



## BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

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 1028-5083](#)

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

### Índice

<b>Poliovirus detectados en aguas residuales en Israel.....</b>	<b>169</b>
<b>Poliomielitis en el cuerno de Africa (22-5-2013).....</b>	<b>170</b>
<b>Síndrome respiratorio del Oriente Medio por Coronavirus en Arabia Saudita e Italia (5-6-2013).....</b>	<b>171</b>
<b>Combinaciones terapéuticas sin interferón mejoran el abordaje de la hepatitis C.....</b>	<b>172</b>
<b>Influenza A H1N1 (03) - Venezuela: Controversias sobre manejo de brote.....</b>	<b>172</b>
<b>Acerca del Boletín Epidemiológico Semanal. IPK.....</b>	<b>173</b>
<b>13vo Curso Internacional de Dengue.....</b>	<b>174</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>175</b>

### POLIOVIRUS DETECTADOS EN AGUAS RESIDUALES EN ISRAEL.

**Tomado de:** [http://www.who.int/csr/don/2013\\_06\\_03/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_06_03/en/index.html)

Traducido por: Dra Belkys Galindo. Subdirección de Epidemiología. IPK

03 de junio 2013 - En Israel, el poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) se aisló de muestras de aguas residuales recogidas el 9 de abril de 2013 en Rahat, al sur de Israel. El virus se ha detectado sólo en las aguas residuales, pero no se ha declarado ningún caso de poliomiélitis parálítica. Los análisis preliminares indican que la cepa no está relacionada con el virus que afecta actualmente a la región del Cuerno de África. El virus fue detectado a través de la rutina de vigilancia del medio ambiente en Israel, que implica el análisis regular de las aguas residuales. Israel ha estado libre de la

transmisión autóctona del poliovirus salvaje desde 1988. En el pasado, el poliovirus salvaje fue detectado en muestras ambientales recogidas en esta región entre 1991 y 2002, sin ocurrencia de casos de poliomiélitis parálítica en la zona. Tras la detección del poliovirus salvaje, las autoridades sanitarias de Israel están llevando a cabo una investigación exhaustiva para la búsqueda activa de posibles casos de poliomiélitis parálítica, así como para cualquier persona no inmunizada. Los niveles de inmunización de rutina se estiman en un 94%.

En dependencia de los resultados de la investigación, se determinará la necesidad de que se realicen actividades de vacunación de puesta al día. Actividades similares están siendo implementadas por las autoridades de salud en Gaza y Cisjordania. Las muestras recogidas a través de la vigilancia del medio ambiente desde el año 2002, tanto en Gaza y Cisjordania han probado la no presencia de poliovirus salvaje. Dado que hay altos niveles de niveles de inmunidad de la población de la zona, la Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúa el riesgo de propagación internacional de esta cepa del virus de Israel como de baja a moderada.

Es importante fortalecer la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), con el fin de detectar rápidamente cualquier nueva importación de poliovirus y facilitar una respuesta rápida. Se debe dar prioridad a las áreas de alto riesgo de las importaciones y donde la cobertura de vacunación con OPV3/DPT3 es menor al 80 %

Tres países siguen siendo endémicos de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje: Nigeria, Pakistán y Afganistán. Además, en el 2013, el Cuerno de África se ve afectada por un brote de poliovirus salvaje, con seis casos confirmados en Kenia y Somalia.

### **POLIOMIELITIS EN EL CUERNO DE ÁFRICA (22-5-2013)**

El cuerno de África está experimentando un brote de poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1). Una niña de cuatro meses cerca de Dadaab, Kenia, enfermó de parálisis flácida aguda (PFA) el 30 de abril de 2013. Dos contactos saludables de la niña dieron positivo para WPV1. Son los primeros casos confirmados por laboratorio en Kenia desde julio de 2011. Se está llevando a cabo la investigación sobre este brote.

Además, se confirmó un caso de WPV1 en Banadir, Somalia el 9 de mayo de 2013. En respuesta al brote, el 14 de mayo de 2013 comenzará una primera campaña de vacunación que cubrirá 440 000 niños y una segunda ronda de vacunación está prevista para el 26 de mayo de 2013 en sincronización con las partes afectadas de Kenia.

El riesgo a los países vecinos es considerado como muy alto, debido a los movimientos de población a gran escala en todo el cuerno de África y las brechas de inmunidad persistente en algunas áreas. Dadaab alberga un gran campo de refugiados que alberga a cerca de 500 000 personas en todo el cuerno de África.

Se ha emitido una alerta de vigilancia reforzada para la polio a todos los países en el cuerno de África, destacando la

necesidad de realizar búsquedas activas de cualquier sospechoso. Se insta a todos los países a identificar rápidamente las brechas regionales de vigilancia y tomar medidas para paliar los déficits.

En el 2005, la poliomiélitis se extendió a todo el continente africano, Yemen y el cuerno de África, provocando alrededor de 700 casos. Desde entonces, se han adoptado respuestas internacionales al brote y se han desarrollado nuevas vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes y bivalentes, que puede reducir considerablemente la severidad y la duración de los brotes de poliomiélitis.

Algunas zonas de Somalia (centro-sur) también se ven afectados por un brote debido a la circulación del poliovirus tipo 2 (cVDPV2) derivado de la vacuna, que se ha traducido en 18 casos en Somalia desde 2009. En 2012, esta variedad se extendió a Dadaab, causando tres casos.

La OMS recomienda que todos los viajeros a y desde zonas infectadas por la poliomiélitis sean vacunados completamente contra la poliomiélitis.

*Traducido de: World Health Organization. Wild poliovirus in the Horn of Africa. 2013, mayo 22. Disponible en: [http://www.who.int/csr/don/2013\\_05\\_22/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_05_22/en/index.html)*

## SÍNDROME RESPIRATORIO DEL ORIENTE MEDIO POR CORONAVIRUS EN ARABIA SAUDITA E ITALIA (5-6-2013).

El 5 de junio de 2013 el Ministerio de Salud de Arabia Saudita ha notificado un caso adicional de confirmado por laboratorio de Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV).

La paciente es una muchacha de 14 años de edad con varias comorbilidades que enfermó el 29 de mayo de 2013. El caso se reportó en la región oriental, pero no en Al-Ahsa donde se produjo un brote asociado a un centro de salud desde abril de 2013. La paciente está en condiciones estables.

El 1 de junio de 2013 el Ministerio de Salud de Italia, a través del sistema de respuesta de alerta temprana de la Unión Europea, ha notificado de un caso confirmado por laboratorio de Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) en un residente en el país.

El paciente es un hombre de 45 años de edad que había regresado de Jordania el 25 de mayo de 2013 con síntomas de tos y fatiga. Su estado se deterioró y fue hospitalizado el 28 de mayo de 2013. Actualmente está en condición estable.

El 2 de junio, el Ministerio de Salud de Italia notificó otros 2 casos confirmados. Ambos son contactos estrechos del primer caso confirmado en Italia con viaje reciente de Jordania. Se trata de una niña de dos años y una mujer de 42 años. Están en condición estable. A nivel mundial, de septiembre de 2012 hasta la fecha, que se ha informado de un total de 54 casos confirmados por laboratorio de infección con MERS-CoV, incluido 30 fallecidos. La OMS ha recibido informes de casos confirmados por el laboratorio de los

siguientes países en Oriente Medio: Jordania, Qatar, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos (EAU). Túnez, Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido también reportaron casos confirmados por laboratorio; eran personas que fueron transferidos a estos países para el cuidado de la enfermedad o enfermaron luego de su regreso del Oriente Medio. En Francia, Italia, Túnez y el Reino Unido ha habido transmisión local limitada entre contactos cercanos que no habían estado a Medio Oriente, pero que había estado en contacto cercano con los casos probables o confirmados por laboratorio.

Partiendo de la situación actual y la información disponible, que alienta a los Estados miembros a continuar su vigilancia para las infecciones respiratorias agudas graves (SARI) y revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

*Traducido y sintetizado de:*

*World Health Organization. Novel coronavirus infection - update (Middle East respiratory syndrome- coronavirus). 2013, junio 5. Disponible en: [http://www.who.int/csr/don/2013\\_06\\_05/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_06_05/en/index.html)*

*World Health Organization. Novel coronavirus infection – update. 2013, junio 1. Disponible en: [http://www.who.int/csr/don/2013\\_06\\_01\\_ncov/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_06_01_ncov/en/index.html)*

*World Health Organization. Novel coronavirus infection – update. 2013, junio 2. Disponible en: [http://www.who.int/csr/don/2013\\_06\\_02\\_ncov/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2013_06_02_ncov/en/index.html)*

## COMBINACIONES TERAPÉUTICAS SIN INTERFERÓN MEJORAN EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C

**Mayo 31/2013 (Diario Médico).** Las nuevas combinaciones terapéuticas libres de interferón para el tratamiento de la hepatitis C ofrecen una eficacia cercana al 95%, en los pacientes con el genotipo 1 de la enfermedad.

Las nuevas combinaciones terapéuticas libres de interferón para el tratamiento de la hepatitis C ofrecen una eficacia cercana al 95 %, en los pacientes con el genotipo 1 de la enfermedad, que es el más común y el más difícil de tratar, según ha quedado de manifiesto durante el Simposio Internacional sobre el control o erradicación de las Hepatitis virales B y C, organizado por el Valle de Hebrón Instituto de Investigación (VHIR), la Fundación Ramón Areces, la Sociedad Española de Virología y el Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), en Barcelona.

Este tipo de terapias evitan los efectos secundarios asociados al interferón, como pueden ser cansancio, anemia, irritabilidad, insomnio y cuadros pseudogripales con fiebre y dolor muscular, que tienen un impacto importante sobre la calidad de vida del paciente.

Rafael Esteban Mur, miembro del grupo de enfermedades hepáticas del VHIR y jefe de Servicio de Medicina Interna y hepatología

del Hospital Universitario Valle de Hebrón ha detallado que una de las opciones terapéuticas que está mostrando mejores resultados en los ensayos clínicos es la combinación de sofosbuvir con ledipasvir en una sola pastilla. También están en fase de desarrollo otros fármacos esperanzadores como faldaprevir o sineprevir y diversos inhibidores del virus que representan una alternativa a la terapia estándar que se basa en la combinación de Interferón pegilado (PegIFN) con Ribavirina (RBV) y que muestra una eficacia cercana al 40 % en pacientes con genotipo 1.

A su juicio, la nueva generación de medicamentos representan “un paso de gigantes” en la lucha contra la hepatitis C y en especial en el caso de pacientes trasplantados, que tienen unas expectativas terapéuticas mucho más limitadas y en los que existe una altísima tasa de reinfección.

Otro de los puntos que ha destacado Mur es la importancia de disponer de tecnología de secuenciación masiva -en la que el VHIR trabaja desde hace cuatro años- para el diagnóstico de esta patología. El uso de estas técnicas para pirosecuenciación permite determinar los subtipos de los virus de la Hepatitis C que infectan a un paciente e identificar las posibles mutaciones de resistencia a los medicamentos, lo que facilita la elección terapéutica

## INFLUENZA A H1N1 (03) - VENEZUELA: CONTROVERSIAS SOBRE MANEJO DE BROTOS.

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

Una emergencia en el área de la salud, la gripe AH1N1 está haciendo estragos, en poco más de dos semanas de iniciado el brote de la enfermedad más de una veintena de personas han muerto y centenares han sido contagiadas. Franciso Urreiztieta reporta a Univisión desde Caracas que hay una polémica sobre cómo el gobierno ha

venido actuando para tratar de controlar esta situación. Carteles que dicen “Por ahora no hay vacuna. Gripe AH1N1. Hasta nuevo aviso” están en muchos centros de salud y hospitales y no sólo faltan las vacunas también escasean los reactivos para identificar la enfermedad y medicamentos para tratarla.

Todo ocurre en medio de un severo brote epidémico en el país que en menos de dos semanas ya se habría cobrado la vida de 23 personas (según cifras extraoficiales) y propagado a casi todo el territorio venezolano.

“Lo que comenzó el sábado pasaba apenas, hace una semana a hoy que eran dos muertos reconocidos por el gobierno hoy tenemos 23 o sea que efectivamente ya esto te dice que hay un brote importante” afirmó el Doctor Rafael Orihuela, médico epidemiólogo.

El gobierno no ha presentado cifras oficiales No hay cifras oficiales sobre la enfermedad, las que se manejan las informan los medios locales. Además de los fallecidos vinculados a la gripe AH1N1 los casos de contagio ya superarían los 250 en todo el país.

El ministerio de la salud se niega a suministrar estas cifras como si se tratara de un parte de guerra y está haciendo un mayor énfasis en la prevención y en evitar la propagación de la gripe.

Sus autoridades dicen que ya han vacunado a más de 3 millones de personas. “El único motivo que hay para crear alarma son intereses políticos o económicos que

puedan estar jugando detrás de esas situaciones” aseguró la Doctora Isabel Iturria, Ministra de salud.

Pero tal cantidad de vacunados pudiese no ser verdad según señalan en la Federación Médica Venezolana que no han recibido información ni tampoco constatado que esa vacunación masiva se haya llevado a cabo, más cuando se tienen noticias de la escasez de las vacunas y de la falta de información epidemiológica que es vital para los controles del brote de la gripe AH1N1 y que el gobierno no suministraría oportunamente.

#### **El pronóstico de la epidemia es sombrío**

Es en el interior del país donde han ocurrido todas la muertes registradas y vinculadas con la gripe AH1N1 tras un brote de la enfermedad que comenzó en el estado de Mérida y que se ha estado propagando rápidamente por las principales ciudades.

El pronóstico de esta epidemia sigue siendo sombrío, las muertes vinculadas a ella pudiesen doblar en las próximas semanas, la curva de contagio sigue en ascenso y pudiese enfermar a más personas antes que las medidas adoptadas por el gobierno para controlar esta enfermedad hagan efecto.

### **!! 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.

**13VO CURSO INTERNACIONAL DE DENGUE**

**13th International Dengue Course/Decimotercer Curso Internacional de Dengue**  
**Instituto de Medicina Tropical ?Pedro Kourí? (IPK)**  
**Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología**  
**Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP)**  
**Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS)**

En los últimos 40 años se ha observado un incremento en la transmisión del dengue, su expansión a otras áreas geográficas, el reporte creciente en el número de epidemias, el incremento de casos de dengue, de dengue grave y de fallecidos. Hoy se considera al dengue una enfermedad emergente en franco ascenso. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud, OMS introdujo una nueva clasificación clínica, dengue (con o sin signos de alarma) y dengue severo. Esta clasificación está en implementación en los países y regiones. Además, fue publicada la estrategia global de la OMS para la prevención y control del dengue de dengue para el período 2012-2020 que propone disminuir la mortalidad en 50% y la morbilidad en 25%.

En este contexto, donde se observa el incremento de la enfermedad y donde nuevas iniciativas internacionales para su control están en ejecución, el Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Estudio del Dengue y su Vector del Instituto de Medicina Tropical ?Pedro Kourí?, bajo el auspicio del Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros, en un intento por fortalecer las capacidades en la región de las Américas y de otras regiones, organizaran del 12 al 23 de agosto de 2013 en el Instituto ?Pedro Kourí? de la Habana, la 13ava edición del Curso Internacional de Dengue.

**OBJETIVO DEL CURSO**

El objetivo del Curso es que los participantes: médicos, virólogos, inmunólogos, sociólogos, epidemiólogos, entomólogos, administradores de salud, entre otros interesados en el tema, en conjunto con profesores de prestigiosas instituciones nacionales e internacionales debatan los aspectos más

relevantes y actuales de esta enfermedad y su control.

**TEMÁTICAS DEL CURSO**

A través de sesiones teóricas y prácticas, se cubrirán los principales aspectos relacionados con el dengue (clínica, epidemiología, virología e inmunología, control del vector, factores ambientales de riesgo y participación comunitaria). Además, se discutirá la influencia del cambio climático en la transmisión, el estado de implementación de la nueva clasificación clínica de casos, las nuevas oportunidades en el diagnóstico, los avances y retos en el desarrollo de vacunas y antivirales, los nuevos conocimientos en la patogenia de la enfermedad incluyendo la influencia de los factores inmunogenéticos, la evolución viral, la vigilancia integrada, dificultades, opciones y retos del control, aspectos económicos en el dengue, resistencia a insecticidas, el ambiente, los sistemas de salud y dengue entre otros. Se actualizaran también las iniciativas internacionales en curso y su impacto.

Durante la primera semana del curso, se impartirán conferencias magistrales así como mesas redondas y simposios en los temas de clínica, enfrentamiento a la emergencia, diagnóstico, patogenia, vacunas, drogas antivirales, control integrado y otros arbovirus emergentes. En el marco del curso se desarrollaran dos mini-cursos dedicados a SIG y dengue y a Modelos de Transmisión y Predicción en dengue así como otras actividades y reuniones paralelas.

**CONTACTO:**

Prof. **María G. Guzmán**, MD, PhD, DrCs.  
Jefa del Departamento de Virología.  
Instituto de Medicina Tropical ?Pedro Kourí? (IPK).

Directora del Centro Colaborador  
OMS/OPS para el Estudio del Dengue y su Vector. Teléfono: (537) 202-0450  
Fax: (537) 204-6051

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigelosis.**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 01/06/13.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	-	-	-**
ARTEMISA	-	4	6	19	5.55	18.19
MAYABEQUE	-	1	6	12	6.56	13.47
LA HABANA	-	-	1	3	0.05	0.14
MATANZAS	-	-	23	4	3.90	0.67
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	-**
CIENFUEGOS	-	2	2	5	1.72	4.37
S. SPIRITUS	-	-	2	-	0.64	0.64**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	-**
CAMAGÜEY	1	1	25	49	8.70	17.35
LAS TUNAS	6	2	57	62	22.47	25.03
HOLGUIN	-	-	2	-	0.29	0.29**
GRANMA	-	-	6	1	0.84	0.14
SANTIAGO DE CUBA	-	-	4	1	1.62	0.40
GUANTANAMO	2	1	13	14	5.28	5.74
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	9	11	147	170	2.97	3.46

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: 05/06/13.**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alimentos	14	12	206	171	1.83	1.53
Ciguatera *	-	-	14	9	0.12	0.08
Hepatitis viral **	-	-	8	1	0.07	0.01
EDA	-	1	3	5	0.03	0.04
IRA	5	1	41	37	0.36	0.33
Agua	3	-	6	11	0.05	0.10
Varicela	-	2	57	35	0.51	0.31

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: 01/06/13.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	2	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	9	11	147	171	2.97	3.48
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	23	20	0.45	0.40
TUBERCULOSIS	13	13	270	298	5.88	6.53
LEPRA	5	10	103	92	2.23	2.01
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	21424	12388	264127	212225	6275.10	5080.91
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	7	3	0.12	0.05
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	3	0.02	0.05
TÉTANOS	-	-	-	1	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	57	30	910	562	32.29	20.10
MENINGITIS BACTERIANA	8	6	105	122	2.93	3.43
VARICELA	501	379	13663	10688	169.47	133.60
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	19	18	337	206	6.37	3.93
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	2	10	0.04	0.18
LEPTOSPIROSIS	-	4	28	30	1.22	1.31
SÍFILIS	53	71	1114	1258	23.62	26.88
BLNORRAGIA	116	106	2433	2207	47.65	43.56
INFECC. RESP. AGUDAS	127926	117117	2617452	2578430	56260.90	55849.62

**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. Denis Verdasquera Corcho.	<b>Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)</b>
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> Téc. Irene Toledo Rodríguez	<b>Dra. Ángela Gala González (Epidemiología)</b>

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

Internet://www.ipk.sld.cu