



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. " Pedro Kourí " . Apartado Postal
601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e.mail: cijpk@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

Comienza campaña de vacunación contra gripe A(H1N1) en Paraguay.....	129
Dengue, niños, coinfecciones respiratorias – Paraguay.....	130
Poliomielitis, casos, reaparición – Tayikistán.....	130
Malaria, situación epidémica: cifras extraoficiales – Venezuela.....	131
Explican mecanismo de resistencia de fármacos contra el paludismo.....	132
Resaltan resultados en el tratamiento de leptospirosis.....	132
Reducir fondos contra el SIDA es "una condena a muerte".....	133
Dengue, repunte marcado de casos - Venezuela (Miranda).....	134
Tablas:.....	135

COMIENZA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA GRIPE A(H1N1) EN PARAGUAY.

Asunción, mayo 04/2010 (EFE). Las autoridades sanitarias de Paraguay comenzaron una campaña de vacunación contra la gripe A(H1N1), que en 2009 causó 47 muertes de 1024 personas infectadas, dirigida en su primera etapa a sectores vulnerables de la población. "Estas primeras vacunas son del tipo monovalente, exclusivamente para contrarrestar el virus pandémico, y pueden ser aplicadas a cualquier persona, pero en esta oportunidad damos prioridad a las embarazadas", afirmó la ministra de Salud Pública, Esperanza Martínez.

Las vacunas hacen parte de un lote de 600 000 dosis que llegaron a Asunción en carácter de donación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La ministra explicó que la meta de la primera etapa "es alcanzar el 10% de la población de riesgo", las embarazadas, niños de entre 6 y 35 meses, adultos mayores de 60 años, enfermos crónicos, pacientes inmunodeprimidos y trabajadores de la salud.

DENGUE, NIÑOS, COINFECCIONES RESPIRATORIAS - PARAGUAY

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

La Dra. Marta Von Horoch, del departamento de Epidemiología del Instituto de Previsión Social (IPS), señaló en las últimas semanas se vio una mayor cantidad de niños afectados por cuadros de dengue.

“Aunque predominan actualmente los casos en adultos, se está empezando a ver con mayor frecuencia casos en niños no tan pequeños, de 10 a 14 años”, expresó.

Comentó además que el único caso más grave registrado actualmente en el nosocomio es el de un niño de 10 años que se encuentra con franca evolución en terapia intermedia. El pequeño había presentado fiebre, dolores musculares y, como signo de alarma, dolor abdominal continuo.

Von Horoch instó a los padres a adoptar medidas de prevención, ya que los chicos de esta edad generalmente acostumbran a jugar al aire libre en patios o canchas.

“El uso de repelente es imperioso, sobre todo en horario clave como el de la mañana temprano y la tardecita”, expresó.

Unos 757 casos sospechosos de dengue se registraron en el Hospital Central del IPS,

de los cuales el 95% corresponde a pacientes de Asunción y Central.

En 282 pacientes se confirmó la enfermedad y, según indicó Von Horoch, en las últimas semanas se viene registrando un leve descenso de casos.

“Prácticamente no estamos teniendo pacientes derivados del interior. Nuestros distritos de Central mayormente afectados son: Fernando de la Mora, Mariano Roque Alonso, Ñemby y San Lorenzo”, agregó la epidemióloga. Indicó además que se mantiene un promedio diario de 15 a 17 pacientes internados. “El requerimiento de hospitalización por casos que ingresan con sospecha de dengue se mantiene en un 30 a 35%”, expresó. La profesional señaló que existe una mayor complejidad para realizar los diagnósticos, ante la ocurrencia de epidemias simultáneas de dengue y afecciones respiratorias. Sostuvo que en la experiencia de otros países han existido casos de co-infección, donde los pacientes se encontraban afectados por ambas enfermedades al mismo tiempo.

POLIOMIELITIS, CASOS, REAPARICIÓN - TAYIKISTÁN

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

Un total de 32 casos de polio se han confirmado en Tayikistán, donde se produjo un brote a principios de abril que ha supuesto la reaparición de esta enfermedad en la región europea de la OMS, tras ser erradicada en 2002, informó hoy la organización. Fadela Chaib, portavoz de la Organización Mundial de la Salud, dijo que ya han llegado esta semana cuatro millones de dosis de vacunas a esa república ex soviética para comenzar una campaña de inmunización que frene la expansión de la enfermedad. La portavoz dijo que el virus identificado se parece al de la polio que

circula en el norte de la India, uno de los pocos países donde aún es endémica la enfermedad.

La campaña de vacunación de 1,2 millones de niños menores de cinco años en Tayikistán comenzará el 4 de mayo y se hará en tres fases, hasta el 2 de junio, dijo una portavoz de Unicef.

También se va a llevar a cabo una campaña de vacunación contra la polio en la vecina Uzbekistán, agregó.

Los de Tayikistán son los primeros casos de polio en la región europea de la OMS desde su erradicación en 2002.

El último caso clínicamente confirmado de polio en Tayikistán se había dado en 1997, y en 2008 la vacunación cubría al 87 por ciento de los niños. Según la OMS, el virus de la polio recorre con facilidad largas distancias, por lo que las regiones libres de esta enfermedad siguen estando en riesgo

hasta que la transmisión sea frenada en los pocos países donde sigue siendo endémico. El brote en Tayikistán demuestra, en opinión del organismo sanitario global, "la necesidad de mantener un alto nivel de inmunización hasta que la transmisión de la polio se interrumpa en todo el mundo"

MALARIA, SITUACIÓN EPIDÉMICA: CIFRAS EXTRAOFICIALES - VENEZUELA

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

Según el último reporte de la red Defendamos la Epidemiología Nacional (REND), la enfermedad se concentra en 23% del territorio nacional y es Bolívar el estado con la mayor cifra de afectados. Por esta razón, solicitan a las autoridades del Ministerio para la Salud que declare la emergencia en esa entidad y que se asignen los recursos para afrontar y ejecutar el Plan de Control de la Malaria en el estado y en otras zonas endémicas.

El estudio, que fue respaldado por médicos, investigadores y ex funcionarios del área de salud, como José Félix Oletta, Ana Carvajal y Carlos Walter, señala que "en el primer trimestre del año los casos de malaria en el estado Bolívar aumentaron un 138 %, en comparación con el mismo período del año anterior". Es importante resaltar que entre los municipios con mayor índice de contagios está uno de afluencia turística, como lo es la Gran Sabana.

Las cifras, no todas publicadas por MinSalud, dan cuenta que en comparación con el 2009 las cifras de morbilidad se han incrementado de manera alarmante. Por citar un ejemplo, hasta el pasado 3 de abril se registraron en el país 12.717 casos de malaria, mientras que durante el primer trimestre de 2009 los casos reportados fueron 4.917.

Pese a que la enfermedad está localizada en 15 estados del país es Bolívar el que concentra el mayor número de casos. "La situación es bastante preocupante en el estado Bolívar, debido a que entre el 1 de enero y el 3 de abril de 2010 este estado concentró 92% de los casos de paludismo que se registraron en todo el país. Los municipios más afectados son Sifontes Cedeño, Gran Sabana y Angostura".

Las cifras de morbilidad van en aumento, de allí la preocupación del grupo que conforma la Red Defendamos la Epidemiología Nacional para que se tomen medidas urgentes y disminuir con un plan preventivo los casos.

"El boletín número 15 de Salud ambiental del Estado Bolívar cita que se registraron 936 casos, con un acumulado hasta la semana 15 de 13.039, en comparación con el acumulado de la semana homóloga del año 2009, que fue de 5.391, lo cual representa un aumento de 141.8%".

Otro punto que preocupa son las cifras de mortalidad, ya que se desconocen. "El Boletín Regional de Malaria da cuenta de un solo fallecido, pero un experto del estado Bolívar denunció que durante el mes de marzo ocho indígenas fallecieron por paludismo en el Alto Caura, casos que no fueron contabilizados por las autoridades locales".

Actualmente la transmisión malarica en Venezuela se localiza en tres focos que ocupan 23 % del territorio nacional: el foco oriental representado por los estados Monagas, Sucre, Anzoátegui y la parte occidental de Delta Amacuro; el foco occidental que incluye los estados Barinas, Mérida, Portuguesa, la parte occidental de Apure, Yaracuy, Zulia, Trujillo y Táchira, y el foco meridional conformado por los estados Bolívar, Amazonas y parte oriental de Apure y Delta Amacuro, este último es el que tiene el índice parasitario anual más elevado.

"Los estados Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro, reportaron 99% de la casuística nacional. Bolívar con 1.061 casos, Amazonas con 269 y Delta Amacuro con 15".

EXPLICAN MECANISMO DE RESISTENCIA DE FÁRMACOS CONTRA EL PALUDISMO

París, mayo 04/2010 (PL). Estudiantes franceses demostraron que el parásito *Plasmodium falciparum*, responsable de graves formas de paludismo, puede inhibir la acción de la artemisinina (ART) y sus derivados, medicamentos claves para tratar esta enfermedad.

En un comunicado, el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNRS) recuerda que fármacos mezclados con la ART, una combinación denominada ACT (Artemisinin based Combination Therapies) constituyen en la actualidad el tratamiento más eficaz contra el paludismo, con un porcentaje de curación del 95%.

Sin embargo, a finales de 2009 se observaron indicios de resistencia al artesunato (uno de los derivados de la artemisinina) en el sureste de Asia, ya que los pacientes seguían con parásitos después del tercer día del tratamiento, tiempo en el cual debían desaparecer los síntomas.

Los científicos probaron que una cepa de *Plasmodium falciparum* resistente a la ART obtenida in vitro fue capaz de sobrevivir a una dosis del medicamento siete mil veces

más elevada que la aplicada a las cepas sensibles.

Los examinadores identificaron y caracterizaron un nuevo modo de comportamiento del parásito al constatar que para frustrar la acción de la ART, el *Plasmodium falciparum* adopta un estado de pausa o adormecimiento y después retorna lentamente hasta eliminar el medicamento.

Un análisis, realizado en paralelo con un equipo del National Institute of Health de Estados Unidos, sugirió que la expresión de ciertas proteínas implicadas en el ciclo del parásito sería modificada en el seno de las cepas resistentes. El CNRS destacó que estos estudios constituyen una herramienta importante para comprender mejor los mecanismos de resistencia a los medicamentos contra el paludismo, lo que permite probar nuevas estrategias terapéuticas. Los resultados de la pesquisa efectuada por centros de investigación franceses y del National Institutes of Health serán publicados en la edición de mayo de la revista *Antimicrobial agents and chemotherapy*, indicó el CNRS.

RESALTAN RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LEPTOSPIROSIS.

Río de Janeiro, abril 30/2010 (Xinhua).

Una terapia desarrollada y probada experimentalmente por investigadores brasileños obtuvo resultados exitosos en el tratamiento de los casos más graves de leptospirosis, enfermedad transmitida por la orina de ratones.

La terapia fue propuesta por un grupo coordinado por el investigador del Instituto de Biología de la Universidad del estado de Río de Janeiro, Mauro Velho de Castro Faria, informó la Fundación de Apoyo a la Investigación en el estado de Río de Janeiro, que financió parte del proyecto.

Los investigadores liderado por Faria trabajan desde hace 15 años en el proyecto "Desarrollo de nuevos criterios para el pronóstico y la terapéutica de la leptospirosis humana con base en la cinética de la toxicidad celular de los ácidos grasos libres". El tratamiento propuesto prevé la inyección intravenosa de albúmina humana,

como una forma para eliminar la infección provocada por la bacteria leptospira.

Los especialistas brasileños descubrieron que "glicolipoproteína", estructura específica de la leptospira, está involucrada en las alteraciones que la bacteria provoca en los órganos internos del paciente infectado.

Esta sustancia tiene entre sus principales componentes los ácidos grasos no esterificados monoinsaturados, especialmente el oleico, que poseen efectos tóxicos y afectan el intercambio de sodio y potasio necesarios para el equilibrio del organismo.

"Detectamos que la glicolipoproteína es inhibidora específica del transporte activo de sodio y potasio. Esa inhibición está directamente relacionada a los casos de insuficiencia renal aguda, común en las manifestaciones más graves de la enfermedad", explicó Faria.

La insuficiencia renal aguda provocada por la leptospirosis, al contrario de otros tipos de insuficiencia renal, evoluciona inicialmente con mayor excreción renal de potasio, lo que provoca una disminución del mismo en la concentración plasmática.

La propuesta de los investigadores para proteger al organismo de los efectos de la glicolipoproteína fue la albúmina humana.

"Verificamos en experimentos de laboratorio que la albúmina protege contra los efectos del ácido graso y de la glicolipoproteína de la leptospira", aseguró Faria.

La inyección de la sustancia en pacientes con estado avanzado de leptospirosis mostró que esa proteína contribuye a revertir la

gravedad de los órganos afectados por la insuficiencia renal.

"La albúmina evita que la glicolipoproteína y el nivel aumentado de los ácidos graso, como el oleico sean inhibidores del bombeo de sodio y de potasio. En los casos graves, la albúmina plasmática tiende a alcanzar valores muy bajos como consecuencia de la disfunción hepática", señaló el investigador. Las medicinas que se utilizan en la actualidad para tratar la leptospirosis son básicamente antibióticos, sin embargo su administración no siempre es eficaz.

"El antibiótico no es efectivo en el tratamiento de los casos graves. La leptospira es muy sensible a diversos antibióticos.

REDUCIR FONDOS CONTRA EL SIDA ES "UNA CONDENA A MUERTE".

Londres, abril 30/2010 (Reuters). Retirar la financiación de los programas contra el SIDA podría suponer que el VIH/SIDA volviera a convertirse en una condena a muerte para las personas del mundo desarrollado, detalla un informe.

La Coalición Internacional de Preparación del Tratamiento (ITPC) descubrió que algunos programas de tratamiento están rechazando pacientes y que las reservas de fármacos contra el SIDA se están acabando debido a recortes en los presupuestos gubernamentales.

"Los Gobiernos, del sur y del norte, no pueden permitirse dar marcha atrás al reloj y devolvernos a los días en los que el VIH/sida era una condena a muerte", dijo Aditi Sharma, coordinadora del informe.

El texto señala que el Fondo Mundial necesitaría 20 000 millones de dólares en los próximos tres años para ayudar a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas relacionados con la salud, pero que los países del G8 y los demás donantes están advirtiendo de que recaudar 13 000 millones ya sería un esfuerzo. "Si esta tendencia continúa, el resultado será sufrimiento y muerte para millones de personas en todo el mundo que viven en la actualidad con el VIH/sida y los millones más que serán infectados este año y en los años por venir", indicó el informe,

titulado Racionar Fondos, Arriesgar Vidas. También hizo referencia a promesas de financiación que nunca se cumplieron adecuadamente o se redujeron debido a la crisis económica internacional.

El Fondo Mundial, formado en el 2001 con el respaldo de las naciones ricas del G8, se presentó con un fondo de 10 000 millones de dólares al año para combatir las grandes enfermedades como el SIDA, pero en realidad solo ha reunido unos 3000 millones al año.

El informe, que estudia en profundidad la situación de los enfermos de sida en India, Kenia, Letonia, Malawi, Suazilandia y Venezuela, también acusó al presidente de Estados Unidos, Barack Obama, de utilizar la crisis económica para mantener plana la aportación para PEPFAR, en lugar de continuar con los aumentos interanuales de los años anteriores.

Los efectos, según el texto, ya son visibles y hay pacientes a los que no se atiende en programas financiados por el PEPFAR en África.

Se estima que unos 33 millones de personas de todo el mundo están infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el sida, y más de la mitad de los 9,5 millones de personas que necesitan fármacos contra el SIDA no pueden conseguirlos, según la ONU.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el tratamiento con estos fármacos, llamados antirretrovirales, debería empezar antes, tras la infección del virus, para proteger la salud y evitar la expansión de la enfermedad. "Nuestro mayor miedo es que tengamos que racionar los medicamentos del VIH/SIDA

para los que ya están recibiendo tratamiento. ¿Cómo se le dice a una madre seropositiva que ya no puede tener las medicinas que necesita para seguir viva?", indicó en un prefacio al informe Peter Mugenyi, titular del Centro de Investigación Clínica Conjunta de Kampala, en Uganda.

DENGUE, REPUNTE MARCADO DE CASOS - VENEZUELA (MIRANDA)

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

El mapa de la región central del país se ha pintado de rojo y no precisamente por motivos partidistas o electorales. En el último año, al menos 15 estados se han sumado a la epidemia de dengue, siendo Miranda y el Distrito Capital dos de las regiones que encabezan la lista con más casos acumulados.

De acuerdo con el boletín epidemiológico de la semana número 16 -obtenido de manera extraoficial pues el Ministerio de Salud dejó de publicar esta información desde agosto de 2007- Miranda registró entre el 18 y el 24 de abril al menos 204 casos de dengue, en comparación con los 20 que fueron reseñados durante 2009 para el mismo período.

En el cuarto lugar de la lista, pasando Mérida y Táchira, está el Distrito Capital, con 130 personas afectadas en la misma semana epidemiológica, a diferencia de los 14 casos de hace un año. El acumulado de 2010 en todo el país ya va por 26.724 casos (el doble de 2009), de los cuales 10,2% son hemorrágicos.

Si se analizan las estadísticas de los últimos cinco años, el número de casos resulta totalmente atípico, sobre todo por tratarse del período de sequía. El promedio histórico de personas afectadas con dengue en el país en la última semana de abril varía entre 500 y 700 casos aproximadamente; sin embargo, en 2010 la cifra se elevó a 1.504.

José Félix Oletta, ex ministro de Salud, detalla que este brote epidémico se inició en

junio de 2009 y no se han tomado medidas para controlar el aumento de los casos. "En las últimas cuarenta semanas ya suman más de 56 mil casos acumulados, se llegaron a registrar hasta 3.000 casos semanales en el país a finales de octubre, eso demuestra que no se ha hecho la inversión necesaria para controlar la enfermedad", comenta el especialista.

En este sentido, Oletta recuerda que no hay manera de controlar un brote sin tener las cifras que permitan desarrollar planes y estrategias. Es así que exige una vez más al Ministerio de Salud la publicación de los boletines epidemiológicos para su estudio.

La única información que posee la Gobernación de Miranda sobre la incidencia de dengue es la que se genera a través de la Red Francisco de Miranda. Viscuña apunta que en la semana 16, las 52 Casas Amigas de la Salud distribuidas en todo el estado registraron tan solo 34 casos, a diferencia de los 200 que son evidenciados en el reporte del Ministerio en esta entidad.

A juicio del Dr. Miguel Viscuña, director de Epidemiología del estado Miranda, el abandono de los planes de fumigación y saneamiento ambiental por parte del Ministerio de Salud además del almacenamiento de agua al que se obligó a la población con el racionamiento de este servicio ayudaron a multiplicar los casos. Valles del Tuy, Altos Mirandinos y Guarenas-Guatire son las regiones más afectadas en Miranda.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 01/05/10.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010 *
PINAR DEL RIO	101	200	1834	2213	371.56	447.89
P. HABANA	71	331	986	3056	243.97	749.61
C. HABANA	506	532	6699	5942	451.17	403.44
MATANZAS	53	76	932	796	236.07	200.86
VILLA CLARA	107	127	1425	1699	304.51	363.90
CIENFUEGOS	68	71	1230	779	467.38	294.91
S. SPIRITUS	36	183	644	1515	241.42	566.08
CIEGO DE AVILA	41	28	555	356	220.88	140.22
CAMAGUEY	82	46	898	778	191.25	165.86
LAS TUNAS	51	34	527	420	175.51	137.01
HOLGUIN	65	95	1056	1020	162.87	156.77
GRANMA	38	91	789	1232	152.27	237.53
SANTIAGO DE CUBA	153	50	1853	784	306.00	129.73
GUANTANAMO	56	65	1348	563	407.51	170.73
ISLA DE LA JUVENTUD	12	6	154	74	246.95	119.39
CUBA	1440	1935	20930	21227	294.82	298.77

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: 28/04/10.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Alimentos	6	2	61	65	0.54	0.58
Ciguatera *	-	-	2	3	0.02	0.03
Hepatitis viral **	-	-	1	3	0.01	0.03
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	1	1	109	0.01	0.97
Agua	-	-	7	4	0.06	0.04
Varicela	-	2	9	75	0.08	0.67

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: 01/05/10.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	5	11	140	108	3.51	2.70
D. AMEBIANA AGUDA	2	-	21	13	0.45	0.28
TUBERCULOSIS	13	12	223	238	5.86	6.24
LEPRA	14	5	107	65	2.35	1.43
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	15328	14481	262577	246650	7298.32	6850.38
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	2	2	0.07	0.07
MENINGOCOCCEMIA	1	-	1	1	0.01	0.01**
TÉTANOS	-	-	-	1	0.03	0.03**
MENINGITIS VIRAL	49	32	794	354	24.00	10.69
MENINGITIS BACTERIANA	5	7	108	72	2.71	1.81
VARICELA	1440	1935	20930	21227	294.82	298.77
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	42	21	1174	487	22.09	9.16
PAROTIDITIS	-	-	5	-	0.08	0.08**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.06	0.06**
LEPTOSPIROSIS	3	1	43	23	1.50	0.80
SÍFILIS	35	30	572	444	12.80	9.93
BLENORRAGIA	65	94	1455	1499	37.21	38.31
INFECC. RESP. AGUDAS	103642	108914	1915690	2139650	55546.03	61992.28

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) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu