BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Instituto Pedro Kourí

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kourí". 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:

Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba…….....121
Propuesta de modelo de eliminación local de la TB……122
Tablas:……...127

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 7 de mayo, se encuentran ingresados un total de 230 pacientes, sospechosos 117 y confirmados activos 113. En el día en Cuba para la COVID-19 se realizaron un total de 393 muestras para la vigilancia, resultando positivas 29. El país acumula 14 millones 351 mil 517 de muestras realizadas y 1 millón 113 mil 483 positivas. Se reporta 1 caso asintomático en el día, acumulándose un total de 147 mil 725 que representa el (13,3%) de los confirmados hasta la fecha. Del total de casos diagnosticados (29), pertenecen al grupo de edad: menores de 20 años (23), de 20 a 39 años (4), de 40 a 59 años (0), de 60 y más (2). De 1 millón 113 mil 483 pacientes diagnosticados con la enfermedad, se mantienen ingresados 113 activos, de ellos con evolución clínica estable 112. Se acumulan 8 mil 530 fallecidos, letalidad de 0,77% vs 1,0% en el mundo y 1,53% en las Américas; dos evacuados, 57 retornados a sus países, en el día hubo 25 altas, se acumulan 1 millón 104 mil 781. Se reporta un paciente grave confirmado en las Unidades de Cuidados Intensivos del país.

PROPUESTA DE MODELO DE ELIMINACIÓN LOCAL DE LA TB.

Autores: Prof. Edilberto González Ochoa MSc. Dr C*, Alexander González Díaz MSc*,Rita María Ferrán Torres MSc*

* Centro de Investigación Diagnóstico y Referencia. Departamento de Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Centro Colaborador OPS/OMS para la Eliminación de la TB. La Habana.

Resumen

Introducción: Progresar hacia la eliminación de la tuberculosis (TB) requiere iniciativas creadoras de alcance profundo.

Desarrollo: Proponemos un modelo para la eliminación local de la TB según las características del sistema nacional de salud cubano. Se basa en la renovación de cinco acciones prioritarias en el nivel municipal y de los Grupos Básicos de Trabajo de las áreas de salud: 1- Creación del comité municipal de eliminación de la TB, 2- Esclarecimiento de los principios y pilares de la estrategia en el marco de esa iniciativa, 3- Análisis de la situación epidemiológica basal municipal, 4- Ordenamiento de los recursos humanos, económicos y financieros, 5- Elaboración del plan de acción. **Conclusión:** este enfoque favorecerá el avance de las intervenciones integrales inter-multidisciplinarias, diferenciadas indispensables.

Palabras claves: tuberculosis, eliminación, local, municipal, Cuba.

Introducción

La tuberculosis (TB) es reconocida como una enfermedad social con un conjunto de aspectos médicos [1,2]. No es necesario insistir en su asociación con las malas condiciones sociales de vida. Su variación favorable depende, en cualquier instancia, de la determinación social de la salud, actuante sobre sus procesos de infección y enfermedad [2,3,4,5]. La voluntad política centrada por la estructura del poder social es definitoriamente sustantivo.[2-3] En Cuba su control se ha favorecido sostenidamente a partir de la inversión social aportada por el Gobierno a partir del año 1959 en los campos de la educación, la salud y la seguridad social.[6] Todo esto ha sido expresado en los compromisos de las reuniones de alto nivel de la ONU, siguiendo la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), claramente se revela la importancia de la determinación social en la estrategia Fin de la TB de la OMS y su iniciativa de eliminación .[1,2,7,8]

En 2019, antes de la COVID 19, la notificación de casos de TB (nuevos y recaídas) en Cuba fue de 636 (5,6/100 000 habitantes); en 2020 se notificaron 580 (5,2/100 000 habitantes) [9] y del total de 168 municipios del país, 108 (64%) alcanzaron cifras de incidencia menores de 5/100 000 habitantes, de ellos 50(45%) menores de 1/100 000 habitantes.

La eliminación de la TB requiere un cambio de paradigma, uno de cuyos mensajes claves es que la TB se elimina barrio por barrio, consejo popular por consejo popular, área de salud por área de salud y municipio por municipio. En las perspectivas del programa para la eliminación este es un aspecto esencial.

Esta comunicación tiene el propósito de examinar la propuesta de un modelo cubano para enfocar la eliminación local de la TB (ELOC-TB).

Desarrollo: Descripción general

ELOC-TB consiste en un proceso interactivo, recurrente, continuado, dirigido a disminuir la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* para acelerar la reducción de la incidencia y la mortalidad de la TB. Prioriza los grupos vulnerables (GV) en los barrios, asentamientos críticos o instituciones cerradas, donde es evidente un mayor riesgo de la infección y la enfermedad activa.

Los elementos de ELOC-TB son:
1-Creación de un Comité Municipal Intermultisectorial de Eliminación de la TB como problema de salud pública (ETB-PSP); 2- Esclarecimiento de los principios y los pilares de la ETB-PSP municipal concretamente ajustados al municipio objeto del enfoque; 3- Análisis de los datos epidemiológicos; 4- Ordenamiento de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios iniciales y prospectivos; 5- Elaboración del Plan de Acción del Proyecto In3.
1- Creación del Comité Municipal de ETB-PSP.
La constitución de la República de Cuba expresa que la salud es un derecho del pueblo y actualmente se impulsa la política de desarrollo local municipal.[10,11]
La TB es un problema de salud que el Gobierno cubano ha priorizado desde el año 1959.
El Programa de Lucha contra la TB de 1963, adoptó el propósito de eliminarla como problema de salud pública. Desde 1965 hasta ahora, su incidencia disminuye desde 65 hasta 6,2/100 000 habitantes en 2019 y la mortalidad a 0.4/100 000. Estos valores no variaron sustancialmente en los 10 años anteriores a esa fecha. Para acercarnos a la ETB-PSP (TB =0) en la mayoría de las áreas del país, un órgano gubernamental –Comité de ETB-PSP- deberá impulsar y velar por todo lo social y económico necesario del territorio y población en que este se ubica. Debe ocuparse de las rendiciones de cuenta con periodicidad semestral.
2- Esclarecimiento adaptativo de los principios y pilares de la ETB-PSP concretamente ajustados al municipio objeto del enfoque en cuestión.
ELOC-TB sigue –en general- las ideas de las interacciones entre los cuatro principios y los tres pilares de la estrategia FIN DE LA TB, plenamente aplicables:
Los pilares consisten en: 1- la atención integral; 2- las políticas audaces; 3- las investigaciones. Estos deben adherirse a los principios: 1- liderazgo y transparencia gubernamental con monitoreo y evaluación regular y sistemático que aseguren la rendición de cuentas del Gobierno (marco intersectorial); 2- apoyo social y participación comunitaria; 3- protección y promoción de los derechos humanos, la ética y equidad; 4- Adaptación en el contexto nacional.[2]
3- Análisis apropiado de los datos epidemiológicos sobre la TB.
El registro, notificación y almacenamiento de los datos de la vigilancia de la TB es crucial. Debemos avanzar en el proceso de la informatización en el nivel local. Esto es también consistente con el desarrollo local impulsado por el Estado y Gobierno cubano.
El análisis debe privilegiar los datos de los grupos poblaciones vulnerables, a los asentamientos críticos e institucionales cerrados (puntos calientes), asociados a los indicadores de los efectos e impactos de las acciones.
4- Ordenamiento de los recursos.
Es imprescindible mantener la cobertura de los servicios –médicos, enfermeras(os), técnicos de laboratorios y otros- bien capacitados en la ETB-PSP.
Es vital comprender que debemos mantener una resistencia creativa ante las adversidades de los obstáculos impuestos por el bloqueo económico.
Partiendo de la situación presente debemos proyectar las necesidades urgentes y propiciar las soluciones, con recursos nacionales que aseguren la soberanía tecnológica en todo lo que sea posible.
5- Elaboración del Plan de Acción
Debe comenzar por la identificación de las áreas de salud donde es posible lograr la TB=0. El plan debe seguir la guía orientada por la OMS[12,13] con los ajustes de las matrices FODA nacional y provincial.
Estos aspectos constituyen un ciclo reiterativo en el espacio-tiempo progresivo. Sigue las políticas de desarrollo local de cada municipio.
La tabla 1 presenta una idea general de las acciones básicas iniciales que deberían ejecutarse para enfocar la ELOC-TB mediante la Intervención Integral Intersectorial.

Tabla1. Propuesta de acciones básicas a desarrollar en el modelo de eliminación local de la TB en los territorios basadas en la intervención integral Intermultisectorial

Línea de base (antes) (1)	Procesos In3 para ELOC-TB (2)	Métodos y evaluación (después) (3)
1. Medición/análisis de las desigualdades/inequidades locales y territoriales.	1. Aplicación diferenciada de investigaciones: 1.1 Diseño de IAP 1.2 Debate Grupal y análisis de las opiniones sobre las guías actualizadas sobre el manejo integrado de la TB y enfermedades respiratorias (AITER/PAL)	Trimestral-semestral Anual, trienal, Quinquenal
2. Calidad de la atención médica de la TB activa.	2.1. Aplicación y análisis de formulario con puntajes y entrevistas abiertas a los médicos, enfermeras y pacientes.	Según ocurrencia de los casos de TB.
3. Calidad de las historias Epidemiológicas	3.1. Aplicación de formularios con puntaje y entrevistas a directivos de epidemiología de Áreas de Salud 3.2. Debate sobre estudio de casos y contactos.	Según ocurrencia de casos de TB activa.
4. Calidad de la quimioterapia anti TB (QAT)	4.1 Aplicación de formularios con puntaje y entrevistas abiertas a médicos, enfermeras y pacientes. 4.2. Proceso de IAP sobre QAT 4.3. Videos debates	Según ocurrencia de los casos de TB activa
5. Calidad del proceso de identificación de personas con ITBL en las GV con su seguimiento.	5.1. Aplicación informática para el registro normal de las personas de los GV prioritarios. 5.2. Aplicación de PDT y de IGRA (si disponible) 5.3. Aplicación de terapia preventiva a las personas con LTBL hasta su completamiento. 5.4. Análisis del resultado.	Mensual, trimestral, Semestral Anual, trienal, quinquenal

ELOC-TB= Eliminación local de la TB. In3=Intervención Integral Intersectorial IAP=Investigación-acción participativa
* Para ejecutar en los Grupos Básicos de trabajo, (GBT) Área de salud de la Atención Primaria de Salud (APS)
ITBL= Infección tuberculosa latente; GV= Grupo Vulnerable; PDT= Prueba dérmica Tuberculinica

Comentarios adicionales

Los datos de la evaluación de los indicadores epidemiológicos aportados por el PNCET y de los estudios de Evaluación Rápida-Epidemiológica, propician el análisis de la situación epidemiológica del territorio. Este análisis pone en manos y en debate a la Comisión de Salud Municipal, dentro de la cual deberá funcionar el Comité de Eliminación de la TB, dirigida por el Intendente del Gobierno Municipal con la participación y guía técnica de la Dirección Municipal de Salud. Estas instancias se proyectarán hacia los equipos de salud correspondientes, quienes reelaborarán el Plan de Acción con las nuevas informaciones y recomendaciones obtenidas de los estudios de casos de las personas pertenecientes a los GV de mayor riesgo identificados. La ejecución del Plan de Acción conlleva su monitoreo y evaluación, con las consultas interactivas y las retroalimentaciones necesarias. Sumamente importantes son las mediciones de los efectos inmediatos tomando en cuenta la magnitud y calidad de los procesos, así como los impactos a corto y mediano plazo de los indicadores magnos y de los complementarios en la estrategia Fin de la TB. Si el plan de acción local está bastando al plan de desarrollo económico

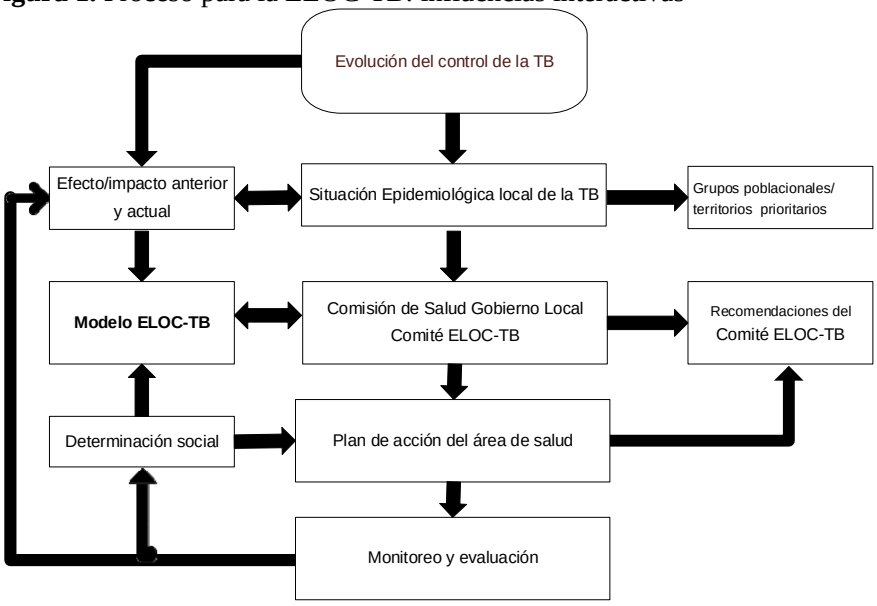
social, no habrá contradicciones en cada territorio. No existen dos municipios idénticos, la realidad consiste en sus diferencias locales dentro de la unidad provincial y nacional. El Gobierno Municipal es el máximo responsable de obtener la meta deseada. Para ello debe impulsar dicho plan de acción ajustado a su situación epidemiológica y los recursos dispuestos.

La variación aleatoria en el nivel desagregado de las áreas de salud (consejos populares) suele ser notables. Es aconsejable utilizar mediciones de resumen para períodos quinquenales y que disminuyen la influencia de los valores aleatorios o aberrantes.[14] Es importante aportar la validez y fidelidad de los indicadores de notificación de casos y sus definiciones. Además, el análisis de las desigualdades/inequidades debe realizarse en función de dimensiones sociodemográfica, socioculturales y socioeconómicos, dentro de procesos de monitoreo y evaluación de dichas desigualdades[4,5,15,16].

Debemos añadir que no sería posible alcanzar la meta propuesta aplicando las tácticas del periodo de control satisfactorio anterior al año 2015.

El Marco de eliminación de la TB como problema de salud pública recomienda la adopción de políticas audaces con enfoques de investigación ajustado a las necesidades mundiales y nacionales.

Figura 1. Proceso para la ELOC-TB: influencias interactivas



Referencias bibliográficas.

1. World Health Organization. Resolution 37.1. Global Strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015, Sixty-Seven. World Health Assembly. Geneva. WHO.
2. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia FIN DE LA TB: aspectos esenciales. Ginebra WHO/HTM/TB/2015.31.
3. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet] Disponible en: https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/.138
4. Martínez Calvo S, Álvarez Pérez A. Determinantes Sociales de la Salud como objeto del análisis de la Situación de Salud. En, Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2020. Pag. 40-58.

5. Iñiguez L. Espacio y territorio en el análisis de situación de salud. En Martínez Calvo S. Análisis de situación de salud. Una mirada. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2020 p. 60-85.
6. Beldarraín Chaple E. Historia de la lucha antituberculosa. Primera Década de la Revolución. 1959-1970. Revista Cubana de Medicina Tropical 2012; 38(2): 192-213.
7. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakan I, D' Ambrosio L, de Vries G, Diel R et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Eur Respir J. 2015;48:928-52
8. Torres-Duque CA, Fuentes Z, Rendón A, Palmero D, Awad CE, Salazar-Lezama MA, Dalcolmo M, D'Ambrosio L, Duarte R, Migliori GB. Hoja de ruta para la eliminación de la tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe. Arch Bronconeumol. 2018; 54(11):7-9
9. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Anuario Estadístico de Salud. 2020. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP; 2021 [citado 22 febr. 2023]. Disponible en: https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2021/08/11/anuario-estadistico-de-salud-2020/
10. *Constitución de la República de Cuba* (2019), *Gaceta oficial de la República de Cuba*, edición extraordinaria, n.º 5 de 10 de abril de 2019. [citado 22 febr. 2023]. Disponible en : http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2019/01/Constitucion-Cuba-2019.pdf
11. Noguera Fernández, Albert. La constitución cubana de 2019: un análisis crítico. Revista de Derecho Político (UNED) .2019; 105: 361-396
12. World Health Organization. Toolkit to develop a National Strategic Plan for TB prevention, care and control. Methodology on how to develop national strategy plan. Geneva. Switzerland. WHO/HTM/TB/2015.08.
13. World Health Organization. Guidance for national strategic planning for tuberculosis. Geneva. 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Kirkwood B. Essentials of Medical Statistics. Oxford: Blackwel Science. 1988. p. 4143. 18
15. Bacallao Gallestey J. Ensayo critico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud. Tesis [posdoctoral] Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. En: http://tesis.repo.sld.cu/797/jorge_bocallo_ensap_critica_sobre_medición_de_desigualdades.pdf.
16. World Health Organization. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/255652.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 22/04/23

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023 *
PINAR DEL RIO	3	7	133	248	46.35	87.31
ARTEMISA	10	10	224	179	104.83	84.57
MAYABEQUE	1	7	45	78	34.69	61.07
LA HABANA	56	61	837	1337	89.90	144.30
MATANZAS	5	15	223	295	66.56	89.70
VILLA CLARA	5	11	165	284	59.44	103.81
CIENFUEGOS	6	12	113	400	71.35	255.09
S. SPIRITUS	4	16	103	313	65.69	201.03
CIEGO DE AVILA	4	12	59	379	34.58	225.11
CAMAGÜEY	9	18	110	419	58.99	225.88
LAS TUNAS	7	13	112	308	66.23	183.33
HOLGUIN	10	22	243	461	64.04	122.97
GRANMA	3	16	140	401	42.67	123.95
SANTIAGO DE CUBA	11	55	363	1123	95.28	296.62
GUANTANAMO	11	6	128	176	82.87	115.09
ISLA DE LA JUVENTUD	-	1	10	37	32.34	119.39
CUBA	145	282	3008	6438	69.69	150.61

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: 19/04/23

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTES ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Alimentos	1	1	20	25	0.18	0.23
Ciguatera *	-	1	3	4	0.03	0.04
Hepatitis viral **	-	-	1	3	0.01	0.03
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	1	6	14	0.05	0.13
Agua	-	-	-	-	-	-
Varicela	-	2	5	34	0.04	0.31

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: 22/04/23

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	2	-	23	13	0.69	0.39
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	1	2	0.13	0.27
TUBERCULOSIS	18	6	206	222	5.45	5.93
LEPRA	3	3	39	47	1.22	1.48
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2077	1679	35736	25150	1256.47	892.81
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	-	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	-**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	-**
MENINGITIS VIRAL	20	30	233	494	8.73	18.68
MENINGITIS BACTERIANA	2	7	45	90	1.80	3.63
VARICELA	145	282	3008	6438	69.69	150.61
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	15	4	308	325	15.16	16.15
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	1	0.12	0.04
LEPTOSPIROSIS	1	-	3	19	0.89	5.72
SÍFILIS	152	171	1906	3180	66.14	111.41
BLENORRAGIA	35	33	585	491	16.44	13.93
INFECC. RESP. AGUDAS	49328	63741	1156966	925358	26867.25	21696.31

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.	**MsC. Carlos Luis Rabeiro Martinez**
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	**DrC. Gilda Teresa Toraño Peraza** **Dra. Suset Isabel Oropesa Fernández**

Teléfono; (53-7) 2807625 y 2553205 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633
Internet: http://instituciones.sld.cu/ipk