las recomendaciones en la discusión, pero no se explica que hay autores que no están de acuerdo, lo que ha ocurrido con frecuencia.

**¿Por ejemplo?**

Llevar mascarillas en la calle en España: ni todos en el Gobierno, ni todos los especialistas en el Carlos III, ni todos los expertos estaban de acuerdo. De hecho, probablemente una gran mayoría no estaban de acuerdo porque esa recomendación no estaba basada en la evidencia. Simplemente fue: “eso es lo que vamos a hacer y no hay espacio para el desacuerdo”. Es lo que, para mí, ha contribuido a la pérdida de confianza en las autoridades y en la ciencia. Así que la metodología Delphi ha sido muy útil porque los autores pueden firmar sabiendo que se informa del porcentaje de desacuerdo. Dicho esto, hemos tenido un nivel de acuerdo muy alto que ha ido subiendo en cada ronda porque hemos tenido reuniones para hablar sobre las diferencias y ajustar el texto.

Estaría bien aplicar esta metodología a muchos ámbitos de la política en general.

Sí, yo primero estudié Ciencias Políticas en Georgetown y luego accedí al ámbito de la salud y obtuve mi doctorado en Salud Pública. La veo muy útil y por eso la he utilizado también para para llegar a acuerdos sobre el hígado graso o el VIH. Sería muy bonito en España tener un consenso sobre lo que vamos a hacer en esta pandemia.

¿Qué nivel de debate habéis tenido?

Hemos recibido más de 5 000 comentarios escritos en las tres rondas. Han sido anónimos, por lo que no hay presión de colegas para decir algo muy inteligente o para no atreverse a estar en contra, la gente puede decir lo que quiere. Ni siquiera yo he visto de quién vienen los comentarios, había un grupo externo que ha manejado los datos para asegurar que todo estaba bien.

Ahora percibimos un escaso riesgo y las restricciones que quedan en España y en Occidente son mínimas. ¿Tiene que seguir preocupándonos la pandemia?

Mientras haya una variante como ómicron en circulación y mutando, hay que preocuparse. No para no poder salir de casa, pero hay que preocuparse y, sobre todo, hay que prepararse. No es lo mismo y la gente se confunde. A mí me gustaría saber dónde está el plan y la estrategia española contra la pandemia, un plan comprensible. Hay un plan nacional de la hepatitis, un plan del VIH, ¿dónde está el plan para acabar con la

pandemia del coronavirus que indique que en tal situación tenemos que hacer esto o lo otro?

Por ejemplo, ahora en Cataluña debemos usar mascarillas en el transporte público, ¿hasta cuándo? Y, si empeora la situación, ¿cuál es el siguiente paso? La población no sabe. Hemos hecho estas recomendaciones para ayudar a los políticos a tomar decisiones racionales y a hacer un plan. Y no uno de esos planes de 150 o 200 páginas, puede ser más breve, pero explicando qué hacer, cuándo y por qué. Y todo basado en la evidencia.

Pedís un abordaje integral de toda la sociedad y todo el Gobierno. ¿Cómo se implica a ambos cuando la pandemia ya casi parece agua pasada?

Se puede hablar del *covid persistente*, del riesgo de mutaciones, se puede demostrar que todavía hay mucha gente que está en el hospital, que está muriendo. Pero tampoco es necesario que sea tan, tan serio para prepararse por si empeora la situación. España no puede ser reactiva, tiene que ser proactiva. El Gobierno tiene un grupo de expertos que no se ha reunido en los dos últimos meses, me extraña mucho.

**¿Qué crees que están haciendo ahora las autoridades?**

Confiar en la suerte de que no vaya a empeorar la situación. Si empeora, no sabemos qué van a hacer. Hay que mejorar la ventilación, hay que ayudar a las poblaciones más vulnerables y marginalizadas a tener mascarillas de buena calidad, etc.

**¿Es posible combatir la información falsa?**

El problema de la información falsa no ha sido tan grande en España como en otros países.

Pero sí hemos tenido problemas para llegar a las comunidades marginalizadas. Por ejemplo, la unidad móvil sanitaria de Madrid que se desplaza cada día a la Cañada Real ha llegado con vacunas, pero hemos tenido que solicitarlas varias veces y pagar el proyecto con fondos privados para vacunar a gente muy vulnerable. Quizás algunos digan, ¿qué nos importa la gente pobre en la Cañada Real? Pues si desarrollan covid, nos afecta a todos. Y eso lo pudimos hacer a través de gente de confianza, los médicos del Hospital Infanta Leonor de Madrid.

Hemos ido a mezquitas, a centros religiosos, hay que hablar y tener confianza con las ONG y colaborar con ellas para llegar a las poblaciones con peor acceso al sistema sanitario.

Muchas personas con problemas crónicos han sido desatendidas, ¿cómo se fortalece el sistema sanitario para que esto no vuelva a ocurrir?

El sistema sanitario español es uno de los mejores en el mundo, pero es también un poco viejo. Hay una tribuna muy interesante de Javier Crespo [jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla], que explica qué tiene que modernizarse. Hay que utilizar más la salud digital para, en una pandemia infecciosa, minimizar los riesgos. También hemos destacado la importancia de fortalecer la atención primaria. España ha sido muy lenta para permitir vender test de covid al público, no ha dejado vacunarse en las farmacias... Hay que utilizar todo el sistema sanitario. España también tiene problemas habituales para informar de las cifras. Lo hizo mal y bastante peor que muchos países en cuanto a los números de infectados o el número de muertos. Por ejemplo, el fin de semana no se informa y el lunes parece que hay menos.

Respecto a las estrategias de vacunación, planteáis un abordaje que denomináis vaccine plus. ¿A qué os referís?

España ha hecho bien la vacunación, pero empezó muy tarde. En 2021, cuando no se quería vacunar en la fiesta de Reyes o los domingos, la gente estaba muriendo. Hemos sufrido muchísimo por esa decisión. Luego se llegó a porcentajes muy altos de personas vacunadas, pero el Gobierno siempre ha hablado de vacunar como si eso fuera a terminar todo. La vacuna protege contra los síntomas severos, contra la mortalidad y evita acabar en el hospital, pero no es efectiva al 100 %. El plus significa que hay que hacer más: ventilar mejor, filtrar el aire, dar mascarillas gratis a la gente no tenga acceso a ellas, dar ayudas a los que no puedan quedarse en casa para no perder sus ingresos, etc. Ese abordaje puede reducir bastante la carga de enfermedad.

### **Un abordaje de prevención muy amplio**

Sí, mucho más amplio. Toda la sociedad, todos los departamentos del Gobierno. ¿Cuántas veces ha salido solo Fernando Simón [director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y portavoz del Ministerio de Sanidad durante la pandemia]? En Dinamarca, su epidemiólogo de referencia nunca sale solo, sale con ministros que hablan a la gente, porque son sus representantes. Mientras, en España, solo salía un epidemiólogo. Yo soy epidemiólogo, pero no sé de todo. De hecho, sé que no sé todo y por eso tengo más de 380 coautores. Fui a los mejores cuando tenía preguntas, nadie debe tener miedo de pedir ayuda. Mi grupo de expertos se ha reunido muchísimo más que el grupo español de expertos que asesoraba al Gobierno sobre la pandemia. Y no hemos recibido fondos para hacer este estudio que ha durado más de un año.

### **¿Ninguna financiación?**

No hemos buscado fondos, no hemos recibido fondos. Queríamos hacerlo nosotros, y no con ayuda de una farmacéutica o un gobierno. Si un grupo de voluntarios se puede reunir cada día y el grupo grande cada semana o cada mes, también puede hacerlo en España un grupo de expertos y tener un documento de calidad y explicarlo. Yo estoy en Malasia para presentarlo ahora a 1 700 personas en el plenario del Congreso Internacional de Enfermedades Infecciosas.

Sobre la tecnología sanitaria, los tratamientos o las vacunas, mencionáis que habría que facilitar una transferencia tecnológica para países con ingresos medios y bajos, ¿cómo hacerlo, teniendo en cuenta la resistencia de la industria?

No solo se trata de producir, las vacunas también tienes que distribuirlas. La clave no es la producción fuera, es producir suficientes dosis de forma rápida y hacerlas llegar a los países que lo necesitan. En España no pudimos recibir la vacuna de Pfizer al principio porque no teníamos neveras suficientes para mantenerlo a -70°C. Si Moderna da toda la información a un país de bajos ingresos mañana, no lo van a poder producir. Producir una vacuna es muy complicado.

**¿Tendríamos que ser capaces de poder hacer cosas en diferentes lugares del mundo?**

Sí, igual que con las mascarillas. Al principio, España no tenía mascarillas y estaba esperándolas de China. España tenía gel. No sé cómo teniendo al dueño de Inditex en Galicia, no pudimos producir mascarillas. No tuvimos respiradores hasta que SEAT nos ayudó. Así que no podemos concentrar la producción en ciertos países y tampoco la de vacunas.

**La pandemia no nos ha afectado por igual, ¿cómo evitamos las inequidades?**

Hay que hacer caso a las poblaciones marginalizadas. En la Cañada Real no tuvieron lo necesario hasta que no llegaron los médicos del Hospital Infanta Leonor. Con los migrantes que no tienen acceso al sistema de salud en Cataluña, la ayuda no llegó hasta

que se desarrollaron proyectos que actuaron colaborando con los líderes de esas comunidades. No podemos estar satisfechos porque el 90 % de la población esté vacunada o no tenga covid porque eso quiere decir que un 10 % lo tiene.

Y eso siempre está relacionado con gente marginalizada, vulnerable, sin techo, usuarios de drogas, etc. Tenemos que colaborar más con las ONG y prepararnos para llegar a todos los que lo necesitan.

Hay gente que no puede pagarse un billete de autobús para llegar al centro de vacunación, tenemos que ir a ellos. Lo hemos demostrado en Barcelona y en Madrid, pero tenemos que estar preparados porque llegamos muy tarde y ya había gente enferma y sufriendo.

También a nivel mundial: las medicinas contra la covid todavía no son accesibles en ciertos países.

**LA OMS ACTUALIZA RECOMENDACIONES SOBRE MASCARILLAS Y TRATAMIENTOS PARA COVID.**

Novedades de las directrices de la OMS sobre el uso de mascarillas los tratamientos y la atención a los enfermos de COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto al día sus directrices sobre el uso de mascarillas por la población, la atención clínica y los tratamientos contra la COVID-19, como parte de un proceso continuo de revisión y en consulta con grupos de expertos independientes e internacionales que redactan estas directrices teniendo en cuenta las pruebas más recientes y las tendencias epidemiológicas.

**Las mascarillas continúan siendo útiles para prevenir la COVID-19**

La OMS continúa recomendando llevar mascarilla en determinadas situaciones. Habida cuenta de que la COVID-19 se está propagando en todo el mundo, en estas recomendaciones se recomienda usar mascarilla en determinadas situaciones, con

**independencia** de la situación epidemiológica local. Se recomienda a las personas expuestas recientemente al virus causante, a las que tengan o sospechen que tienen COVID-19, a las que corran un riesgo elevado de presentar síntomas graves de esta enfermedad y a todas aquellas que deban estar en lugares abarrotados, cerrados y con mala ventilación. Hasta el momento, las recomendaciones de la OMS se basaban en la situación epidemiológica.

Al igual que en las recomendaciones anteriores, la OMS afirma que puede ser conveniente llevar mascarilla en otras situaciones, en función de la evaluación de los riesgos. En este sentido, se deben tener en cuenta factores como las tendencias epidemiológicas o el aumento de las hospitalizaciones a nivel local, la cobertura vacunal, la inmunidad de la población y las características del lugar o el evento.

### **Menos tiempo de aislamiento para los pacientes**

La OMS afirma que se puede dar **el alta** en poco tiempo a un paciente si da negativo en una prueba rápida de detección de antígenos de la COVID-19.

Asimismo recomienda que, si no se realizan pruebas, la persona se debe aislar durante **10 días** contados a partir del primero en que haya tenido síntomas. Hasta ahora, se recomendaba añadir a 3 días más a esos 10, contados a partir del último con síntomas.

Para las personas que den positivo en la prueba de detección pero no presenten signos y síntomas de la enfermedad se recomiendan 5 días de aislamiento sin necesidad de realizar más pruebas. Hasta ahora, en estos casos se recomendaban 10 días.

De acuerdo con la evidencia examinada por el grupo de elaboración de las directrices, la transmisión a partir de infectados sin síntomas es mucho menos probable. Aunque la evidencia al respecto no es concluyente, se ha observado que, si a los infectados con síntomas se les da de alta a los cinco días del inicio de estos, transmiten tres veces más el virus que si se hace a los 10 días.

### **Revisión de los tratamientos contra la COVID-19**

La OMS ha ampliado su recomendación firme de prescribir una combinación de nirmatrelvir y ritonavir (de nombre comercial Paxlovid®). Las **mujeres gestantes o que amamanten**, si no presentan síntomas graves

de COVID-19, deben consultar a su médico para saber si pueden tomar este medicamento, teniendo en cuenta los beneficios que puede aportar y la aparente ausencia de efectos secundarios.

La OMS recomendó por primera vez la combinación de **nirmatrelvir y ritonavir** en abril de 2022. Actualmente recomienda firmemente que la tomen los pacientes con COVID-19 leve o moderada si forman parte de un grupo de alto riesgo. En diciembre de 2022, la OMS precalificó el primer genérico de este medicamento.

Además, tras examinar la evidencia disponible sobre otros dos medicamentos (sotrovimab y la combinación casirivimab-imdevimab), la OMS mantiene su recomendación firme de no prescribirlos para tratar la COVID-19, puesto que estos anticuerpos monoclonales tienen una actividad baja o nula contra las variantes que circulan en este momento.

En la actualidad hay seis opciones terapéuticas de eficacia demostrada contra esta enfermedad; tres de ellas previenen la hospitalización en las personas con riesgo elevado y tres que pueden salvar la vida a los pacientes con síntomas graves o en estado crítico. Con excepción de los corticosteroides, el acceso a estos medicamentos es **insuficiente** a nivel mundial.

Fuente: WHO WHO updates COVID-19 guidelines on masks, treatments and patient care

## **OMS LANZA UN PLAN PARA ACELERAR DESARROLLO DE MÁS VACUNAS CONTRA TUBERCULOSIS.**

Busca establecer un Consejo para facilitar la concesión de licencias. Se inspiraron en la experiencia de la Covid-19 y el esfuerzo para buscar soluciones.

El impacto adverso de la pandemia de Covid-19 en los servicios de tuberculosis ha puesto de relieve **la urgencia de los esfuerzos por desarrollar vacunas**. Frente a este escenario, el DR. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anunció el 17 de enero el **plan de establecer un nuevo Consejo de**

**Aceleración de las Vacunas contra la Tuberculosis** en una mesa redonda de alto nivel sobre esta enfermedad celebrada en el Foro Económico Mundial.

El Consejo **facilitará la concesión de licencias y el uso de vacunas innovadoras eficaces contra la tuberculosis** impulsando el alineamiento de alto nivel entre financiadores, organismos mundiales, gobiernos y usuarios finales para identificar y superar los obstáculos al desarrollo de vacunas contra la tuberculosis.

“Una de las lecciones más importantes de la respuesta a la pandemia de Covid-19 es que las intervenciones de salud innovadoras se pueden llevar a cabo con rapidez si se les da prioridad política y se financian adecuadamente”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.

“Los retos que plantean la tuberculosis y la Covid-19 son diferentes, pero los ingredientes que aceleran la ciencia, la investigación y la innovación son los mismos: inversión pública urgente y anticipada, apoyo de la filantropía y participación del sector privado y las comunidades. Creemos que el ámbito de la tuberculosis se beneficiará de una coordinación de alto nivel similar”, agregó.

Desde la OMS advierten que a pesar de que los países se han comprometido firmemente a poner fin a la tuberculosis para 2030, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y la declaración política de 2018 sobre la lucha contra la tuberculosis, **la epidemia no muestra signos de desaceleración**. En 2021, aproximadamente **10,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,6 millones murieron**. La farmacorresistencia sigue siendo un problema importante, ya que cerca de medio millón de personas desarrollan tuberculosis farmacorresistente cada año.

La vacuna BCG es actualmente la única vacuna autorizada contra la tuberculosis.

Aunque ofrece una eficacia moderada en la prevención de formas graves de tuberculosis en lactantes y niños pequeños, no protege

adecuadamente a los adolescentes y adultos, que representan cerca del 90% de las transmisiones de tuberculosis en el mundo.

En un reciente estudio encargado por la OMS y titulado *An investment case for new tuberculosis (TB) vaccines*, se estima que, a lo largo de 25 años, una vacuna con una eficacia del 50% en la prevención de la enfermedad entre adolescentes y adultos podría evitar hasta 76 millones de nuevos casos de tuberculosis, 8,5 millones de muertes, 42 millones de tratamientos con antibióticos y US\$ 6500 millones en costos para los hogares afectados por la tuberculosis, especialmente los más pobres y vulnerables.

Una vacuna con una eficacia del 75% podría evitar hasta 110 millones de nuevos casos de tuberculosis y 12,3 millones de muertes. El estudio sugiere además que cada dólar invertido en una vacuna con una eficacia del 50% podría generar un rendimiento económico de US\$ 7 dólares en forma de costos sanitarios evitados y aumento de la productividad.

A finales de este año, los Jefes de Estado y de Gobierno se reunirán en una segunda reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis para examinar los progresos realizados en relación con los compromisos asumidos en la declaración política de 2018. Esto presenta una oportunidad importante para corregir los retrocesos en la respuesta a la tuberculosis, lo que incluye el desarrollo y la entrega urgentes de nuevas vacunas contra la tuberculosis.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/01/23**

| ENFERMEDADES           | EN LA SEMANA |       | ACUMULADOS |       | TASAS    |          |
|------------------------|--------------|-------|------------|-------|----------|----------|
|                        | 2022         | 2023  | 2022       | 2023  | 2022     | 2023*    |
| FIEBRE TIFOIDEA        | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| SHIGELLOSIS            | -            | 2     | -          | 2     | 0.69     | 0.69**   |
| D. AMEBIANA AGUDA      | -            | -     | -          | -     | 0.13     | 0.13**   |
| TUBERCULOSIS           | 7            | -     | 7          | -     | 5.45     | 5.45**   |
| LEPRA                  | 1            | 1     | 1          | 1     | 1.22     | 1.23     |
| TOSFERINA              | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| ENF. DIARREICAS AGUDAS | 1940         | 1278  | 1940       | 1278  | 1256.47  | 835.71   |
| M. MENINGOCÓCCICA.     | -            | -     | -          | -     | 0.04     | 0.04**   |
| MENINGOCOCCEMIA        | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| TÉTANOS                | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| MENINGITIS VIRAL       | 11           | 23    | 11         | 23    | 8.73     | 18.42    |
| MENINGITIS BACTERIANA  | 3            | 2     | 3          | 2     | 1.80     | 1.21     |
| VARICELA               | 122          | 158   | 122        | 158   | 69.69    | 91.13    |
| SARAMPIÓN              | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| RUBÉOLA                | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| HEPATITIS VIRAL        | 12           | 15    | 12         | 15    | 15.16    | 19.14    |
| PAROTIDITIS            | -            | -     | -          | -     | -        | ._**     |
| PALUDISMO IMPORTADO    | -            | -     | -          | -     | 0.12     | 0.12**   |
| LEPTOSPIROSIS          | -            | -     | -          | -     | 0.89     | 0.89**   |
| SÍFILIS                | 47           | 68    | 47         | 68    | 66.14    | 96.61    |
| BLENORRAGIA            | 22           | 18    | 22         | 18    | 16.44    | 13.58    |
| INFECC. RESP. AGUDAS   | 87874        | 32432 | 87874      | 32432 | 26867.25 | 10011.75 |

**Fuente:** EDO PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES.

\*TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

\*\* LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

**Comité Editor**

|   |  |
|---|--|
| <b>DIRECTOR:</b> Dr. Manuel E. Díaz González.                 | <b>JEFES DE INFORMACIÓN:</b>   |
| <b>EDITOR:</b> DrC. Belkys Maria Galindo Santana.             | MsC. Carlos Luis Rabeiro Martinez                                      |
| <b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> Téc. Irene Toledo Rodríguez | DrC. Gilda Teresa Toraño Peraza<br>Dra. Suset Isabel Oropesa Fernández |

Teléfono; (53-7) 2807625 y 2553205 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet: <http://instituciones.sld.cu/ipk>