



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

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

ISSN 1028-5083

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

## Índice

|  |            |
|--|------------|
| <b>De estudios piloto hacia la institucionalización de estrategias participativas en el control de <i>aedes aegypti</i>.....</b> | <b>193</b> |
| <b>Brasil refuerza controles contra gripe A(H1N1).....</b>   | <b>196</b> |
| <b>Influenza, H1N1, muertes, aumento marcado – Argentina.....</b>  | <b>197</b> |
| <b>Saludos y Bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK.....</b>  | <b>198</b> |
| <b>Tablas:.....</b>  | <b>199</b> |

## DE ESTUDIOS PILOTO HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS EN EL CONTROL DE *Aedes Aegypti*.

Lic. Dennis Pérez, Dra. Marta Castro y Lic. Lizet Sánchez.  
Epidemiología. IPK.

En los últimos años se ha destacado en la literatura científica la brecha existente entre el conocimiento alcanzado sobre la efectividad de determinadas intervenciones de salud y su puesta en práctica. Existe un amplio consenso sobre el poco uso que se hace del conocimiento científico acumulado para mejorar los resultados de salud alcanzados en la práctica diaria. Sin embargo, muchos autores aclaman por ello<sup>1</sup>. Especialmente, cuando se trata de las estrategias participativas para el control del *Aedes aegypti* en el escenario cubano, a pesar del conocimiento acumulado basado en evidencia científica sobre la efectividad de estas estrategias<sup>2-6</sup>, aún falta claridad de

cómo trascender la implementación a pequeña escala para que el Programa de Erradicación de *Aedes aegypti* pueda incorporar estas estrategias en sus acciones de rutina<sup>7</sup>.

No obstante los más recientes conocimientos teóricos-prácticos alcanzados<sup>8</sup> y las lecciones aprendidas sobre la replicabilidad de una estrategia participativa desde la concepción de la Educación Popular<sup>9,10</sup>, muchas preguntas quedan aún por responder: ¿Qué acciones, estructuras, organizaciones, actores, habilidades, aprendizajes y recursos serían necesarios para implementar esta experiencia a escala nacional?

Evidentemente la realidad y las demandas de la situación epidemiológica con relación al dengue evolucionan mucho más rápido que los avances en el conocimiento científico. A raíz de los más recientes brotes epidémicos de dengue en varias provincias del país, el MINSAP y la Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial solicitó al Instituto Pedro Kourí y a otras instituciones la elaboración de propuestas para el escalado de experiencias pilotos de participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti* de probada efectividad. El Plan de Reordenamiento de la Campaña y, posteriormente, el Programa de Sostenibilidad, fueron el resultado de este proceso. El término *institucionalización* comenzó a ser manoseado por investigadores, expertos en la temática y decisores de salud y de gobierno. La institucionalización ha sido usualmente definida como el proceso de ajuste mutuo que ocurre entre una innovación (estrategia participativa propuesta) y una organización receptora (el Programa de Erradicación de *Aedes aegypti*). El mayor nivel de institucionalización se alcanza cuando la innovación pierde su identidad propia y forma parte de las actividades de rutina de dicha organización<sup>11,12</sup>.

La institucionalización permite promover formalmente la estrategia participativa propuesta y establece guías para los profesionales de salud involucrados en el control de *Aedes aegypti* con el propósito de garantizar una amplia y consistente adopción de la misma<sup>13</sup>. Sin embargo, como para cualquier innovación habría que tener en cuenta que: un solo individuo/organización no sería responsable de institucionalizar la estrategia; la misma debería ser

modificada y/o reinventada para adecuarse a las necesidades de aquellos que hicieran uso de ella; y que las consecuencias/resultados del paso de micro a macro implementación no podrían ser anticipados sino estudiados y corregidos durante el propio proceso<sup>14,15</sup>.

También habría que enfrentar los retos específicos para la institucionalización de estrategias participativas tales como: que deberían definirse los componentes esenciales de la estrategia sin los cuales no se alcanzarían los resultados deseados en términos de participación y mucho menos en términos de reducción de la infestación por *Aedes aegypti*; que en el proceso deberían establecerse procedimientos adecuados, esto es, hacer uso de paradigmas centrados en la participación; y que debería estudiarse la fidelidad en la implementación de la estrategia para corregir las dificultades encontradas en la práctica concreta.

Puede decirse que las estrategias participativas para el control de *Aedes aegypti* basadas en la Educación Popular se encuentran en un momento muy favorable para su aplicación a lo largo de todo el país. No obstante, se corre el riesgo de que las pretensiones de estandarizar la propuesta la conviertan en una *receta* y deje de ser esencialmente y éticamente participativa. Por eso otro reto inmediato es lo que Kahssay y Oakley<sup>16</sup> denominan la "*institucionalización del pensamiento participativo*"; esto implica que se produzca, por parte del Programa de Erradicación de *Aedes aegypti* y sus profesionales, un verdadero aprendizaje de los valores, principios y concepciones que subyacen a la estrategia participativa propuesta, para su posterior generalización.

## Referencias

1. Fixsen D.L. Naoom S.F. Blase K.A. Friedman R.M. Wallance F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South of Florida.
2. Sanchez L. Pérez D. Pérez T *et al.* (2005) Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot project in Havana City, Cuba. *Tropical Medicine and International Health* 10, 82-91.
3. Toledo, M. E., Vanlerberghe, V., Baly, A., Ceballos, E., Valdes, L., Searret, M., et al. (2007). Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101, 56-63.
4. Sánchez, L., Pérez, D., Alfonso, L., Castro, M., Sánchez, L. M., Van der Stuyft, P. et al. (2008). Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 61-69.
5. Vanlerberghe V. Toledo M.E. Rodríguez M. Gómez D. Baly A. Benitez J.R. Van der Stuyft P. (2009). Community involvement in dengue vector control: cluster randomized trial. *British Medical Journal*, 338:b1959 doi:10.1136/bmj.b1959.
6. Díaz D. Torres Y. de la Cruz A.M. Álvarez A.M. Piquero M.E. Valero V. Fuente O. (2009). Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 59-70.
7. Toledo Romaní M.E. Vanlerberghe V. Pérez D. Lefèvre P. Ceballos E. Bandera D. Baly A. Van der Stuyft P. (2007). Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Soc. Sci. Med.* 64, 976-88.
8. Pérez D. Lefèvre P. Romero M.I. Sánchez L. Vos P. Van der Stuyft P. (2009). Augmenting frameworks for appraising practices of community-based health interventions. *Health Policy and Planning*. doi:10.1093/heapol/czp028.
9. Castro M. Pérez D. Pérez K. Polo V. López M. Sánchez L. Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del dengue. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 2008, 60, 83-91.
10. Pérez P. Sánchez L. Castro M. López M. Freyre B. Inerárity C. Zabala M.C. (2009). Práctica-teoría-práctica transformada de una experiencia de participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*. *Revista Cubana de Medicina Tropical* (Accepted).
11. Goodman R. M. & Steckler A. B. (1989). A framework for assessing program institutionalization. *Knowledge in Society*, 2, 57-71.
12. Shediak-Rizkallah M.C. & Bone L.R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ. Res.* 13, 87-108.
13. Oldenburg B.F. Sallis J.F. Ffrench M.L. & Owen N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121-130.
14. Rice R.E. & Rogers E.M. (1980). Reinvention in the innovation process. *Science Communication*, 1, 449-514.
15. Rogers E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5th ed). London: Free Press.
16. Kahssay H.M. Oakley P. (eds) (1999). *Community involvement in health development: A review of the concept and practice*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

### BRASIL REFUERZA CONTROLES CONTRA GRIPE A(H1N1)

**Brasilia, junio 25/2009 (AFP).** El Ministerio de Salud de Brasil reforzó las medidas de control contra el virus A(H1N1) luego que el número de contaminados se triplicó en una semana, a 399 personas, y escuelas en varios puntos del país adelantaron las vacaciones de más de 15 000 alumnos para evitar nuevos casos.

"El número se triplicó porque con la llegada del invierno al hemisferio sur aumentan naturalmente los casos de influenza, y así la gripe A(H1N1) encuentra un ambiente más propicio para la contaminación", dijo este jueves a la AFP una fuente del Ministerio de Salud. El pasado viernes el Ministerio había confirmado 131 casos de la gripe A, pero a partir de ese día el número de casos se disparó para quedar al borde de los 400, número que será superado rápidamente porque las autoridades acompañan 310 casos sospechosos. Esa cartera había recomendado a inicios de esta semana a personas mayores de 60 años, niños o personas en tratamiento médico, que posterguen viajes a Argentina y Chile, aunque este jueves amplió esa lista sugiriendo evitar también viajes a Estados Unidos, Canadá, México y Australia.

La fuente, sin embargo, descartó que el súbito aumento en el número de casos en Brasil en la última semana esté relacionado con el descubrimiento de una nueva cepa autóctona del virus de la gripe A(H1N1), que fue denominado virus A/Sao Paulo/1454/H1N1. "Esa cepa, de acuerdo a los estudios bacteriológicos, es 99% parecida a la cepa californiana. Los estudios no muestran que la presencia de esa cepa esté ligada al aumento del número de casos", dijo. En cambio, uno de los factores para la multiplicación de pacientes de la enfermedad puede ser hallado "en el aumento de los casos en países limítrofes, en particular Argentina y Chile, que tienen inviernos más rigurosos y por eso están más expuestos", añadió el informante, que pidió el anonimato. Para el especialista José Neto, de la Secretaría de Salud de Río de Janeiro,

el aumento de los casos "se debe a una estacionalidad. Existe una temporada en que el virus circula con más intensidad. Es parte de la biología de ese virus, por eso este aumento era de alguna forma esperado".

No obstante, agregó, la enfermedad "no tiene una letalidad que justifique ningún tipo de pánico".

Según las cifras del Ministerio, de los 399 casos confirmados hasta la noche del miércoles, en nada menos que 119 personas el "sitio de probable infección" fue Argentina, contra apenas 57 en los que aparentemente esa contaminación ocurrió en Estados Unidos.

Entre las medidas de refuerzo de la vigilancia, Brasil decidió adoptar una Declaración de Salud del Viajante, a ser presentada por todas las personas que ingresan al país, y el aumento del personal de control aduanero, en especial en las fronteras terrestres con países sudamericanos.

Así, en los aeropuertos pueden constatarse funcionarios con máscaras sanitarias que entregan a los viajeros que arriban a Brasil formularios para seguimiento durante su permanencia en el país, reportaron periodistas de la AFP. En ese escenario, escuelas en diversos puntos del país en las que se detectaron casos de gripe A(H1N1) decidieron adelantar el inicio de las vacaciones y más de 15 000 alumnos en los estados de Río de Janeiro, Sao Paulo, Río Grande do Sul y Minas Gerais quedaron sin clases. Uno de los más tradicionales colegios de Río de Janeiro, el Santo Inácio, donde se registraron dos casos, cerró sus puertas y mandó a sus 4900 alumnos a casa, inicialmente por una semana, en una decisión en parte motivada por la fuerte presión ejercida por los padres de esos estudiantes.

Tres laboratorios especializados son responsables por el análisis de las muestras correspondientes a los 310 casos sospechosos. Hasta el momento, 677 casos fueron descartados.

## INFLUENZA, H1N1, MUERTES, AUMENTO MARCADO - ARGENTINA

Tomado de: <<http://www.promedmail.org>>

Siete muertos más en el término de 24 horas se sumaron a la lista de víctimas fatales de la influenza porcina en Argentina.

Ya son 17 los fallecimientos por causa del virus H1N1, concentrados en la ciudad de Buenos Aires y el cinturón suburbano alrededor de la capital. El fuerte incremento de casos fatales hizo elevar la alerta sanitaria este martes.

El ministro de Salud bonaerense, Claudio Zin, anunció que los hospitales postergarán todas las cirugías que no tengan carácter urgente, con el fin de liberar camas, equipamiento y personal médico para atender a pacientes de la influenza. Hasta ayer, había más de 330 de ellos internados en centros de salud de todo el país, 75 en estado grave.

Asimismo, el funcionario anticipó que convocarán a médicos jubilados y estudiantes avanzados de medicina para cubrir guardias de emergencia, ante una situación que parece haber llevado al sistema sanitario al borde de su capacidad.

A ello se suma un operativo de hospitales móviles, y la decisión de descentralizar la entrega de los medicamentos antivirales con los que se trata la infección, que hasta ahora sólo se hacía en tres centros públicos de Buenos Aires.

El ministro Zin reconoció que podría registrarse una "sobredemanda hospitalaria", cuando, con el recrudecimiento del invierno en el Cono Sur, a los casos sospechosos de influenza porcina se sumen los afectados por la influenza estacional.

Argentina está así cuarta en la lista de países con mayor número de muertes por este mal, detrás de los países de América del Norte –

Canadá, Estados Unidos y México-, la región donde se desató la pandemia.

El último informe de las autoridades sanitarias indicó que el martes se sumaron 81 nuevos casos, para un total de 1.294 positivos confirmados

Ocupa el primer lugar en casos de muerte en Sudamérica, secundado por Chile, con cuatro decesos, y Colombia, donde se han registrado dos.

De acuerdo con las cifras que maneja el Ministerio de Salud, 13 de las

17 muertes acumuladas hasta hoy ocurrieron en el llamado Gran Buenos Aires, densamente poblado y con zonas de extrema pobreza. Las cuatro restantes corresponden a la capital, y el promedio de edad de los fallecidos es de 17 años.

Según las autoridades, el incremento de casos fatales es producto de una mera correlación matemática: a mayor número infecciones confirmados, la tasa de mortalidad de la gripe - de alrededor del 0,7 por ciento- se manifiesta en un número creciente de muertes.

Y el número de contagiados sigue subiendo sin pausa: el último informe de las autoridades sanitarias indicó que el martes se sumaron 81 nuevos casos, para un total de 1.294 positivos confirmados.

La misma cartera de Salud reconoce que podrían ser muchos más, ya que –según la nueva fase epidemiológica, puesta en marcha por el gobierno la semana pasada-, los estudios de diagnóstico preventivo que se están realizando para confirmar la presencia del virus son muchos menos, y sólo se practican en casos severos.

Con la llegada del frío, al menos un 20 por ciento de la población ya presenta síntomas de gripe estacional.

Esta decisión de reducir el número de hisopadas de diagnóstico, que generó preocupación en muchos ciudadanos comunes, está respaldada por criterios epidemiológicos para el tratamiento de este tipo de infecciones. Al incrementarse el número de muertes, el gobierno argentino decidió dividir al país en dos, y aplicar una política sanitaria diferenciada en las zonas donde el virus ha causado decesos. Por un lado, Buenos Aires está en "etapa de mitigación" declarada, en la que la atención se concentra en los grupos de riesgo, más susceptibles de sufrir complicaciones si se contagian el H1N1. En el resto del país, sin casos fatales aún, siguen vigentes las medidas de contención -como el cierre de escuelas- para evitar que el virus se propague.

Según explicó el director de Epidemiología de Buenos Aires, Mario Masana Wilson, a las autoridades les preocupa contener el

contagio en el comienzo del invierno, cuando los pacientes de gripe común muestran históricamente un incremento.

En este sentido, la llegada del frío invernal a Buenos Aires, esta semana, podría agravar el cuadro de situación.

Según el ministro Zin, un 20% de la población muestra ya síntomas de influenza estacional.

Argentina aguarda la reunión de urgencia del comité de crisis, originalmente programada para ayer, que establecería nuevas medidas ante el agravamiento del cuadro general de la gripe A.

Ya se decidió intentar la prevención en los lugares de alta concentración pública durante las elecciones legislativas del próximo domingo: las autoridades pegarán afiches en los que se pedirá a los ciudadanos que mantengan una distancia de al menos un metro mientras hacen fila en los centros de votación.

### **!! Saludos y bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK !!**

Este boletín se edita, semanalmente, en la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y es un producto del Instituto "Pedro Kourí" (IPK). Se elabora a partir de los datos proporcionados por las Direcciones Provinciales de Salud del país, acerca de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como: Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Lepra, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Sífilis, blenorragia, etc. Se incluyen datos actualizados acerca de la morbilidad, mortalidad, letalidad, etc. de enfermedades

relevantes en los momentos actuales. En nuestro Boletín Epidemiológico puede encontrar informaciones y noticias muy actualizadas acerca de lo más interesante sobre Epidemiología, VIH/SIDA y Medicina, en general, que llegan a las agencias de prensa internacionales. Se promocionan, además, cursos, eventos, talleres, etc. de las especialidades Biomédicas, que se llevarán a cabo en nuestro Centro y otros existentes en nuestro país.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis viral.  
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 27/06/09.**

| PROVINCIAS          | CASOS DE LA SEMANA |      | CASOS ACUMULADOS |      | TASAS ACUMULADAS |        |
|---------------------|--------------------|------|------------------|------|------------------|--------|
|                     | 2008               | 2009 | 2008             | 2009 | 2008             | 2009 * |
| PINAR DEL RIO       | 2                  | 3    | 29               | 17   | 10.94            | 6.41   |
| P. HABANA           | 2                  | -    | 64               | 15   | 12.92            | 2.99   |
| C. HABANA           | 10                 | 1    | 147              | 61   | 15.14            | 6.34   |
| MATANZAS            | 2                  | 9    | 177              | 83   | 41.48            | 16.49  |
| VILLA CLARA         | 14                 | 18   | 265              | 149  | 74.22            | 41.98  |
| CIENFUEGOS          | 9                  | 40   | 173              | 311  | 92.70            | 165.90 |
| S. SPIRITUS         | 3                  | 5    | 123              | 49   | 53.71            | 21.40  |
| CIEGO DE AVILA      | 2                  | -    | 68               | 29   | 26.45            | 11.28  |
| CAMAGÜEY            | 4                  | 5    | 173              | 174  | 37.57            | 37.83  |
| LAS TUNAS           | -                  | 1    | 48               | 11   | 12.95            | 2.96   |
| HOLGUIN             | 2                  | 1    | 80               | 29   | 12.57            | 4.55   |
| GRANMA              | 15                 | 22   | 216              | 298  | 50.96            | 70.08  |
| SANTIAGO DE CUBA    | 5                  | 9    | 273              | 174  | 41.56            | 26.45  |
| GUANTANAMO          | 4                  | 6    | 145              | 123  | 47.62            | 40.30  |
| ISLA DE LA JUVENTUD | -                  | -    | 8                | 2    | 21.91            | 5.48   |
| CUBA                | 74                 | 120  | 1989             | 1525 | 33.23            | 25.22  |

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.

**Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 24/06/09.**

| TIPOS DE BROTES    | SEMANAS |      | BROTOS ACUMULADOS |      | TASA ACUMULADA |      |
|--------------------|---------|------|-------------------|------|----------------|------|
|                    | 2008    | 2009 | 2008              | 2009 | 2008           | 2009 |
| Alimentos          | 10      | 4    | 243               | 108  | 2.16           | 0.95 |
| Ciguatera *        | 3       | -    | 19                | 7    | 0.17           | 0.06 |
| Hepatitis viral ** | -       | -    | 52                | 5    | 0.46           | 0.04 |
| EDA                | -       | -    | -                 | -    | -              | -    |
| IRA                | -       | 1    | 11                | 3    | 0.10           | 0.03 |
| Agua               | -       | -    | 30                | 11   | 0.27           | 0.10 |
| Varicela           | -       | -    | 52                | 15   | 0.46           | 0.13 |

**Fuente:** Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

\*Sin especificar especie. \*\* Sin especificar tipo.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.  
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 27/06/09.**

| ENFERMEDADES                  | EN LA SEMANA |        | ACUMULADOS |         | TASAS    |          |
|-------------------------------|--------------|--------|------------|---------|----------|----------|
|                               | 2008         | 2009   | 2008       | 2009    | 2008     | 2009*    |
| <b>FIEBRE TIFOIDEA</b>        | -            | -      | -          | 2       | 0.00     | 0.00**   |
| <b>SHIGELLOSIS</b>            | 4            | 13     | 119        | 219     | 2.62     | 4.76     |
| <b>D. AMEBIANA AGUDA</b>      | 4            | -      | 26         | 34      | 0.51     | 0.66     |
| <b>TUBERCULOSIS</b>           | 20           | 21     | 369        | 318     | 6.74     | 5.75     |
| <b>LEPRA</b>                  | 8            | 3      | 95         | 138     | 2.04     | 2.93     |
| <b>TOSFERINA</b>              | -            | -      | -          | -       | -        | -**      |
| <b>ENF. DIARREICAS AGUDAS</b> | 17289        | 34306  | 331583     | 454523  | 6120.24  | 8302.35  |
| <b>M. MENINGOCÓCCICA.</b>     | -            | -      | 5          | 5       | 0.09     | 0.09     |
| <b>MENINGOCOCCEMIA</b>        | -            | -      | -          | 3       | 0.00     | 0.00**   |
| <b>TÉTANOS</b>                | -            | -      | 1          | 1       | 0.03     | 0.03     |
| <b>MENINGITIS VIRAL</b>       | 74           | 120    | 1989       | 1473    | 33.23    | 24.36    |
| <b>MENINGITIS BACTERIANA</b>  | 5            | 6      | 171        | 131     | 3.12     | 2.37     |
| <b>VARICELA</b>               | 389          | 504    | 15590      | 28902   | 173.35   | 318.04   |
| <b>SARAMPION</b>              | -            | -      | -          | -       | -        | -**      |
| <b>RUBÉOLA</b>                | -            | -      | -          | -       | -        | -**      |
| <b>HEPATITIS VIRAL</b>        | 74           | 47     | 2513       | 1469    | 43.21    | 24.99    |
| <b>PAROTIDITIS</b>            | -            | 1      | 12         | 5       | 0.15     | 0.06     |
| <b>PALUDISMO IMPORTADO</b>    | -            | -      | 3          | 2       | 0.03     | 0.02     |
| <b>LEPTOSPIROSIS</b>          | 4            | 4      | 79         | 65      | 2.92     | 2.38     |
| <b>SÍFILIS</b>                | 29           | 27     | 744        | 812     | 14.14    | 15.27    |
| <b>BLENORRAGIA</b>            | 72           | 66     | 1926       | 1950    | 35.87    | 35.94    |
| <b>INFECC. RESP. AGUDAS</b>   | 79260        | 104531 | 2233342    | 2580611 | 44078.03 | 50403.27 |

**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**

**DIRECTOR:** Dr. Manuel E. Díaz González.  
**EDITOR:** Dr. Denis Verdasquera Corcho.

**PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:** Téc. Irene Toledo Rodríguez

**JEFES DE INFORMACION:**

**Dra. Belkys Galindo Santana**  
(Epidemiología)  
**Dr. Otto Peláez Sánchez.**  
(Epidemiología)  
**Dra. Angela Gala González**  
(Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2046664 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu