



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

[ISSN- 2490626](#)

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

Índice

El fenómeno "CHEMSEX" y su relación con el incremento de las infecciones de transmisión sexual.....	318
Tablas:.....	319

EL FENÓMENO "CHEMSEX" Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Autores: Dra. Niurka Molina Águila¹, Dra. Elba Cruz Rodríguez¹, Dra. Gisela del Pilar Toledo Rodríguez¹.

¹ Departamento de Vigilancia e Investigaciones Epidemiológicas. Centro de Investigación, Diagnóstico, y Referencia. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri".

Introducción

La morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de patógenos de transmisión sexual compromete la calidad de vida, así como la salud sexual, reproductiva, la salud infantil y la del recién nacido. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan los cambios celulares que preceden algunos tipos de cáncer¹.

La OMS calcula que, en la Región de las Américas, 51 millones de adolescentes y adultos (de 15 a 49 años) sexualmente activos

contrajeron una ITS fácilmente curable en el 2012².

La epidemia de la infección por el VIH en la Región afecta principalmente a las poblaciones clave, entre ellas las personas transgénero, los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que tienen un comportamiento sexual de riesgo,⁵ trabajadores y trabajadoras sexuales así como otros hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes, usuarios de drogas inyectables y, en algunos países, las poblaciones indígenas³.

La prevalencia de la infección por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se sitúa entre 7% y 20% en América Latina y entre menos de 1% y 33% en el Caribe⁴.

La prevalencia de la infección por el VIH es más alta en las mujeres transgénero, situándose entre 15,5% y 31,9%. En las trabajadoras sexuales, se estima que la prevalencia de la infección por el VIH es de 6% en América Latina, llegando a 8% en el Caribe. La mediana de prevalencia de sífilis es de 2,3% (0,5% 53%) en la Región en su totalidad. En cuanto a los usuarios de drogas inyectables, la prevalencia de la infección por el VIH en la Región se sitúa entre 2,5 y 11%⁵.

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH)– son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad. Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual, y la principal vía de transmisión (99 %) son las relaciones sexuales.⁶

Las poblaciones clave siguen enfrentándose con grandes estigmas y discriminación, tanto a nivel de la comunidad como en los servicios de salud y corren un riesgo mayor de sufrir violencia física y homicidios motivados por el odio, la homofobia y la transfobia. Estos grupos deben superar barreras estructurales que les impiden el acceso a medidas integrales de prevención de la infección por el VIH y las ITS, a servicios de atención y tratamiento, y a otros servicios de protección social y de salud⁷.

Sexo, alcohol y drogas, amigos y enemigos de las grandes fiestas, este trinomio acompaña a la humanidad desde tiempos

inmemorables, hombres, mujeres, heterosexuales u homosexuales se han dejado llevar en cualquier época por los efectos de las drogas y el alcohol, probando nuevas sensaciones, estados mentales y desinhibiciones con los que sobrepasar los rutinarios límites del sexo⁷.

El chemSex (sexo químico) es un fenómeno emergente y se refiere al consumo de drogas para facilitar la actividad sexual. Los expertos lo definen como la combinación de relaciones sexuales con el uso de determinadas drogas ilegales o sin receta con el fin de facilitar, potenciar o prolongar (a veces en sesiones de más de un día) el encuentro sexual. Este fenómeno también se ha denominado “Party and Play” (“PnP”) en Norteamérica y en Australia “intensive sex partying”⁸.

Desarrollo:

Aunque el uso de drogas recreativas en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no es reciente, se ha observado en estos últimos años un cambio importante en los patrones de consumo, tanto en el tipo de sustancias utilizadas como en los escenarios donde se produce este consumo. Así, se viene observando una nueva tendencia de consumo de drogas asociadas con la actividad sexual. Este fenómeno, denominado “*chemsex*” en inglés, consiste en el consumo de drogas psicoactivas antes o durante la actividad sexual⁸.

Esta práctica se ha asociado a un mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de otros problemas de salud relacionados, como por ejemplo la adicción, intoxicación, mala adherencia al tratamiento antirretroviral, interacciones farmacológicas⁸. De momento existe poca evidencia científica sobre la dimensión del *chemsex* en el mundo y sobre la efectividad de las estrategias preventivas.

No existe un perfil único de consumidores de este tipo de sustancias, y en cualquier caso difiere mucho del clásico usuario de drogas inyectadas que podía encontrarse en la década de los años 80 y 90, por lo que las intervenciones a implementar deben basarse en parámetros diferentes⁹.

Su aparición está relacionada hace aproximadamente una década, en Estados Unidos, llega a Europa a través del Reino Unido, generalmente se da entre hombres que mantienen sexo con hombres y lo novedoso es el uso de sustancias en forma de coctel, la duración de las sesiones y el contacto de sus protagonistas por internet.

Fue explicado por primera vez en el 2015 por McCall y sus colaboradores en BMJ en la editorial What is chemsex and why does it Matter y, desde ese entonces se han realizado diversas afirmaciones en medios de comunicación sobre este fenómeno, pero existen pocas publicaciones científicas y se desconoce la magnitud y dimensión del mismo en muchos lugares. Es desde el área de la *infectología* de donde han aparecido los artículos más significativos sobre el tema (Fernández-Dávila, 2016), señalando el incremento en las primoinfecciones de VIH en HSH y reinfecciones de hepatitis C en este colectivo, además de otras ITS.¹⁰

Las principales sustancias que han experimentado un aumento de consumo son las drogas sintéticas como la metanfetamina cristalizada (conocida como *tina* o *crystal meth*), γ -hidroxibutirato (GHB), γ -butirolactona (GBL) y mefedrona, aunque otras drogas como la cocaína, ketamina, *speed*, éxtasis o MDMA pueden ser utilizadas también en contextos de *chemsex* y que muchas veces se consumen por vía intravenosa, también se usan fármacos para la disfunción eréctil: *sineldafilo*.⁹

Como señala Fernández-Dávila¹⁰, los motivos para el consumo pueden ser diversos: aumentar la libido, intensificar o potenciar el placer sexual, facilitar la desinhibición, prolongar la duración de las sesiones de sexo, facilitar ciertas prácticas sexuales que podrían ser dolorosas (por ejemplo la práctica llamada *fisting*), búsqueda de conexión con otros (sensación de pertenencia a grupo), búsqueda de intimidad emocional (especialmente en sesiones uno-a-uno), o aliviar estados disforicos (estrés, ansiedad, depresión). En España, durante los últimos meses del 2015, se ha hablado y discutido

mucho, sobre todo en los medios de comunicación, acerca del fenómeno del ChemSex. Sin embargo, incluso hasta ahora, mucha de la información que se vierte, contiene una serie de imprecisiones respecto a la terminología.¹⁰ Los principales estudios científicos publicados se circunscriben a determinados circuitos en algunas zonas de Londres (*The Chemsex study*)⁸.

En la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas del 2016 se presentaron los resultados de una encuesta realizada en 777 individuos sobre conductas sexuales que evaluaba la prevalencia del *chemsex* y el *slamming* en el Reino Unido. Un 29% de los participantes reveló haber practicado *chemsex*, y uno de cada diez había practicado *slamming*. Los practicantes de *chemsex* o *slamming* tuvieron seis veces más probabilidad de practicar sexo sin preservativo y una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de presentar una ITS¹¹.

A pesar de no tratarse de un estudio específico sobre *chemsex*, se han publicado en España datos sobre el consumo de drogas recreativas a partir de la encuesta europea por internet para HSH (Estudio EMIS),^{12,13} realizado en el 2010 en 38 países europeos. En este estudio destaca el alto consumo de algunas drogas entre HSH, y su asociación con prácticas sexuales de riesgo, especialmente en el caso de "policonsumo (definido como el consumo de tres o más drogas diferentes en los últimos 12 meses), y en los inyectores de drogas, aunque este subgrupo sería minoritario. Se observó un mayor consumo de drogas en HSH respecto a la población general, y dentro de este grupo, mayor prevalencia de consumo en HSH con VIH, tal como señala un estudio realizado en HSH con VIH en el Reino Unido¹⁴.

En un sub-análisis del estudio, realizado en el 2013 en Barcelona, se observó que el 28,3% de HSH encuestados en locales de ocio gay habían consumido alguna droga (exceptuando alcohol) en su última relación sexual¹⁵.

En otro estudio realizado en España se observó un mayor consumo de drogas en HSH mayores de 25 años¹⁶.

Como se ha señalado, una proporción significativa de consumidores tienen infección por VIH, estando la mayoría de estos en tratamiento con antirretrovirales, por lo que pueden aparecer interacciones potencialmente serias¹⁷.

Otra interacción a destacar es la que se da entre estos antirretrovirales potenciados y los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (sildenafil, etc), frecuentemente utilizados en contextos de *chemsex* (debido a las disfunciones eréctiles asociadas a algunas de estas drogas, y también por la larga duración de algunas sesiones), que podrían aumentar la concentración de los inhibidores de la fosfodiesterasa, con el riesgo de aparición de efectos adversos importantes, por lo que también debería ajustarse la dosis de estos.

La utilización conjunta de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 y *poppers* puede provocar hipotensión, que en algunos casos podría ser grave¹⁷.

Los estudios realizados sobre el impacto del consumo de drogas recreativas en la adherencia al tratamiento antirretroviral de los HSH son aun escasos. Un estudio publicado en 2012 halló que las personas infectadas por el VIH y con un diagnóstico de dependencia/abuso de metanfetamina tenían una adherencia a su tratamiento antirretroviral significativamente más baja que los no adictos¹⁸.

Estrategias de intervención y retos

La identificación de aquellos problemas de salud y riesgos asociados al *chemsex*. Sin embargo, muchas de las personas que lo practican no tienen contacto con los servicios de salud, excepto en situaciones puntuales, por ejemplo, cuando presentan alguna ITS acuden a urgencias por cuadros de toxicidad o sobredosis, o para recibir profilaxis post-exposición del VIH, o en el caso de personas con VIH cuando acuden al control rutinario.

Estas pueden ser oportunidades únicas para conocer la posible existencia de problemas relacionados con el *chemsex*. Es aconsejable realizar una anamnesis, preguntando sobre actividad sexual y prácticas de riesgo,

antecedentes de ITS, consumo de drogas durante el sexo, y en caso afirmativo tipo de drogas, frecuencia y vías de administración, antecedentes de sobredosis, aparición de problemas relacionados con su consumo.

Se pide que los médicos sean proactivos, con tacto, sin ningún tipo de actitud juzgadora o inquisidora, de lo contrario la persona puede sentirse cohibida y no responder o hacerlo parcialmente. Hay que tener en cuenta la doble estigmatización que pueden sentir algunas de estas personas por su condición de HSH y consumidores de drogas, por lo que el trato debe ser especialmente cuidadoso,

Para ello se debe contar con un equipo multidisciplinario para la entrevista individual donde se incluya además del especialista clínico, uno con experiencia de atención psicológica a estas personas, para poder tener un contacto más estrecho con ellas y conocer sobre consumos y hábitos personales de la población joven y/o activa sexualmente que ya haya tenido una ITS, dando psicoterapia e identificando a personas que tienen dificultades en las relaciones interpersonales, para conseguir un compañero sentimental y una relación, indagar que es lo que no funciona dentro de ellos, que los hace más vulnerables, profundizar en sus vidas y ver que está ocurriendo, que ocurrió en su infancia, vivencias que tuvieron, el proceso de aceptar su identidad homosexual y la aceptación en su entorno y así conocer la sexualidad de riesgo y que utilizan esta práctica para sentirse uno más dentro del grupo sin ser rechazado⁹.

Conclusiones:

Aunque en nuestro país existen regulaciones que controlan el uso de las sustancias sicotrópicas con mi revisión quiero que se entienda la necesidad de una atención lo más especializada posible, conociendo muy bien a la población con la que se trabaja y prepararnos, comenzando por el conocimiento acerca de todos estos fenómenos que lejos de alarmarnos debemos asumirlos para poder enfrentarlos una vez detectados.

Los factores descritos nos llevan a pensar que, si bien se trata de un grupo diferenciado de individuos con una forma muy concreta de experimentar la sexualidad, las cifras mostradas resultan suficientes para considerar el riesgo que estas personas pueden tener para su propia salud y la de su entorno.

Los estudios disponibles sobre el *chemsex* indican que es un fenómeno que no podemos ignorar, tampoco magnificar, sino que es un reto para los profesionales sanitarios, autoridades políticas, y los medios de comunicación, con enfoques dirigidos a la reducción de riesgos y daños.

Referencias bibliográficas

1. Alfonso Castro, M. (2003). Estrategia educativa dirigida a las enfermedades especializadas en ITS de la atención primaria de salud, (Tesis). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. How AIDS changed everything: MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: ONUSIDA; 2015 [consultado el 13 de febrero del 2016]. Se encuentra en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf.
3. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. PLoS One. 8 de diciembre del 2015; 10(12):e0143304. doi: 10.1371/journal.pone.0143304. eCollection 2015.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The gap report [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: ONUSIDA; 2014 [consultado el 13 de febrero del 2016]. Se encuentra en: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Aidsinfo. Se encuentra en: <http://aidsinfo.unaids.org>.
6. Pérez Maritza, Fernández González Lisbeth, Fariñas Reinoso Ana Teresa. La enfermera encuestadora en la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Jun 24] ; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000300005&lng=es.
7. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. 52.o Consejo Directivo de la OPS, 65.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/18) [consultado el 13 de febrero del 2016]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23143&Itemid=270&lang=es.
8. Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. *London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine*.
9. Coll, J., Fumaz C. R.,. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención *Institut de Recerca de la Sida-IrsiCaixa, Barcelona. 2Fundació Lluita contra la Sida-Hospital de Dia de VIH-Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona. Rev Enf Emerg 2016;15(2):77-84*

10. Fernandez-Davila P. "Sesion de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sex con hombres en Espana. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2016;4 (7):41-65.
11. Pufall ER, *et al*. Chemsex and high-risk sexual behaviours in HIV positive men who have sex with men. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 913, 2016.
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en Espana. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf> (Consulta marzo 2016).
13. Folch C, *et al*. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc)*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.04.030>.
14. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, *et al*. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014;1(1):e22-31.
15. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Informe epidemiològic CEEISCAT. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES). Document tècnic número 22. Barcelona: CEEISCAT, 2015. Disponible en: <http://www.cceiscat.cat/documents/sives2015.pdf> (Consulta febrero 2016).
16. London Friend, Antidote. Out of your mind. 2014. Disponible en: <http://londonfriend.org.uk/wp-content/uploads/2014/06/Out-of-your-mind.pdf> (Consulta enero 2016).
17. Montoya JL, Georges S, Poquette A, Depp CA, Atkinson JH, Moore DJ; Translational Methamphetamine AIDS Research Center (TMARC) Group. Refining a personalized mHealth intervention to promote medication adherence among HIV+ methamphetamine users. *AIDS Care*. 2014;26(12):1477-81.
18. Moore DJ, Blackstone K, Woods SP, Ellis RJ, Atkinson JH, Heaton RK, Grant I; Hnrc Group And The Tmarc Group. Methamphetamine use and neuropsychiatric factors are associated with antiretroviral non-adherence. *AIDS Care*. 2012;24(12):1504-13.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 05/10/19

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019 *
PINAR DEL RIO	-	7	814	302	150.38	55.98
ARTEMISA	6	10	536	524	120.78	117.81
MAYABEQUE	6	5	400	458	115.79	132.71
LA HABANA	19	51	3272	3311	175.88	176.46
MATANZAS	11	3	942	893	146.73	138.92
VILLA CLARA	6	13	1179	1262	183.72	197.77
CIENFUEGOS	1	6	456	629	125.74	173.44
S. SPIRITUS	3	19	717	386	171.11	92.33
CIEGO DE AVILA	6	18	262	595	71.99	163.41
CAMAGÜEY	1	17	587	1159	94.38	187.37
LAS TUNAS	15	13	806	432	182.02	97.69
HOLGUIN	15	43	740	714	93.84	90.84
GRANMA	10	55	607	667	87.76	96.69
SANTIAGO DE CUBA	14	48	991	1356	119.81	164.44
GUANTANAMO	4	11	672	814	147.13	178.10
ISLA DE LA JUVENTUD	1	3	216	163	291.80	221.03
CUBA	118	322	13197	13665	137.57	142.79

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: 09/10/19

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Alimentos	1	4	156	131	1.39	1.17
Ciguatera *	-	-	29	35	0.26	0.31
Hepatitis viral **	-	-	1	5	0.01	0.04
EDA	-	-	1	7	0.01	0.06
IRA	2	2	36	36	0.32	0.32
Agua	-	-	4	1	0.04	0.01
Varicela	-	-	48	53	0.43	0.47

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

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 05/10/19.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	6	5	256	110	2.67	1.15
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	9	9	0.09	0.09
TUBERCULOSIS	18	10	472	493	5.62	5.89
LEPRA	7	2	163	152	1.95	1.83
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	3328	2879	171137	129582	1827.43	1387.00
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	8	8	0.08	0.08
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	2	0.02	0.04
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	111	29	2968	1516	35.62	18.24
MENINGITIS BACTERIANA	9	5	295	264	3.35	3.01
VARICELA	118	322	13197	13648	137.57	142.61
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	11	11	291	437	4.14	6.23
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	20	22	0.24	0.26
LEPTOSPIROSIS	2	3	98	70	1.28	0.92
SÍFILIS	79	67	3772	3215	41.81	35.72
BLENORRAGIA	38	73	2296	2203	26.26	25.25
INFECC. RESP. AGUDAS	93220	88237	4625286	3332681	51411.48	37132.07

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.	JEFES DE INFORMACIÓN:
EDITOR: DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	

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

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