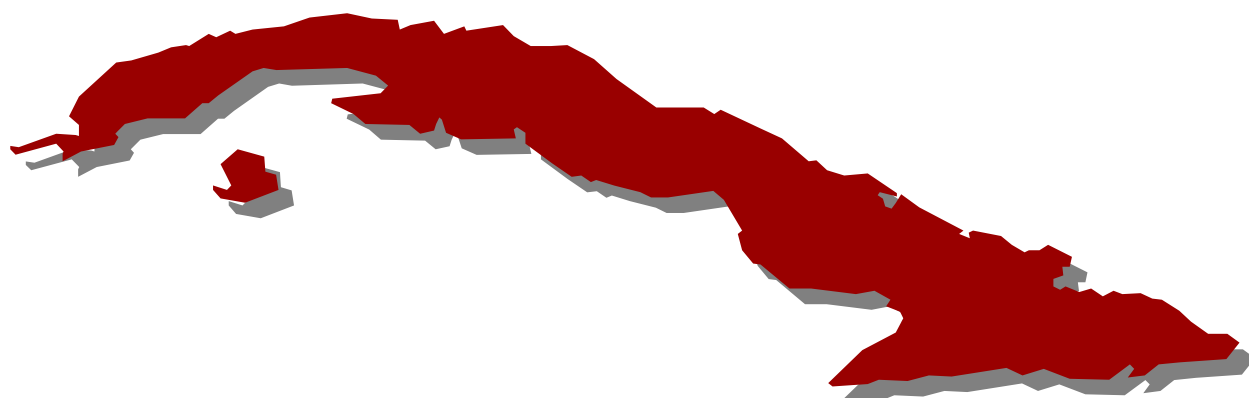




COMPORTAMIENTO ESPERADO PARA EL AÑO 2005 DE EVENTOS DE SALUD



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
AREA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA
UNIDAD NACIONAL DE ANALISIS Y TENDENCIAS EN SALUD**

ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO PROBABLE DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD SELECCIONADOS PARA EL 2005.

Introducción.

Es innegable el aporte científico de la “Metodología para el Análisis del Comportamiento Probable de algunos Problemas de Salud seleccionados”, por la integración de varias técnicas de predicción y la utilización del elemento cualitativo, dado por la opinión de los expertos, elaborado de forma que su comprensión resulte fácil, empleando una gran cantidad de gráficos y mapas que contribuyen a la mejor ilustración de los contenidos.

El aporte social de la aplicación de esta metodología, desarrollada por las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud, viene dado fundamentalmente por la posibilidad que brinda a todos los gerentes del Sistema de Salud, de tomar las decisiones pertinentes para la planificación y organización sistemática, adecuada y oportuna de los recursos humanos y materiales, ante los eventos de salud predecibles o cualquier contingencia que pueda ser perjudicial para la salud de la población, permitiendo alertas epidemiológicas oportunas y de hecho contribuir a la prevención y protección de la salud de la población.

Esta metodología que se ha desarrollado y aplicado durante los últimos ocho años en diferentes niveles y áreas de trabajo, constituye además un aporte metodológico sin dudas, en el camino de lograr mayor eficiencia en nuestro Sistema de Salud.

Método.

En esta oportunidad se analiza el comportamiento de la morbilidad de varias enfermedades transmisibles: Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Hepatitis Viral y dentro de éstas la Hepatitis A, Tuberculosis, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Sífilis, Blenorragia, VIH/SIDA, Meningoencefalitis Viral (MEV), Meningoencefalitis Bacteriana (MEB), Leptospirosis, Varicela, Escarlatina, Herpes Zoster, Lepra y Ectoparasitosis. En esta oportunidad no se incluye el análisis de las hepatitis B y C por no haberse recibido a tiempo la información necesaria de los expertos. También se presenta la mortalidad por algunas de las principales enfermedades no transmisibles: Enfermedades del Corazón, las Enfermedades Cerebrovasculares, los Tumores Malignos, los Accidentes, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, Suicidios y Lesiones auto inflingidas. Además contiene el análisis de los principales indicadores del Programa Materno Infantil y del Programa de Atención al Adulto Mayor.

Las fuentes de información empleadas estuvieron constituidas por el conjunto de series cronológicas semanales y mensuales de las enfermedades transmisibles, obtenidas de la

Dirección Nacional de Estadística (DNE) del MINSAP, correspondientes al período 1990-2004. Además se utilizaron las series anuales desde 1970 hasta el 2003 y un estimado del 2004 para la mortalidad por enfermedades no transmisibles. De igual forma se emplearon las series anuales de las principales enfermedades transmisibles para ilustrar su comportamiento desde 1990 hasta el año 2004.

Al igual que en ediciones anteriores, se obtuvo información de los principales expertos para cada problema, incluido el criterio de los responsables nacionales de los Programas de Prevención y Control de dichas enfermedades, de la Dirección de Epidemiología, Salud Ambiental y de Vigilancia y Lucha Antivectorial; así como de los Institutos de Investigación y del Programa Materno Infantil. Las opiniones de los expertos se recogieron mediante un cuestionario auto administrado, en el que se solicitó la siguiente información:

1. Elementos relevantes en el comportamiento histórico del problema, insistiendo sobre todo en el período 1995-2004.
2. Principales factores que influyeron en el mismo durante el 2004.
3. Factores que pudieran influir en su comportamiento durante el 2005.
4. Recomendaciones que haría el experto para actuar y modificar positivamente los factores señalados, de manera tal que se pueda lograr un mayor impacto en el control de cada problema.

Las características de la información disponible permitieron la utilización de las diferentes *técnicas de análisis de series temporales*. Se consideró al conjunto de las series como suficientemente *consistente* para realizar el análisis, pues de todos modos estas permitieron observar las fluctuaciones de las enfermedades estudiadas. La serie de Tuberculosis se consideró como no consistente producto de las modificaciones sufridas por el programa en 1994 y para poder efectuar el estudio de la misma, se decidió acortar el período de análisis y conformar la serie con los datos mensuales desde 1995 hasta diciembre del 2004 al igual que en los últimos años.

Las series de MEB y MEV fueron consideradas *inestables* debido a la poca frecuencia de su aparición y a su comportamiento irregular. Para la primera solamente se pudo obtener un modelo asintótico bueno para la predicción, empleando los totales de casos anuales, mientras que el comportamiento irregular de la MEV no permitió obtener un modelo adecuado, por ello solamente se utilizó la opinión de expertos para la predicción de su comportamiento en el próximo período.

Para garantizar la *comparabilidad* de los valores de la serie, se obtuvieron las tasas de incidencia para las Hepatitis Virales, Tuberculosis, Blenorragia, Sífilis, VIH/SIDA, MEV, Leptospirosis, Varicela, Escarlatina, Herpes Zoster, Lepra y los índices de atenciones médicas para EDA e IRA. Estos indicadores se calcularon para los meses y años analizados, por cien mil habitantes. En el caso de VIH/SIDA se calculó por millón de habitantes según convenio del programa. Para el estudio de las Ectoparasitosis se utilizaron las atenciones médicas reportadas en números absolutos.

En el análisis de la mortalidad se decidió utilizar las tasas brutas para cada entidad en el período de 1970 a 2004 (en este último año se empleó la tasa calculada con base anual del

período enero-septiembre, por no disponer de información más actualizada) y con ellas se confeccionaron los modelos de pronóstico. Se emplearon además las tasas ajustadas en los gráficos donde se muestra la evolución de las causas de muerte.

La **periodicidad** utilizada fue variable y estuvo determinada por las necesidades del estudio: las series de periodicidad breve (mensuales) se emplearon para pronosticar con fines de control o prevención y las series anuales para analizar el comportamiento retrospectivo de las enfermedades seleccionadas.

En este estudio se tomaron diferentes conductas con los **valores aberrantes**, los cuales fueron detectados mediante la observación de los gráficos y de los listados de valores. Se consideraron como tales aquellos que obviamente se apartaban del conjunto de valores en su entorno o en igual período en años precedentes. Los datos aberrantes fueron considerados como perdidos y sustituidos de dos maneras: si se trataba de datos aislados, se estimaron mediante la semisuma de valores vecinos, como por ejemplo en las series mensuales de Leptospirosis y MEB. En las series anuales no se reemplazaron los valores aberrantes.

El último aspecto considerado antes de comenzar el tratamiento matemático de las series fue la verificación de la presencia o no de **autocorrelación serial**, esto se logró mediante la comprobación de coeficientes de auto correlación simple y/o parcial significativamente diferentes de cero en cada serie de datos.

Finalmente se efectuó el tratamiento de las series cronológicas de la siguiente manera:

- Para los datos con periodicidad menor de un año (mensuales) y con pronóstico para igual período,
 - a) Alisamiento Exponencial con tres parámetros.
 - b) Modelación ARIMA-SARIMA
- Para los datos con periodicidad anual y pronóstico para igual tiempo,
 - a) Alisamiento Exponencial con dos parámetros.

Debe señalarse que en principio se prefirió la modelación ARIMA-SARIMA para todos los casos en las series mensuales, solamente se recurrió al Alisamiento Exponencial con tres parámetros cuando no fue posible, después de múltiples iteraciones, obtener un modelo que ajustara bien. La decisión del mejor modelo se basó en el menor valor del Porcentaje de Error Medio Absoluto (PEMA).

La modelación ARIMA es una técnica compleja, necesita de la presencia de estructuras de correlación y un número considerable de observaciones, lo cual cumplieron satisfactoriamente la mayoría de las series analizadas. La principal dificultad en la utilización de la misma estuvo dada por el laborioso proceso de identificación del modelo que mejor representa a la serie. Todos los modelos utilizados cumplieron satisfactoriamente con los requisitos que establece la modelación para evaluar la idoneidad de los mismos.

En todos los casos, el horizonte del pronóstico fue el año 2004 y períodos mensuales dentro de él. Debe señalarse además, que la presencia del componente cíclico se consideró, al igual que

en estudios anteriores, en las series de Hepatitis Viral y Varicela. El método que se empleó para estas comprobaciones fue el del análisis espectral y la obtención de series Fourier, calculándose los periodogramas de las mismas y los ciclos estadísticamente significativos.

La existencia de algunos eventos de salud que durante los últimos años han mostrado una marcada tendencia a la disminución, lo cual ha producido valores muy bajos de las respectivas tasas, como es el caso de la Mortalidad Infantil, la Mortalidad Bruta por Asma Bronquial y la Incidencia de MEB y de Lepra, hizo necesaria la utilización de modelaciones diferentes a las empleadas para el resto de las enfermedades, pues aunque se espera que ambos eventos continúen su decrecimiento, no se justifica el suponer que puedan anularse completamente. De manera que para estos cuatro casos, se construyó una ecuación mediante aproximaciones sucesivas, con una asíntota previamente consultada con expertos, al igual que en ocasiones anteriores. Con estas ecuaciones se obtuvieron los pronósticos para el año 2004 junto con sus intervalos de confianza. Consideramos válida esta metodología, pues asumimos que el comportamiento decreciente de estas entidades debe ser estable y mantenido, con lo que coincidieron los expertos consultados.

En este documento se incluye adicionalmente, para facilitar la interpretación del comportamiento de varios eventos seleccionados por la magnitud alcanzada durante el año 2004, una serie de mapas confeccionados empleando las técnicas de estratificación, utilizando los riesgos absolutos y medidas de desviación para establecer tres o cuatro rangos diferentes según el caso y de esta forma poder agrupar a los municipios del país acorde con estos. Los datos correspondientes a los municipios del país utilizados para esta estratificación, fueron ofrecidos por las Unidades Provinciales de Análisis y Tendencias en Salud, con un carácter de datos preliminares.

Documento elaborado por

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Dra. Gisele Coutin Marie | Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud |
| 2. Dra. Idalis Morales Palanco | Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud |
| 3. Lic. Angela Sánchez Carmona | Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud |
| 4. Dr. Daniel Rodríguez Milord | Director Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud |
| 5. Téc. Berta Suárez Rodríguez | Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud |

Expertos participantes

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Dra. Caridad O'Farril Montero | Unidad Nacional de Salud Ambiental |
| 2. Dr. Pablo Aguiar Prieto | Unidad Nacional de Salud Ambiental |
| 3. Dra. Josefa Llanes Cordero | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 4. Dr. Miguel A. Galindo Sardinias | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 5. Dr. Andrés Zambrano Cárdenas | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 6. Dr. Jorge Martínez Pérez | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 7. Dr. Raúl Cruz de la Paz | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 8. Dra. Tayrí González Martí | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 9. Dr. Orlando Landrove Rodríguez | Dirección Nacional de Epidemiología |
| 10. Dra. Carmen Serrano Verduras | Dirección Nacional de Epidemiología |

11. Dra. María Elena Alonso Gómez	Dirección Nacional de Epidemiología
12. Dra. María Isela Lantero Abreu	Dirección Nacional de Epidemiología
13. M.Sc. Juan Vázquez Cangas Antivectorial	Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha
14. Dra. Maria Cecilia Santana	Dirección Nacional de Atención Materno Infantil
15. Dr. Oscar Díaz	Director del Instituto Nacional de Endocrinología
.	Comisión Nacional de Diabetes
16. Dra. Vilma Hidalgo Zaldívar	Comisión Nacional de Asma
17. Dr. Francisco Valdés Lazo	Comisión Nacional de Accidentes
18. Dr. Alfredo Dueñas	Instituto Nacional de Cardiología
19. Dra. Adialys Guevara González	Centro Iberoamericano de la Tercera Edad
20. Dra. Yuselys Malagón Cruz	Centro Iberoamericano de la Tercera Edad

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO EN EL 2004 Y PREDICCIONES PARA EL 2005

Enfermedades inmunoprevenibles.

Durante el quinquenio 2000- 2004 se alcanzaron coberturas por encima del 95% en todas las vacunas excepto con vacuna DPT cuya cobertura está alrededor del 85%. Se mantuvieron eliminadas 6 enfermedades (Poliomielitis 1962, Difteria 1979, Sarampión 1993, Tos ferina 1994 y Rubéola y Parotiditis 1995.), dos formas clínicas severas (Tétanos neonatal 1972 y Meningitis tuberculosa en menores de 1 año desde finales de la década anterior) y 2 complicaciones graves (Síndrome de Rubéola Congénita y Meningitis post-parotiditis desde 1989).

Según los expertos, han dejado de constituir un problema de salud el Tétanos desde la década del 90 y el Haemophilus influenzae tipo b desde 1993; han reducido la morbilidad y la mortalidad en un 95% la enfermedad Meningocócica, la Hepatitis B y la Fiebre Tifoidea; y por primera vez en 102 años de registro de Tétanos en el país, no se reportó ningún caso.

Tabla. 1.
Cobertura de inmunización según tipo de vacuna
Cuba. 2003-2004

Vacuna	Cobertura %	
	Año 2003	Año 2004**
OPV* < 1 año	100.1	100.0
BCG < 1 año	99.1	99.5
HB < 1 año	100.8	100.5
DPT < 1 año	70.6	88.6
AM-BC 1año	103.6	103.2
Hib < 1 año	119.3	107.0
PRS 1 año	103.6	103.2
DPT-R 1 año	78.0	58.3
Hib-R 1 año	95.0	109.8
DT- 1 ^{er} grado	95.3	-
TT- 9 ^{no} grado	97.2	95.6

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología

* vacuna oral antipolio

** datos preliminares

Vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas.

Sarampión, Rubéola y Parotiditis (PRS).

La vigilancia ha jugado un importante rol durante el año 2004 al detectarse 2 brotes epidémicos, uno de rubéola y otro de parotiditis.

- **Brote de rubéola:** Se produce un brote importado por estudiantes venezolanos de las escuelas de trabajadores sociales de Santiago de Cuba, Villa Clara y la CUJAE. Se detectaron 141 casos en extranjeros y 2 en cubanos en contactos con los estudiantes. Se implantó cuarentena estricta en las 5 escuelas con estudiantes venezolanos, aunque solo se

produjeron casos en 3 de ellas. Se vacunaron con PRS mas de 10 000 alumnos y alrededor de 2 500 trabajadores.

- **Brote de parotiditis:** A partir del 3 de noviembre del 2004 se reportó un brote en la ESBU R. Massetti de Playa, con 23 alumnos y 2 profesores afectados. Se reportaron además brotes en el Centro de Reeducción de Menores del Cerro y Habana del Este con 30 afectados. Se afectaron 8 unidades militares del Occidente con un total de 44 casos y 1 caso de la Escuela Militar Camilo Cienfuegos de la Lisa. Además de un brote en la Unidad de Tropas Especiales de Guantánamo.

Se detectaron además, casos de parotiditis en población abierta de Batabanó y Quivicán y en escuelas internas de esos municipios. Se realizó la vacunación con PRS de la escuela de Playa, en los centros de Conducta, en 3 unidades militares de Occidente y en la de Guantánamo, además en 2 escuelas de alumnos internos del municipio Batabanó; y se cumplieron los indicadores de vigilancia del sarampión, rubéola y parotiditis, de Parálisis Aguada Flácida, Síndrome Coqueluchoides y Eventos adversos a las vacunas.

Durante el año 2004, se notificaron 824 casos probables de *Sarampión y Rubéola*, 226 menos que en igual período del año anterior, para un 21.5% de reducción, cumpliéndose el indicador establecido para esta vigilancia en población menor de 15 años. Todas las provincias excepto **el municipio Isla de la Juventud**, reportaron casos para estudio. Se realizó vigilancia en el 77% de los municipios y en el 68% de las áreas de salud del país. El 90% de los casos notificados fueron investigados en el IPK, resultando todos negativos, quedando pendientes de los resultados 105 casos. Se recibió de las provincias el 88% de encuestas epidemiológicas, siendo Camagüey la de mayor dificultad en el envío. Ninguna provincia cumple el indicador de envío del monosiero al IPK dentro de los 5 días después de tomada la muestra.

Se notificaron hasta la fecha 562 casos probables de *Parotiditis*, 75 menos que en igual período del año anterior, para el 11.8% de disminución, cumpliéndose el indicador establecido para esta vigilancia en población menor de 15 años. Todas las provincias excepto **el municipio Isla de la Juventud**, reportaron casos para estudio. Se realizó vigilancia en el 65% de los municipios y en el 52% de las áreas de salud del país. El 88% de los casos notificados fueron investigados en el IPK, resultando todos negativos, quedando pendientes de investigación 66 casos. Se recibieron las encuestas del 80% de los casos, siendo Camagüey la de mayor dificultad en el envío.

Vigilancia de Eventos Adversos a las Vacunas

Hasta la fecha se notificaron 1 669 eventos, alcanzándose una tasa de 56.9×10^5 dosis aplicadas, superior a la del año precedente, para un 48.9% de incremento, cumpliéndose el indicador establecido para esta vigilancia. Todas las provincias excepto **Villa Clara, Camagüey y el municipio Isla de la Juventud**, informaron más de 30 eventos por 10^5 dosis aplicadas. El 75% de los municipios del país comunicó eventos adversos. El síntoma mas frecuentemente reportado fue la fiebre de 39oC o más. Teniendo en cuenta la calidad de las encuestas, el 36,5% fueron catalogadas de buenas, el 57,5% de regular y el 6,0% de malas.

Vigilancia de Síndromes Coqueluchoides.

Se registraron 229 casos para una tasa de 6.3×10^5 habitantes menores de 15 años, superior al indicador establecido de 5.0×10^5 . No reportó casos para estudio, **el municipio especial Isla**

de la Juventud. El 70% de los casos se notifican en niños menores de 6 meses y el cuadro clínico evoluciona satisfactoriamente en menos de 7 días en el 87% de los casos.

Vigilancia de la Parálisis Aguda Flácida (PAF)

Se informaron 18 casos de PAF en el período. No se cumple el indicador de 1.0×10^5 habitantes menores de 15 años, establecido por la OPS. Se cumplen los restantes indicadores de esta vigilancia. No reportan casos las provincias de Cienfuegos, Ciego de Ávila, Holguín, Granma y el municipio especial Isla de la Juventud. Las provincias de **Ciudad de la Habana** y **Santiago de Cuba** no cumplen el indicador provincial de vigilancia.

Factores que pudieron influir en su comportamiento durante el 2004.

Positivamente.

- Altas coberturas de vacunación de manera uniforme en todos los municipios del país, lo cual evita bolsones de susceptibles.
- Vigilancia activa sobre las enfermedades prevenibles por vacunas.
- Notable mejoramiento de la cadena de frío a nivel central, provincial y periférico.

Negativamente:

- La falta de suministro de la vacuna DPT lo cual motivó que las coberturas fueran del 85% aunque esto no provocó riesgo en los niños.

Factores que pueden influir en su comportamiento en el 2005.

- Mantenimiento de las coberturas de vacunación por encima del 98 %.
- La entrega programada de vacunas debe ser cumplida en base al cronograma establecido para que no falle la distribución a las provincias.
- Incrementar la vigilancia sobre las enfermedades prevenibles y que se cumpla la vigilancia solo de casos probables basado en las definiciones establecidas.
- Evaluación mensual de las coberturas de vacunación.

Recomendaciones para lograr mayor impacto

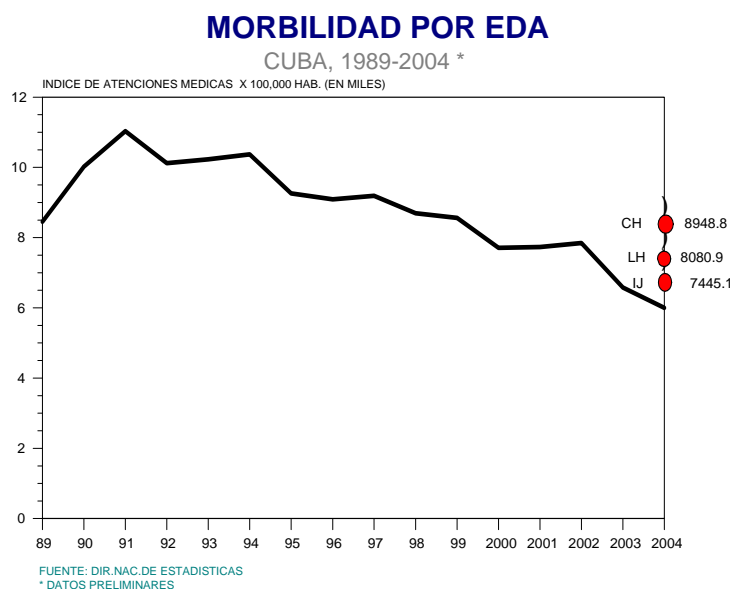
- Garantizar suministro estable de las vacunas a las provincias.
- Mejoramiento de la cadena de frío en las provincias orientales.
- Reforzar el grupo técnico asesor en prácticas de inmunización.
- Incrementar la capacitación en inmunización en la Atención Primaria de Salud.
- Elaborar una guía práctica de inmunización para médicos e familia.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades de transmisión digestiva (ETD)

Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA).

Gráfico No. 1



Las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan con un comportamiento descendente mantenido en los últimos años.

Durante el año 2004, se realizaron 675 212 atenciones médicas por EDA para un índice de 5 999.6 contra 740 265 e índice de 6 567.7 por 10⁵ habitantes en el año anterior, para una disminución del riesgo del 9.0% (65 053 atenciones menos). Esta cifra es la más baja desde el año 1980, aunque se encuentra dentro de los límites estimados para el año. Los menores de 15 años fueron los más afectados, (específicamente los menores de un

año), seguidos del grupo de 60 a 64 años. La morbilidad por estas enfermedades se mostró superior en **Ciudad de La Habana, La Habana y Pinar del Río, con tasas por encima de la media nacional (gráfico 1).**

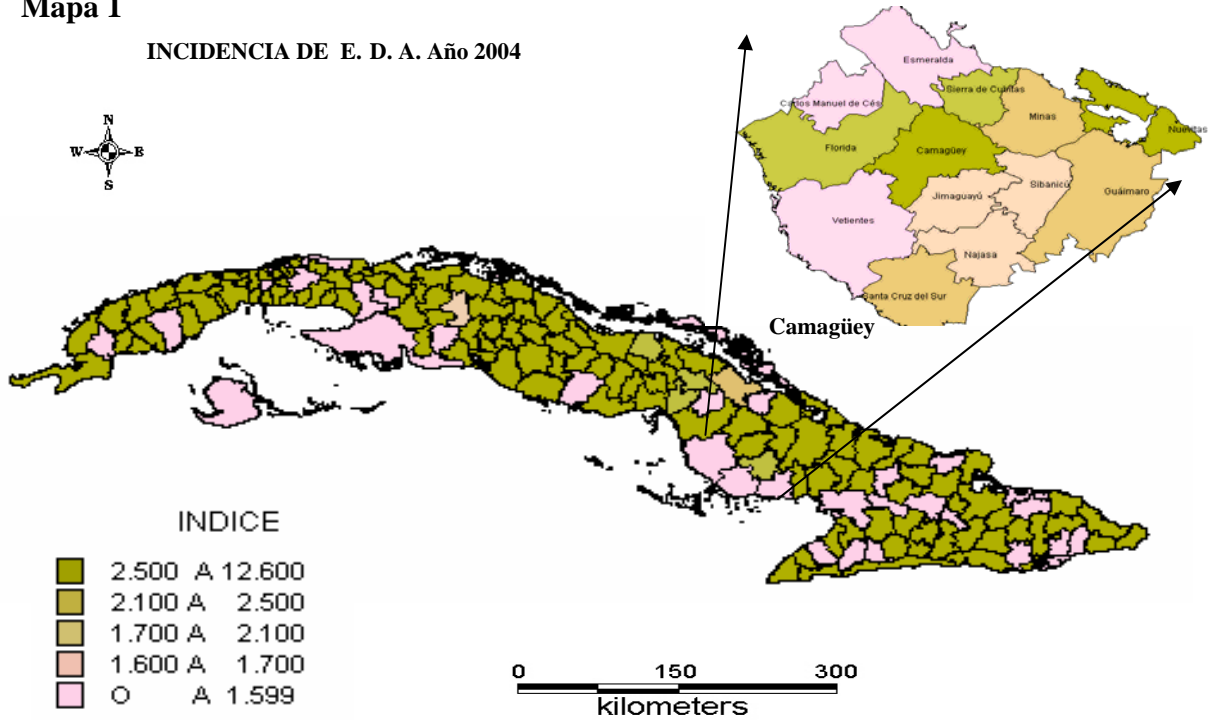
El municipio especial Isla de la Juventud también superó la media nacional, alcanzando un índice de 6 636 x 10 000 habitantes, mayor que el del año precedente, para un incremento del 0.9%. A pesar de que aumentan los casos con relación al año anterior, se debe señalar que durante casi todo el 2004 su comportamiento fue estable manteniéndose en la zona de seguridad del canal endémico. Los Consejos Populares más afectados son Cocodrilo (17.9%), La Fe (9.5%) y Abel Santamaría (8.8%) .

Como se puede apreciar las provincias occidentales fueron las de mayor incidencia de EDA en el país. Los expertos opinan que esto pudo deberse a que esos territorios fueron afectados por huracanes el año pasado.

La mayoría de las provincias disminuyeron sus índices con relación al año precedente, excepto **Camagüey, Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo**, que incrementaron sus acumulados de un año a otro, lo que se pudiera explicarse por la afectación de la sequía.

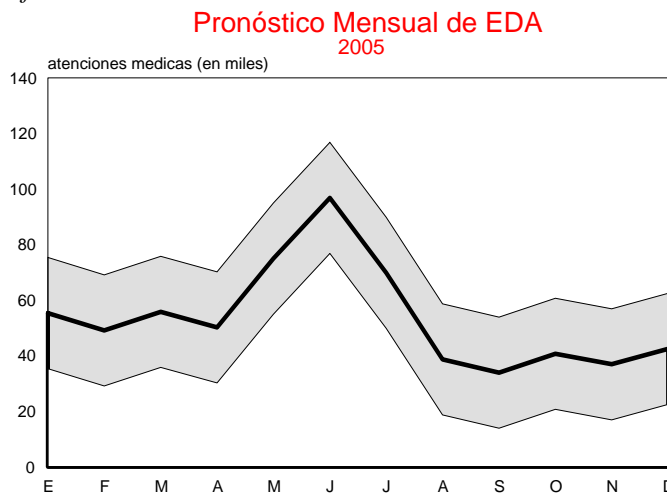
Mapa 1

INCIDENCIA DE E. D. A. Año 2004



En el mapa podemos observar como el mayor índice de atenciones médicas por EDA se concentró en el municipio cabecera de Camagüey, seguido de Nuevitas, donde se obtuvieron indicadores de 6290.8 y 5861.2 atenciones por 10^5 habitantes respectivamente.

Gráfico No. 2



Fuente: Dirección nacional de Estadística

Al analizar la serie de datos anuales se pudo obtener un índice esperado de atenciones médicas para el año 2005 de 5852.86 por 10^5 habitantes, el cual pudiera oscilar entre 4452.86 y 7252.86, con una confiabilidad del 95%.

Según las series mensuales, se espera el mayor incremento de las atenciones médicas, en los meses de Mayo, Junio y Julio, con el mayor índice estimado en el mes de Junio como es habitual (gráfico 2).

Por el Sistema de Vigilancia de la etiología de las EDA, entre los gérmenes más frecuentes se encontraron la Salmonella 30.8%, Shiguella 27.1%, Aeromonas 21.7%, E. coli 14.4%, Vibrio 2.9%, Plesiomonas 2.1% y otros 1.1%.

Hepatitis Virales.

A partir del año 1998, las hepatitis virales han mantenido una tendencia descendente en su morbilidad, aunque en el 2004 alcanzó una tasa de 90.4 por 10^5 habitantes, superior a la del 2003 (75,7), para un incremento del 19.4% (gráfico 3).

En este incremento puede haber influido el gran número de brotes y de casos de Hepatitis A, reportados en este año, como consecuencia de los factores higiénico-epidemiológicos existentes, provocados por la sequía y el paso de los Huracanes por nuestro país; teniendo en cuenta que las Hepatitis A son las que más enfermos aportan dentro del grupo de Hepatitis virales.

Las provincias de mayor incidencia fueron **Holguín** (234.9), **La Habana** (197.0), y **Villa Clara** (167.8), las tres por encima de la media Nacional.

Al analizar la serie anual, con los modelos de predicción que se han utilizado, se espera para el 2005, una tasa de incidencia de 92.97 con un intervalo de confianza que puede ir desde 73.37 hasta 112.57, y una confiabilidad del 95%.

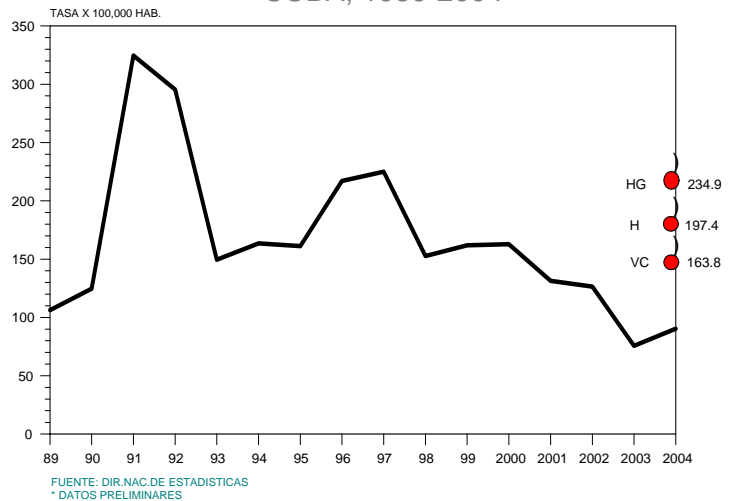
Hepatitis A.

La responsable de la mayoría de las Hepatitis virales, presenta un comportamiento descendente desde 1998, siendo el 2003 el de menor morbilidad después del año 1984 que fue de 7 832 casos.

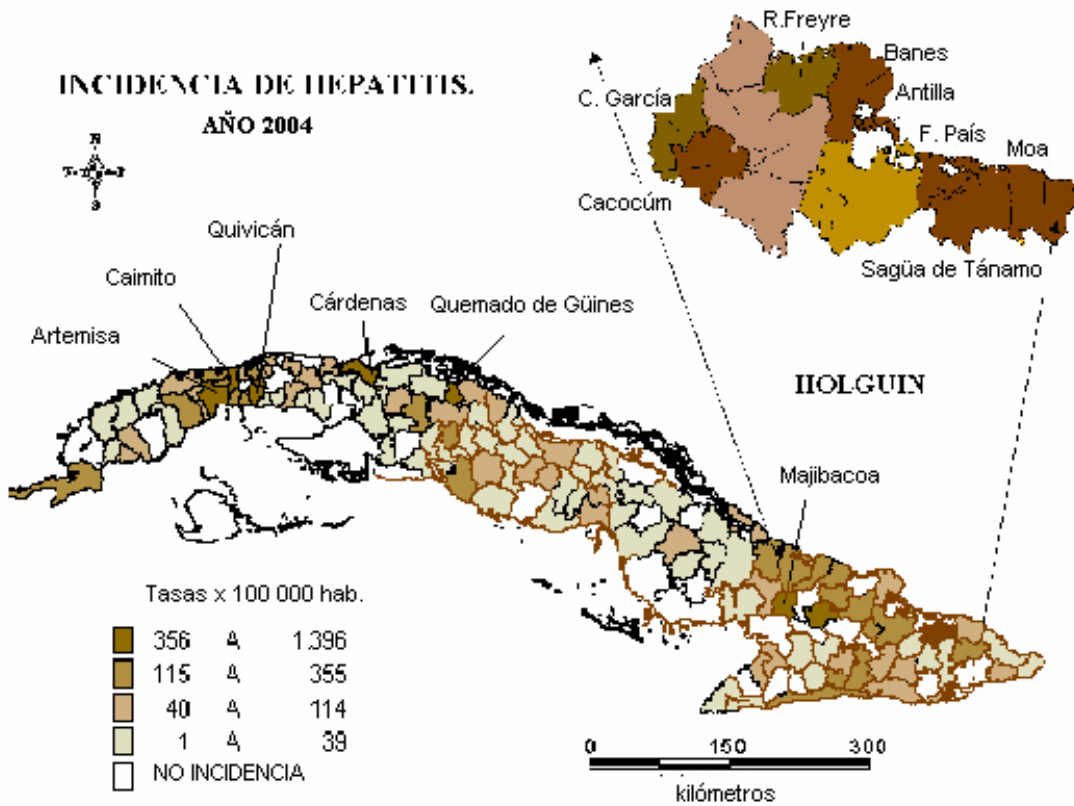
Durante el año 2004, la incidencia se mantuvo dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año, notificándose 10 168 casos para una tasa de incidencia acumulada de 90.4×10^5 habitantes, contra 8 518 y 75.7 en igual período del año anterior, lo que representa un incremento del 19.4% (1 650 casos más). Este incremento comenzó a partir del segundo semestre del año y se mantiene hasta la fecha, lo que está muy relacionado con factores climatológicos como lo son los Huracanes que afectaron a las provincias occidentales y la intensa sequía que aun afecta las provincias orientales, extendiéndose a las centrales.

En el año se reportaron 127 brotes con 2 155 casos, contra 101 y 1 478 casos el año anterior, lo que significa un aumento de los brotes y los casos en un 20.5% y 31.4% respectivamente. Según lugar de ocurrencia el mayor número de brotes ocurrió en población abierta (45.7%), seguido de las Escuelas (40.9%). Las provincias mayormente afectadas fueron **Holguín** y **Ciudad de La Habana**, cuyos brotes representaron el 37 y 15.7% respectivamente del total de brotes en el país (tabla 2).

Gráfico No. 3
**MORBILIDAD POR HEPATITIS
VIRALES**
CUBA, 1989-2004*



Mapa 2



Los municipios con mayor número de brotes fueron: el municipio cabecera de la Provincia Holguín; Boyeros de Ciudad de La Habana; Urbano Noris, Calixto García, de Holguín y Manzanillo de Granma, que aportaron casi la mitad del total.

Según informe de los expertos, se realizó un estudio de factibilidad para la introducción de la vacuna contra la Hepatitis A en coordinación con el CIGB, y además se presentó un proyecto para desarrollar un método cubano para el diagnóstico específico de la Hepatitis A en coordinación con el Instituto Finlay y el IPK. Ambas propuestas están pendientes de financiamiento.

Tabla 2
Brotos de Hepatitis A según provincias. Cuba, 2004.

Provincias	Año 2004	
	No. Brotes	%
Pinar del Río	7	5.5
La Habana	9	7.1
Ciudad de La Habana	20	15.7
Matanzas	5	3.9
Villa Clara	3	2.4
Cienfuegos	8	6.3
Sancti Spíritus	1	0.8
Ciego de Ávila	2	1.6
Camagüey	4	3.1
Las Tunas	4	3.1
Holguín	47	37.0
Granma	8	6.3
Santiago de Cuba	7	5.5
Guantánamo	-	-
Isla de la Juventud	2	1.6
TOTAL	127	100,0

Fuente: Dirección Nacional de Salud Ambiental

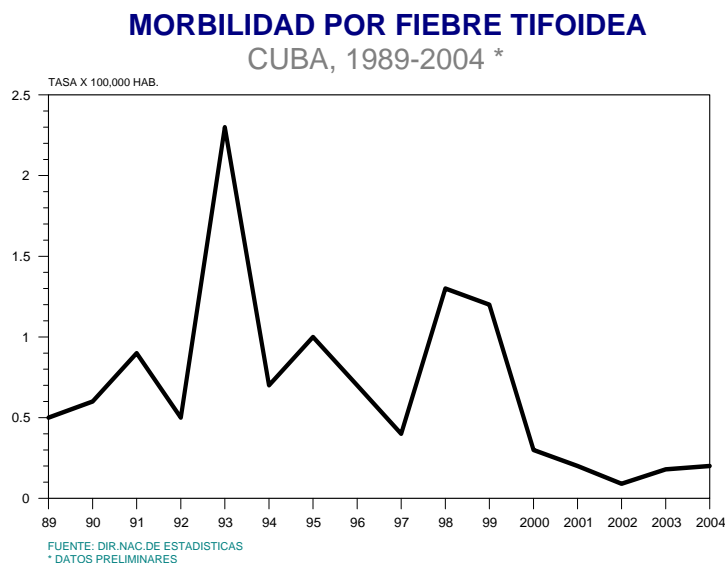
Debido al ciclismo de la enfermedad (cada cinco años en nuestro país) y a la persistencia de los factores contribuyentes, **se espera un año epidémico de Hepatitis A** y el ciclo estacional de las ETD comenzó en la semana 10, por lo que los expertos recomiendan:

- Insistir en la propuesta de financiamiento para la obtención de un método cubano, rápido y económico para diagnóstico de la Hepatitis A que propone el Instituto Finlay.
- Continuar promoviendo la conjugación de CIGB, IPK y la Republica Popular China para la producción e introducción de la vacuna china contra la Hepatitis A.
- Desarrollar por el **CNPES** un plan de acción de comunicación a la población sobre las enfermedades digestivas y ETA.
- En este mes de marzo proporcionaremos un CD-Rom sobre la enfermedades de transmisión digestivas y en ellas los controles de foco que se hará llegar a todos los policlínicos del país.

Gráfico No. 4

Fiebre Tifoidea.

Esta enfermedad endemo-epidémica aportó a la morbilidad de nuestro país 17 casos en el 2004, para una tasa de incidencia de 0.15 por 10⁵ habitantes, contra 20 casos y tasa de 0.18 en igual período del 2003, para una disminución del riesgo de enfermar, del 17.6% (gráfico 4). La mayor frecuencia se presentó en los grupos de edades de 15 a 24, seguidos del grupo de 1 a 4 y de 5 a 9 años. Las provincias afectadas fueron **Holguín** (10), **Granma** (5), **Santiago de Cuba** y **Guantánamo** (1 c/u).



Factores que beneficiaron el desarrollo del programa de Control de las EDA y las ETD en su conjunto.

Se intensificó la vigilancia de la calidad del agua para consumo público y por parte del INRH se incrementaron las acciones para mejorar la cloración y potabilidad de la misma que se elevó de un 88.0% a un 90.6% en el período analizado.

Reducción de los factores de riesgo identificados al cierre del curso escolar y una notable mejoría de las condiciones ambientales en un número importante de escuelas.

La exigencia sanitaria continúa con un comportamiento favorable en los últimos seis años. En el 2004 se produce un incremento de todos los indicadores establecidos para la evaluación de la exigencia sanitaria.

Disminución de las consultas médicas en un 11.5% y de las EDA en un 9.0% en este período.

Dentro de los factores que han influido negativamente en el comportamiento de las ETD y ETA en conjunto durante el año 2004 podemos enumerar:

No se garantiza un flujo permanente de agua, se mantiene el sistema de horario.

Situación crítica del abasto de agua presentado en la región oriental del país como resultado de la intensa sequía, principalmente en las provincias de Camagüey, Las Tunas y Holguín.

Desbordamiento de fosas por no poderse cumplir el ciclo de limpieza debido a dificultades con los medios técnicos destinados a este fin.

Deficiente cantidad y calidad de los depósitos de almacenamiento intra y extradomiciliarios de la basura

Serias dificultades con el estado técnico del alcantarillado que cubre el 47% de la población, que conlleva con frecuencia a salideros y obstrucciones, siendo más afectadas las provincias de Ciudad de La Habana, Granma, La Habana, Pinar del Río y Matanzas.

Solamente están funcionando dos de las cinco plantas de tratamiento de aguas residuales domésticas e industriales existentes en el país.

Dificultades con la recogida de la basura por falta de combustible y medios técnicos (vehículos, mangueras, piezas de repuestos, neumáticos, etc.). Además se mezclan los residuos sólidos peligrosos generados por los servicios de salud.

Problemas con la calidad de la leche al recibo en la industria y en toda la cadena.

Deficiencias tecnológicas en algunas industrias para el procesamiento de los productos cárnicos.

Deficiente cadena de frío para los productos perecederos, tanto en fábricas como en los centros. En la transportación es inexistente.

Exposición de alimentos a altas temperaturas durante la transportación, procesamiento y consumo.

Recomendaciones de medidas para evitar el incremento de las Enfermedades de transmisión digestiva durante 2005.

- Insistir en la propuesta de financiamiento para la obtención de un método cubano, rápido y económico para diagnóstico de la Hepatitis A que propone el Instituto Finlay.
- Continuar promoviendo la conjugación de CIGB, IPK y la Republica Popular China para la producción e introducción de la vacuna china contra la Hepatitis A.
- Desarrollar por el **CNPES** un plan de acción de comunicación a la población sobre las enfermedades digestivas y ETA.
- En el mes de marzo proporcionaremos un CD-Rom sobre la enfermedades de transmisión digestivas y en ellas los controles de foco que se hará llegar a todos los policlínicos del país

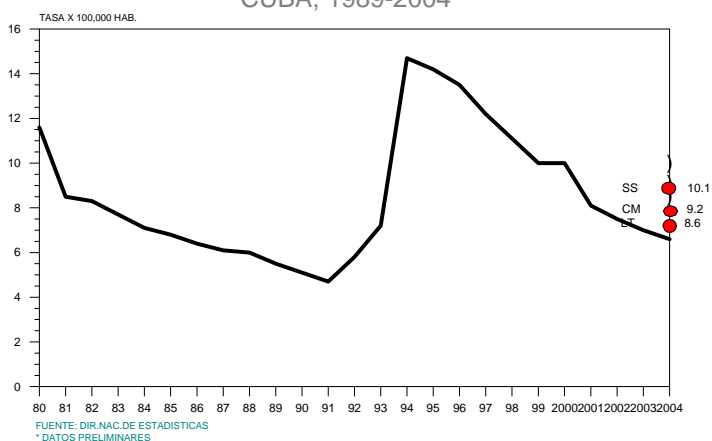
Enfermedades de Transmisión Respiratoria.

Tuberculosis

Durante los últimos años, nuestro país se ha mantenido en la Región de las Américas como uno de los países de mayor fortaleza en el programa, por su baja prevalencia. No obstante, la tuberculosis mantiene una prioridad de atención aunque no represente un grave problema de salud, lográndose durante los años 2001-2002 y 2003 realizar intervenciones en las instituciones de mayor riesgo y un mayor control en todo el territorio en función de la situación

epidemiológica. La incidencia disminuyó en el 2001 en un 46%, en el 2002 en un 4,6%, y en el 2003 en un 21.5%, estabilizándose en estos momentos la morbilidad en este grupo de tanta vulnerabilidad, a pesar de que se debe mantener una vigilancia estricta. En el 2004 se reportaron 736 casos para una tasa de incidencia de 6.6 por 10⁵ habitantes, inferior a la del 2003, para una reducción del 8.3% (gráfico 5).

Gráfico No. 5
MORBILIDAD POR TB
CUBA, 1989-2004 *



Factores contribuyentes del comportamiento de la TB durante el año 2004

- Se mantuvo un trabajo estable a nivel de los territorios, excepto en las provincias de Pinar del río, Ciudad de la Habana, y Guantánamo que se vieron afectadas por muchos cambios en los epidemiólogos que desarrollan y jerarquizan la actividad y sobre todo en la capital por el reordenamiento del trabajo dado por la remodelación de algunos policlínicos y CMHEM.
- A pesar de que no se logró un trabajo integral desde el nivel central con el MININT, conllevando a pocas visitas de asesoría por ambos equipos, los territorios han mantenido las acciones establecidas de pesquisa y de control de foco.
- La pobre pesquisa y del pensamiento de la enfermedad por el personal médico, en provincias como Ciudad de la Habana, Cienfuegos, Villa Clara, S. Spíritus y Santiago de Cuba, con muy bajos indicadores de búsqueda en muchas de sus áreas de salud.

Los expertos señalan que un elemento negativo para el año, fue el recurso frasco, afectando a la Ciudad de la Habana y Camagüey fundamentalmente, elemento que quedará resuelto en marzo del 2005 en todo el país.

Según informe del laboratorio de referencia del IPK, se recibieron durante el año 2004, 356 cepas de micobacterias, de las cuales 330 fueron Mycobacterium tuberculosis, cifra similar al año anterior. La incidencia de Tuberculosis al cierre del año fue de 6.4×10^5 habitantes, 69 casos menos que el año precedente, en el cual se obtuvo una tasa de 7.0 por 10^5 habitantes, lo que representó una reducción del 8.6%. Esta se mantuvo dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año. Los **BK+** representaron el 63.6% del total de enfermos del país.

La provincia con incremento significativo resultó ser **Sancti Spíritus**, además de tener tasa por encima de la media nacional al igual que **Ciego de Ávila, Las Tunas, Villa Clara y Ciudad de La Habana**. Con decrecimiento importante se encuentra Santiago de Cuba.

Según el informe del cuadro de salud de Sancti Spíritus, se obtuvo una tasa de Tuberculosis en la provincia de 9.7 por 10^5 habitantes, que superó en un 110% la del año 2003.

Mapa 3

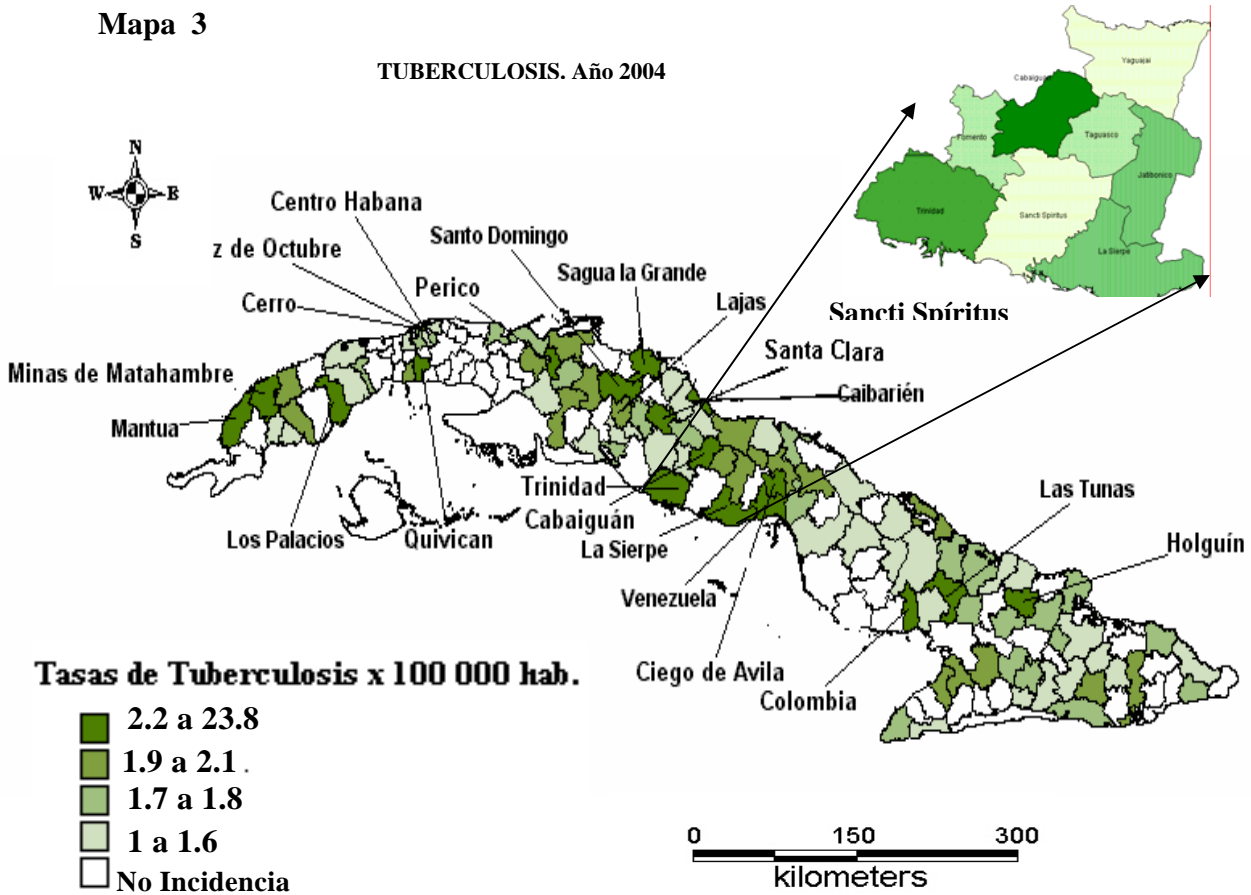


Gráfico No. 6

Los estimados obtenidos a partir del análisis de la serie anual, indican una tasa de 6.00 por 10^5 habitantes para el año 2005, la cual puede oscilar entre 3.00 y 9.00, con un 95% de confiabilidad. Como es habitual, con el modelo obtenido de las series mensuales, se pueden apreciar los incrementos esperados para el año 2005 en los meses de marzo, mayo-junio y diciembre.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el año 2005.

- Mantenimiento de la prioridad en el programa por las autoridades de salud de cada territorio, fundamentalmente en la identificación de las áreas problemas, elevando el nivel de capacitación sistemática del personal que ejecuta las acciones del programa (MF-EF) y en lograr la verdadera estratificación de familias, individuos y grupos de riesgos de cada CMF, para lograr que se realice la búsqueda con el enfoque de riesgo establecido.
- Fortalecer el trabajo MININT/MINSAP desde el nivel central y en los territorios, por ser el grupo de más elevado riesgo a enfermar y que puede mantener la transmisión de la enfermedad dentro del penal y que llegue a la comunidad si no se realizan las acciones de pesquisa y diagnóstico temprano de los posibles enfermos.

Recomendaciones para el año 2005.

- Intensificar las acciones de pesquisa, identificación del riesgo, diagnóstico temprano y acciones enérgicas de control de foco, para lograr disminuir la transmisión de la enfermedad en la comunidad.
- Orientar mejor, y brindar mayor adiestramiento, asesoría, monitoreo y control en las acciones que realizan los recursos humanos.
- Incrementar el trabajo intra y extrasectorial para lograr eliminar la enfermedad.

Según los expertos, se mantiene como un gran reto avanzar hacia la eliminación de la Tuberculosis en el país a mediano plazo, lo que expresa alcanzar tasas de incidencia de 5×10^5 habitantes, para ello se debe tener en cuenta la gran fortaleza del recurso humano y proyectarnos en algunas debilidades identificadas para lograr un mejor diagnóstico, en resumen los esfuerzos deben ser mayores, apoyándonos siempre en el trabajo intra y extrasectorial

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Estas constituyen enfermedades endémicas en nuestro país, con alza epidémica en los meses de invierno. Más del 98% es de causa viral, siendo los más frecuentes los de Influenza A en la población adulta y los Adenovirus y Sincicial Respiratorio en la población infantil. Según informe del Laboratorio de Referencia Nacional de Virus de Influenza del Instituto de Medicina Tropical (IPK), durante el año 2004, continuó deficiente el envío, la baja representatividad en cantidad y selección de muestras para el estudio de las IRA en el país. En el estudio de Influenza mediante sueros pares, se obtuvo que en el total de muestras estudiadas, se confirmó la presencia de los subtipos A H3N2, A H1N1 y el tipo B. La positividad fue de un 30.5% a predominio del subtipo A H3N2, similar al año anterior.

Las complicaciones más severas de estas infecciones se registran en las personas mayores de 65 años y los inmunodeprimidos por patologías asociadas. En nuestro país las tasas de Mortalidad por Influenza y Neumonía son más elevadas en los mayores de 65 años y dentro de ellos, en los mayores de 80 años. Constituyen un problema de salud en nuestro país por el elevado número de atenciones médicas que se reportan anualmente, aproximándose a la cifra a 5 millones de consultas de medicina por esta causa desde hace tres años.

La Vacunación Antigripal se aplica en el mundo con el objetivo fundamental de evitar las complicaciones y muertes por Neumonía en los grupos de mayor vulnerabilidad, fundamentalmente en las personas mayores de 65 años y los diferentes grupos de inmunodeprimidos, con una efectividad que oscila entre un 60 y 70%.

A partir del año 1996, en el que inició la Vacunación Antigripal en nuestro país, se han ido incrementando cada año las dosis hasta alcanzar en la temporada. Dentro de los mayores de 65 años se han priorizado todas las personas recluidas en Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos y de Impedidos Físicos.

Según los expertos, en la temporada actual se alcanza inmunizar los mayores de 85 años de todo el país y se prevé inmunizar los obreros de granjas avícolas por el riesgo de la recombinación de la gripe aviar a un nuevo serotipo de Influenza A, pues aunque nuestro país se encuentra libre de influenza Aviar, fue una decisión de la Comisión de grandes epidemias efectuar dicha inmunización.

El comportamiento de las IRA se ha mantenido estable durante los últimos cinco años. El índice de atenciones médicas en el 2004 fue de $40\,587.1 \times 10^5$ habitantes, superior al año precedente, lo que representó un discreto incremento del 0.4% ($40\,414.3 \times 10^5$). La incidencia se mantuvo dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año, cerca de la curva de casos esperados.

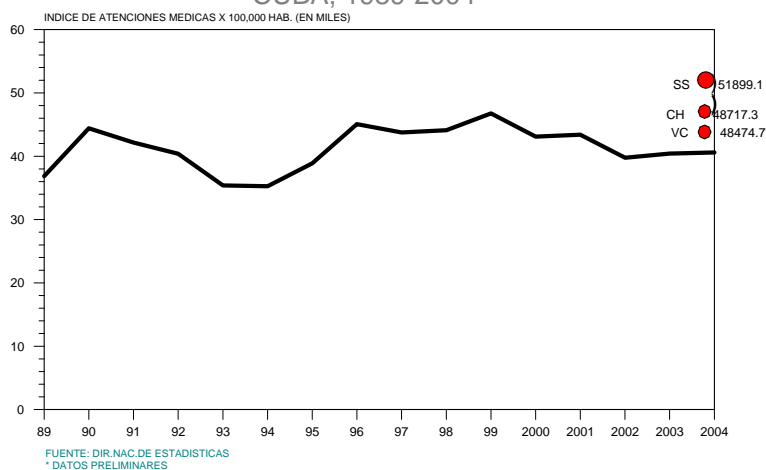
La provincia **Sancti Spíritus** mantiene el mayor índice (51 899,1); seguida de **Ciudad de La Habana** (48 717,3), **Villa Clara** (48 474,7), **Matanzas** (47 157,1), **La Habana** (46 569,6) y **Cienfuegos** (44 605,8), con acumulados por encima del índice nacional.

Durante el 2004 la temporada de gripe tuvo un comportamiento adecuado, observándose un incremento a partir de la semana 41, que afectó fundamentalmente las provincias occidentales, lográndose estudiar casos a nivel de servicios de urgencia y de ingreso, arrojándose en los resultados serológicos un incremento de la circulación del virus de Influenza B.

Las provincia **Sancti Spíritus** se mantiene con el mayor índice de atenciones médicas (51 899.1), seguida de **Ciudad de La Habana** (48 717.3), **Villa Clara** (48 474.7), **Matanzas** (47 157.1), **La Habana** (46 569.6) y **Cienfuegos** (44 605.8), que presentaron índices superiores al nacional.

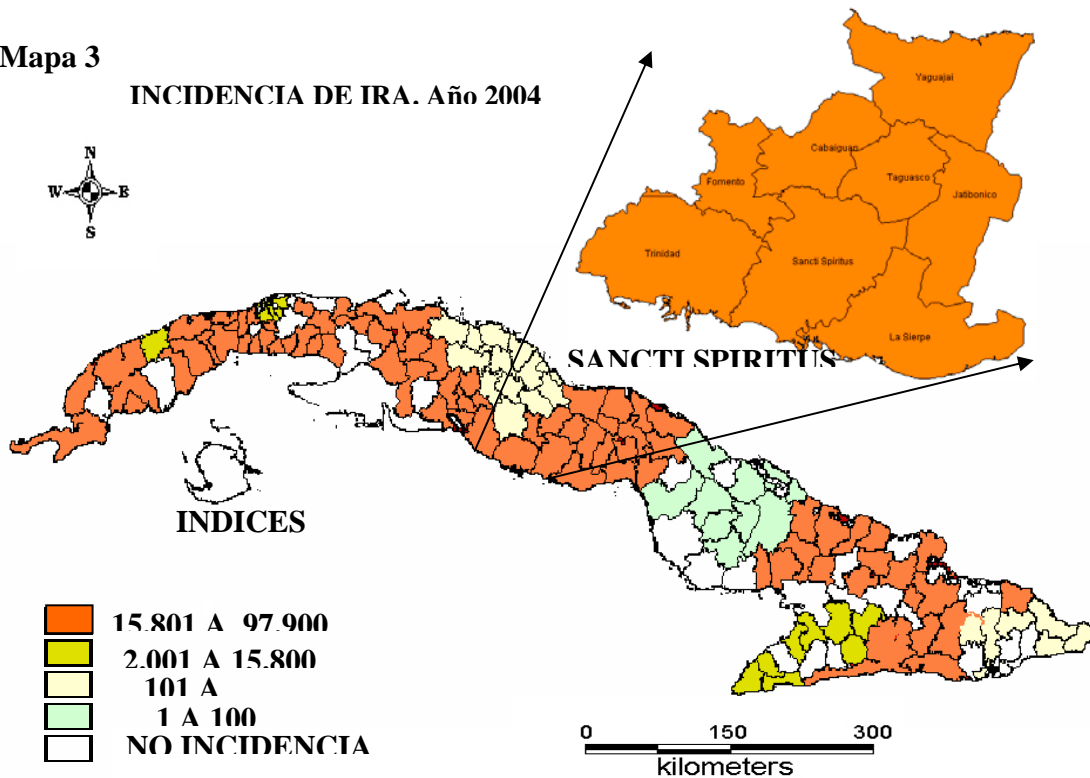
Incrementan Holguín (7,1%), Villa Clara, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Gráfico No. 7
ATENCIONES MEDICAS POR IRA
 CUBA, 1989-2004*



Mapa 3

INCIDENCIA DE IRA. Año 2004



En el Mapa 3 podemos apreciar como en la provincia de Sancti Spíritus el incremento de atenciones médicas por IRA se concentró en los municipios cabecera (76314.4×10^5 hab.) y Jatibonico (66739.2×10^5 hab.) que presentaron el mayor riesgo de enfermar por IRA, además de Cabaiguán, Yaguajay, Taguasco y La Sierpe, todos con tasas muy por encima de la media provincial.

La mortalidad por Influenza y Neumonía hasta el semestre del 2004 se mantiene con cifras similares ya que se reportan 2983 contra 2906. Siete provincias incrementan el número de fallecidos, siendo más significativo en Las Tunas (+44) y Ciego de Ávila (+35). Se mantienen los mayores de 65 con el mayor aporte (56,4%) y dentro de ellos los mayores de 85 con 1405 fallecidos que representan el 53%.

Factores que deben influir en el comportamiento durante el 2005.

- Cumplimiento de la vacunación antigripal en los grupos de mayor vulnerabilidad, fundamentalmente los mayores de 65 años.

Recomendaciones para el año 2005.

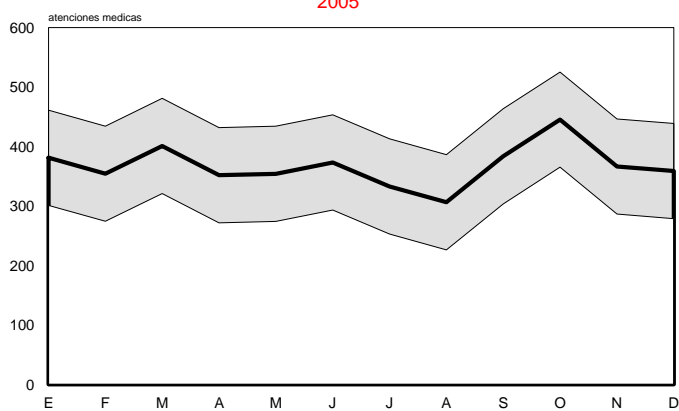
- Elevar la cobertura de inmunización al 100% de los mayores de 65 años, ya que está demostrado el impacto en evitar la mayor complicación y riesgo de morir de la IRA en el anciano (Neumonía).
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IRA a nivel de cada territorio, en sitios centinelas y población abierta.

- Mejorar la oportunidad del estudio de los brotes, y la calidad de las muestras tomadas para estudio de casos.
- Mejorar la preparación del personal médico con el objetivo de preparar el sistema de salud en función de elevar el nivel de conocimiento y de información necesario para el enfrentamiento de la amenaza de una futura Pandemia de Influenza en el mundo.

Con la serie anual se pudo obtener un modelo que permite estimar un índice para el año 2005 de 40995.31 atenciones por 10^5 habitantes. Este indicador pudiera oscilar con un 95% de confiabilidad entre 34995.31 y 46995.31 atenciones

La serie mensual permitió obtener un estimado de casos por mes para el año 2005, esperándose un incremento de las atenciones en los meses de marzo, y octubre.

Gráfico No. 8
Pronóstico Mensual de IRA
2005



Fuente: Dirección Nacional de Estadística

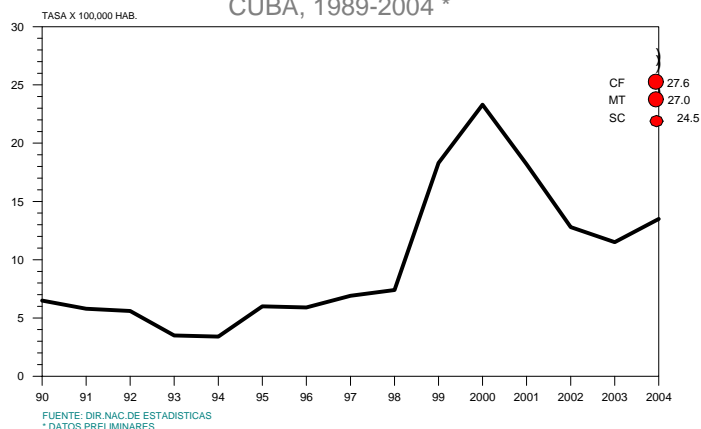
Otras Enfermedades de Transmisión Respiratoria.

Escarlatina

Este enfermedad cuya serie ha experimentado cuatro momentos diferentes, estadísticamente significativos, durante los últimos años con una periodicidad de 10 años aproximadamente, se mantuvo oscilando en el 2004, entre la zona de seguridad y alarma del canal endémico, dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año. Se notificaron durante el mismo, 1 560 casos ($13,9 \times 10^5$ habitantes), cifras superiores a las de igual período del año precedente (1 316 y 11,7), para un incremento del 18,5%.

Gráfico No. 9

MORBILIDAD POR ESCARLATINA CUBA, 1989-2004 *



Isla de la Juventud (6 casos contra 4).

La provincia de **Cienfuegos** (27,6), se mantiene al igual que el año pasado con la mayor incidencia, seguida de **Matanzas** (27,0), **Santiago de Cuba** (24,5), **Sancti Spíritus** (19,0), **Ciudad de La Habana** (18,4), **Camagüey** (17,0), **La Habana** (15,0) y **Villa Clara** (14,7), todas con tasas superiores a la nacional. Incrementan Ciudad de La Habana (1,1 veces su incidencia), Guantánamo (72,2%), Matanzas, Ciego de Ávila, Santiago de Cuba, y el municipio especial

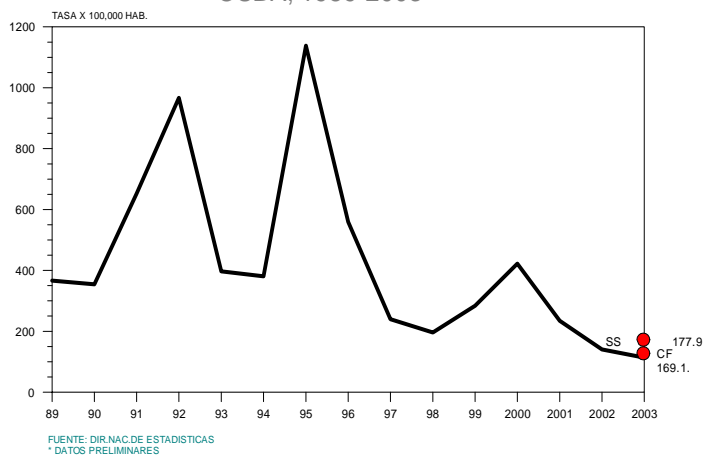
Con la serie de casos anuales se pudo obtener un pronóstico para el año 2005 de 13.80×10^5 hab., el cual pudiera oscilar entre 9.88 y 17.72, con un nivel de confiabilidad del 95%.

Varicela.

Esta enfermedad ha presentado una marcada reducción a partir del 2001 hasta obtener una tasa de 113.6 por 10⁵ hab. en el 2003, siendo esta la tasa más baja de los últimos 14 años, que representó una disminución de la morbilidad en un 51.6% con relación al año 2002, sin embargo, durante el 2004 se incrementó el número de casos (21 044), registrándose una tasa de 187.0 por 10⁵ habitantes, lo que representó un ascenso del 64.6% con relación al año precedente (gráfico 10).

Gráfico No. 10

MORBILIDAD POR VARICELA CUBA, 1989-2003 *

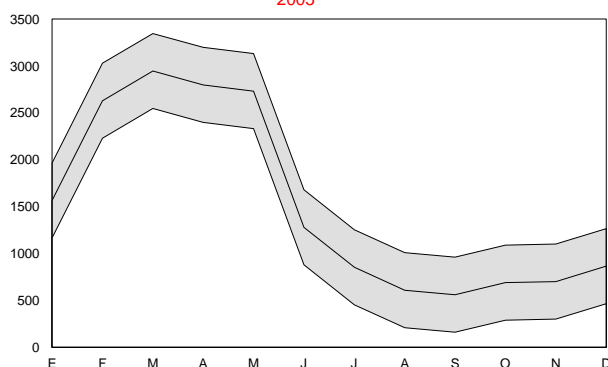


Dentro de las provincias que excedieron la media nacional se encuentran: **Cienfuegos**, con una tasa 2.5 veces mayor que la nacional (474.5); seguida de **Villa Clara** (278.5); **Ciudad de La Habana** (256.1); **Guantánamo** (229.8); **Matanzas** (217.3); **La Habana** (202.3) y **Santiago de Cuba** (198.6).

El análisis de la serie anual permitió obtener un estimado para la tasa del año 2005 de 238.07 por 10⁵ habitantes, el cual pudiera fluctuar entre 108.07 y 368.07, con una confiabilidad del 95%. Este intervalo tan amplio se debe al comportamiento anormal que ha experimentado la enfermedad en los últimos años.

Gráfico No. 11

Pronóstico Mensual de Varicela 2005



Como es habitual, por la estacionalidad que esta enfermedad manifiesta todos los años, se estima para el 2005 los mayores reportes entre los meses de febrero y junio, esperándose en marzo el mayor número de casos (gráfico 11).

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

En los últimos cinco años, se mantiene el comportamiento descendente de la Sífilis y la Blenorragia y ascendente en el caso de los Condilomas, como ITS sujetas a notificación obligatoria.

Sífilis.

Continúa el descenso marcado del reporte de casos de Sífilis. El comportamiento durante el año 2004 ha sido similar al 2003, manteniéndose la disminución del número de casos nuevos, al notificarse en el año, 2 692 casos, para una tasa de 23.9 por 10^5 habitantes, cifras inferiores a las del año precedente (3 265 casos para una tasa de 29.0×10^5 hab.), que representa una reducción del 17.5% (gráfico 12); encontrándose dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año, por debajo del valor estimado, oscilando entre la zona de éxito y seguridad del canal endémico.

No se reportan casos de Sífilis Congénita ni casos de Sífilis tardía por encima del comportamiento histórico (entre 3 y 5 casos anuales), por lo que los expertos opinan que esto, unido a la disminución de la incidencia en gestantes y reclusos y a la disminución de la positividad serológica en donantes de sangre, constituyen elementos que permiten plantear que puede existir una disminución real de esta ITS.

Las provincia de **Santiago de Cuba** mantiene el mayor acumulado (68.3), igual que el año anterior. Le siguen Guantánamo (33,8), Las Tunas (28,7), La Habana (26,4), Ciudad de La Habana (24,4) y el municipio especial Isla de la Juventud (32,2). Las tasas más bajas se encuentran en Pinar del Río (6,3), Villa Clara 8,3) y Cienfuegos (10,5). Incrementan La Habana, Sancti Spíritus, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Gráfico No. 12

MORBILIDAD POR SIFILIS CUBA, 1989-2004 *

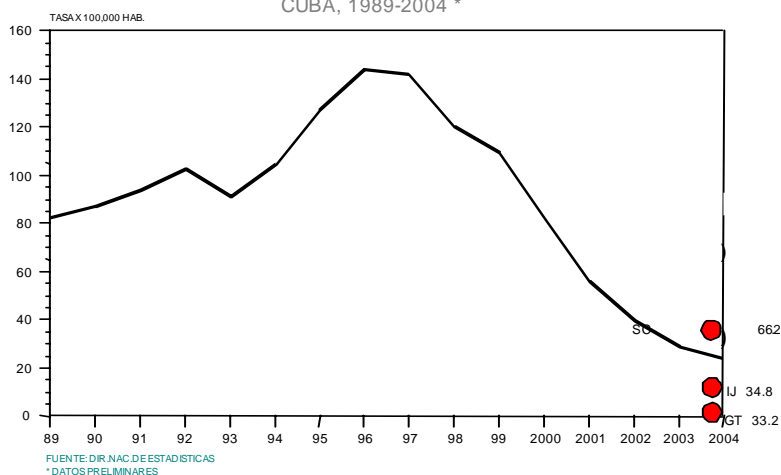


Gráfico No. 13

Pronóstico Mensual de Sífilis 2005

Con los datos anuales se espera para el 2005 una incidencia mucho más baja que la del año anterior (16.9 casos por 10^5 habitantes), con un intervalo de predicción que varía entre -2.60 y 36.60, con un 95% de confiabilidad.

Aunque no se ha descrito una estacionalidad bien definida para esta enfermedad, se espera mayor reporte en los meses de marzo, junio y octubre. La disminución en

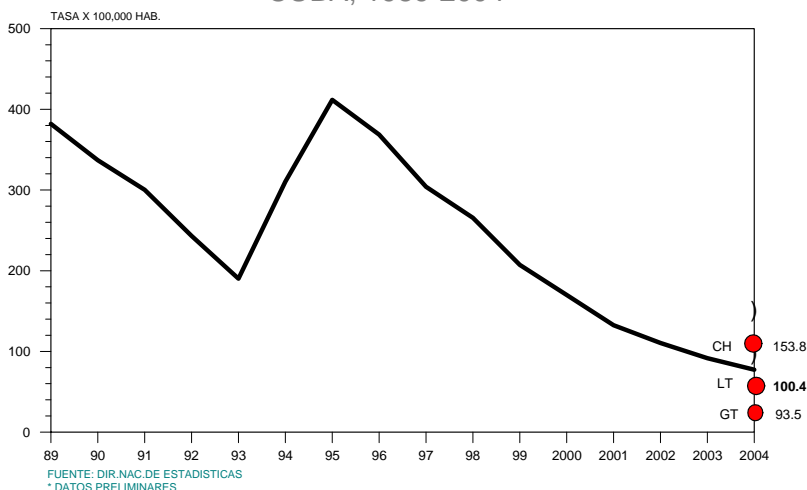


el número de notificaciones se espera durante los meses de enero y agosto (gráfico 13).

Blenorragia.

Gráfico No. 14

MORBILIDAD POR BLENORRAGIA
CUBA, 1989-2004 *



La considerable reducción de la notificación de casos de *Blenorragia* aun continúa. Los elementos que han influido en la disminución del reporte de casos han estado relacionados con debilidades en el diagnóstico de laboratorio, sobre todo en el caso de la mujer y con medicación de los casos sintomáticos sin que sean reportados estadísticamente.

El abordaje de ITS con enfoque sindrómico en dos provincias del país, nos ha aportado algunos elementos que permiten inferir que además de los factores antes mencionados, existe

una disminución relativa de la incidencia de esta entidad.

Durante el año 2004 se reportaron 8 634 casos, para una incidencia de 76.7 por 10⁵ habitantes, lo que representó una reducción del 16.2% del riesgo de enfermar con relación al año 2003 (10 310 casos y tasa de 91.6); encontrándose dentro de los intervalos de pronóstico estimados para el año, cerca de la curva de casos esperados.

La provincia de **Ciudad de La Habana** mantiene el mayor acumulado con una incidencia de 153.8 por 10⁵ habitantes; seguida de **Guantánamo** (93,5), **Matanzas** (90,4), **Cienfuegos** (79,2) y el municipio especial Isla de la Juventud (89,2). La más baja tasa se encuentra en Santiago de Cuba (11,9). Incrementan Sancti Spíritus y Santiago de Cuba.

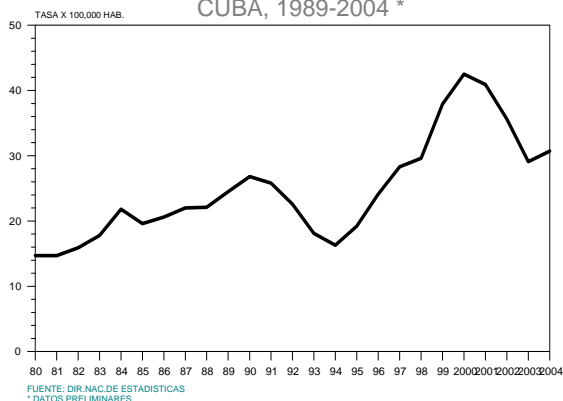
Condiloma Acuminado.

Esta entidad no está sujeta a programa de control, aunque sí es de reporte obligatorio. El reporte de casos se incrementa anualmente a pesar del posible subregistro de casos.

Otro elemento que puede mencionarse y que permite describir la magnitud del problema de la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), es el creciente número de mujeres con patología ginecológica relacionada a esta infección viral, que no es curable pero sí transmisible aún no existiendo verrugas

Gráfico No. 15

MORBILIDAD POR CONDILOMA ACUMINADO
CUBA, 1989-2004 *



(Condilomas), lo que significa, que el número de casos de Condilomas, es sólo una pequeña parte del problema del VPH.

En el 2004 se obtuvo una tasa de 69.0 por 10⁵ hab., 2.4 veces mayor que la del 2003 (29.1 x 10⁵).

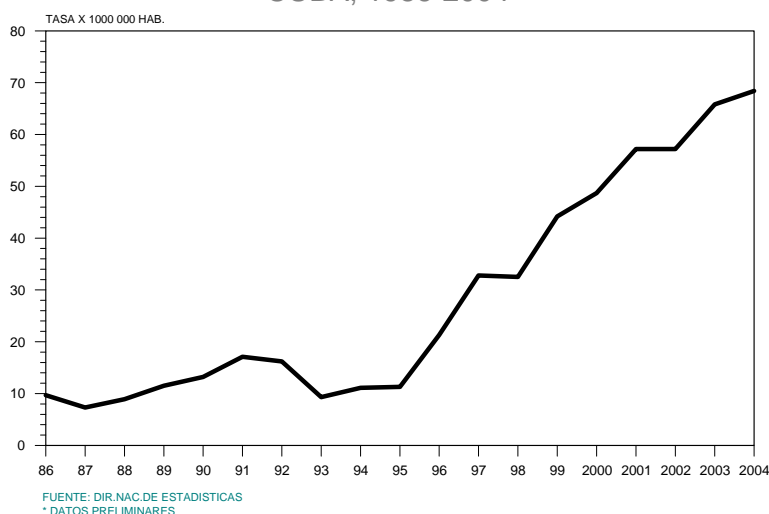
El análisis de la serie anual indica que para el año 2005 se puede esperar una morbilidad de aproximadamente 31.96 por 10⁵ habitantes, con una fluctuación entre 26.08 y 37.84 y una confiabilidad del 95%.

Gráfico No. 16

VIH/SIDA.

Desde 1996 se observa un lento pero mantenido incremento del diagnóstico de nuevas infecciones en Cuba. La epidemia es mayoritariamente en el sexo masculino, el que aporta de forma acumulada el 80% del total de casos detectados. Hasta el cierre del 2004, el 86,2% de los masculinos diagnosticados son Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), representando el grupo más vulnerable a la infección. La proporción de casos del sexo femenino en el último decenio

VIH CUBA, 1986-2004 *



(1994-2004) es de 18,8%, variando entre 13,9% y 29,0% contra 29,1% entre los años 1986-1993 donde osciló entre 18,6% y 32,0%.

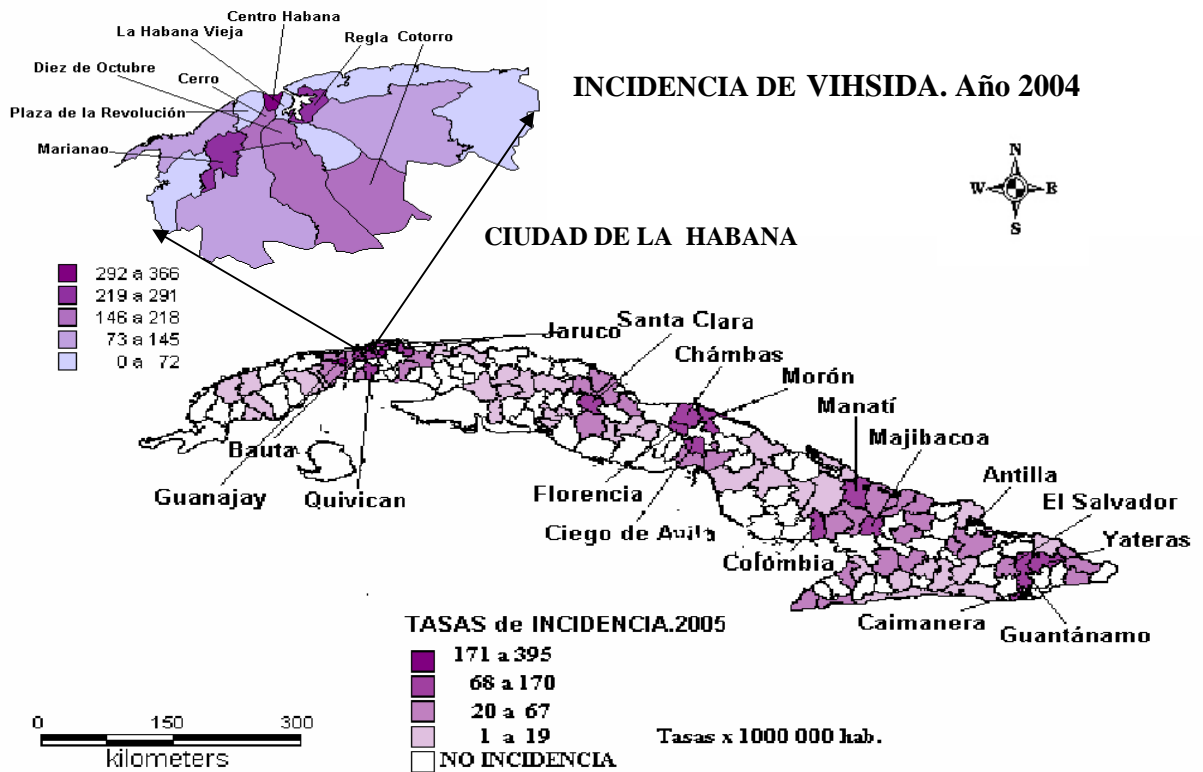
Durante el año 2004 se detectaron 768 seropositivos, es decir 28 casos más que en el 2003 y una tasa de detección para el año de 68,4 por millón de habitantes, contra 65,8 el año anterior, lo que representó un 3,8% de incremento contra un 14,9% de incremento en el 2003 con relación al 2002. Se aprecia una disminución en el reporte de casos de SIDA (204 contra 347) como resultado de impacto de la administración de la Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia (TARVAE). La mortalidad viene descendiendo desde el año 2001 y aunque durante el 2004 falleció un número mayor de casos, su tendencia es a la estabilidad y/o disminución.

La provincia **Ciudad de La Habana** con 413 seropositivos, aportó el 53,7% del total de casos diagnosticados en el año. Incrementaron la detección con relación al 2003: Guantánamo, Ciego de Ávila, Pinar del Río, Las Tunas, Matanzas, Camagüey, Villa Clara y La Habana. Reportaron igual número de casos Villa Clara y Cienfuegos y disminuyen con respecto al 2003 Sancti Spiritus, Granma, Santiago de Cuba, Holguín, Ciudad de La Habana y el municipio especial Isla de la Juventud (tabla 2).

Tabla 2
Incidencia de seropositivos por provincias. Años 2003-2004

Provincias	2003		2004		DIFERENCIA
	incidencia	tasas	incidencia	tasas	PORCENTUAL
Pinar del Río	11	14.9	18	24.6	65.1
La Habana	40	56.1	41	57	1.6
Ciudad Habana	410	188.4	413	188.2	-0.1
Matanzas	17	25.5	24	35.8	40.4
Villa Clara	41	49	41	50.2	2.4
Cienfuegos	11	27.6	11	27.6	0
Sancti Spíritus	21	45.3	14	30.2	-33.3
Ciego de Ávila	11	26.5	22	52.9	99.6
Camagüey	29	36.6	34	43.2	18
Las Tunas	20	37.5	31	58.5	56
Holguín	39	37.6	36	35	-6.9
Granma	36	43	29	34.9	-18.8
Santiago de Cuba	27	25.9	23	22	-15.1
Guantánamo	11	21.3	26	50.8	138.5
Isla de Juventud	16	198.2	5	57.6	-70.9
CUBA	740	65.8	768	68.4	3.9

Mapa 4



En el mapa 4 se aprecia que la mayor incidencia de seropositivos al VIH, se concentra en todos los municipios de la Ciudad de La Habana, y en los municipios Bauta, San Antonio de los Baños y Güines de la provincia La Habana; el municipio cabecera y San Luis de la provincia de Pinar del Río; Pedro Betancourt de la provincia de Matanzas; Encrucijada y Santa Clara de la provincia de Villa Clara; Cabaiguán de la provincia Sancti Spíritus; el municipio cabecera de la provincia Holguín; y el municipio especial Isla de La Juventud; todos con tasas por encima de la media nacional.

Los factores que han influido en el aumento de la detección de infectados por VIH/SIDA se encuentran estrechamente relacionados con la continuación de las relaciones sexuales desprotegidas por parte de la población sexualmente activa, principalmente en los grupos anteriormente señalados.

Según opinión de expertos, aunque se trabaja de forma diferenciada sobre estos grupos con conductas de riesgo, se espera durante el 2005 un comportamiento similar en la detección de nuevos casos, ya que los cambios en la tendencia se observarán tiempo después de intervenciones de forma mantenida sobre los grupos nucleares que la sustentan.

Con la serie anual se pudo obtener un estimado para la tasa del 2005 de 72.19 por millón de habitantes, que pudiera fluctuar entre 66.19 y 78.19, con una confiabilidad del 95%.

Recomendaciones para lograr un mayor impacto en el control de las ITS/VIH/SIDA

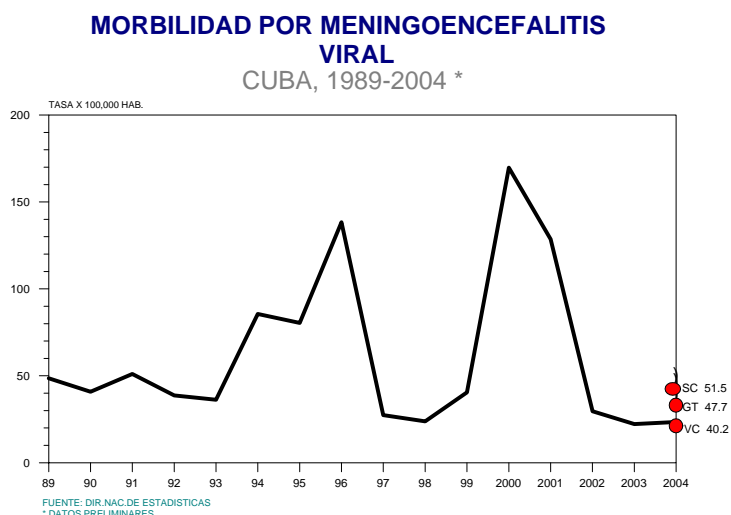
- Fortalecer el trabajo intersectorial dirigido a los grupos más vulnerables

- Fortalecer aún más las acciones del Programa de Control
- Desarrollar acciones integradas con mayor participación de la APS
- Avanzar en el fortalecimiento del componente educativo del Programa
- Continuar trabajando con las poblaciones vulnerables, aplicando las estrategias ya diseñadas para un abordamiento integral e intersectorial del problema, teniendo en cuenta siempre que el impacto no será visible a corto plazo por las propias características de estas enfermedades.

Síndromes neurológicos infecciosos

Al cierre del mes de octubre de 2004, se logró el aislamiento de gérmenes en el 43,2% de los 368 casos, cifra inferior al indicador deseado. Las provincias **Villa Clara, Ciudad de La Habana y Guantánamo**, son las que mayores dificultades confrontan

Gráfico No. 17



Meningoencefalitis viral (MEV).

Durante todo el año 2004 la meningitis viral se mantuvo en la zona de seguridad del canal endémico, atravesando la zona de alarma en las semanas 23,30,35, 36,37,38 y 39 . Desde la semana 46 se constata un descenso de la morbilidad lo cual las ubicó al cierre de la semana 52 en la zona de éxito. De acuerdo a los pronósticos establecidos las meningitis han

estado discretamente por encima de las estimaciones y durante los meses de verano se incrementaron correspondiéndose con el pronóstico establecido.

En el año la morbilidad por Meningitis Viral fue de 2 630 con relación a 2 497 en el 2003, por tanto se constata un incremento del 5.0 % con relación al año precedente y exhibiéndose una tasa de 23.4 X 100 000 habitantes contra 22.2 x 100 000 habitantes en el 2003.

Las provincias que incrementan sus tasas son: Santiago Cuba (49.8), Guantánamo (45.0), Villa Clara (39.1), Matanzas (28.3) y Ciudad de La Habana (10.4) x 100 000 habitantes, cifra esta superior al año anterior pero inferior a la tasa nacional.

Las mayores tasas se encuentran en las provincias **Santiago de Cuba (51.5), Guantánamo (47.7), Villa Clara (40,2), Cienfuegos (34.1), Ciego de Ávila (31.8), Sancti Spíritus (30.6) y Matanzas (30.0). Incrementan Santiago de Cuba (1.6 veces su incidencia), Villa Clara (33,8%), Ciudad de La Habana y Guantánamo**, en menor medida.

Dentro de los factores que han influido en este comportamiento está la no aparición de un nuevo virus en el país y el discreto incremento de la morbilidad en un 1.5%, lo cual se evidencia en dos provincias orientales y ello pudiera estar en relación con las afectaciones que ha sufrido esta zona del país producto de la sequía, además no han ocurrido brotes por esta causa.

Con el análisis de la serie anual, se obtuvo un estimado para el 2005 de 121.81 por 10⁵ habitantes, lo que pudiera oscilar entre 101.81 y 141.81, con una confiabilidad del 95%.

Meningoencefalitis bacteriana (MEB).

La meningitis bacteriana se mantiene con tendencia descendente. Durante el 2004, presentó un comportamiento inestable en el canal endémico si tenemos en cuenta la variabilidad de sus oscilaciones entre las zonas de éxito, seguridad y alarma del canal. Alcanzó las cifras más elevadas de reportes de morbilidad en las semanas estadísticas 6, 8-9, 35, 42 y 50-51.

Al cierre del año la morbilidad fue de 411 con relación a 390

en el 2003, por tanto se constata un incremento del 5.1 % con relación al año precedente y exhibiéndose una tasa de 3.7 x 10⁵ habitantes contra 3.47 x 10⁵ habitantes en el 2003 (gráfico 19).

Incrementan sus tasas con respecto al 2003, Ciudad de La Habana (3.8), Matanzas (3.6), Villa Clara (8.0), Ciego de Ávila (2.4), Santiago de Cuba (6.6) y el municipio especial Isla de la Juventud (3.7) x 10⁵ habitantes. Aunque es importante señalar que Matanzas y Ciego de Ávila presentaron tasas por debajo de la tasa nacional.

Las provincias con mayor riesgo de enfermar son **Guantánamo** (7.9), **Santiago de Cuba** (6.6), y **Sancti Spíritus** (6.5), las tres por encima de la media nacional. Incrementan Ciudad de La Habana, Matanzas, Villa Clara, Ciego de Ávila, Santiago de Cuba y el municipio especial Isla de la Juventud.

Gráfico No. 18

MORBILIDAD POR MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA
CUBA, 1989-2004*

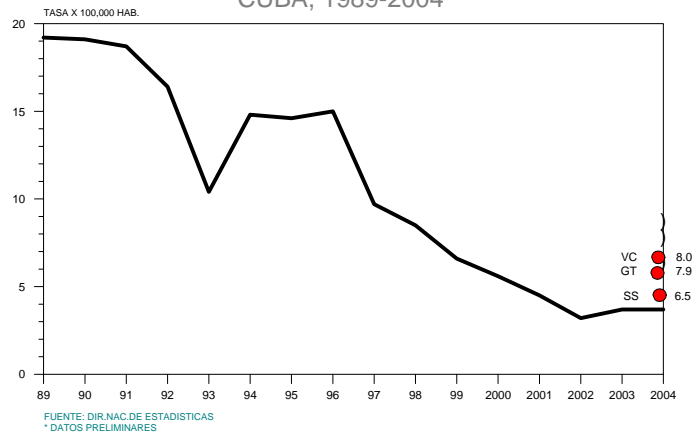
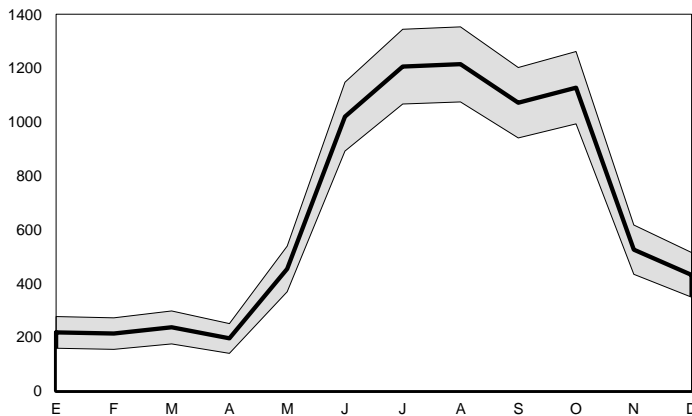


Gráfico 19

Pronóstico Mensual de Meningoencefalitis viral
2005

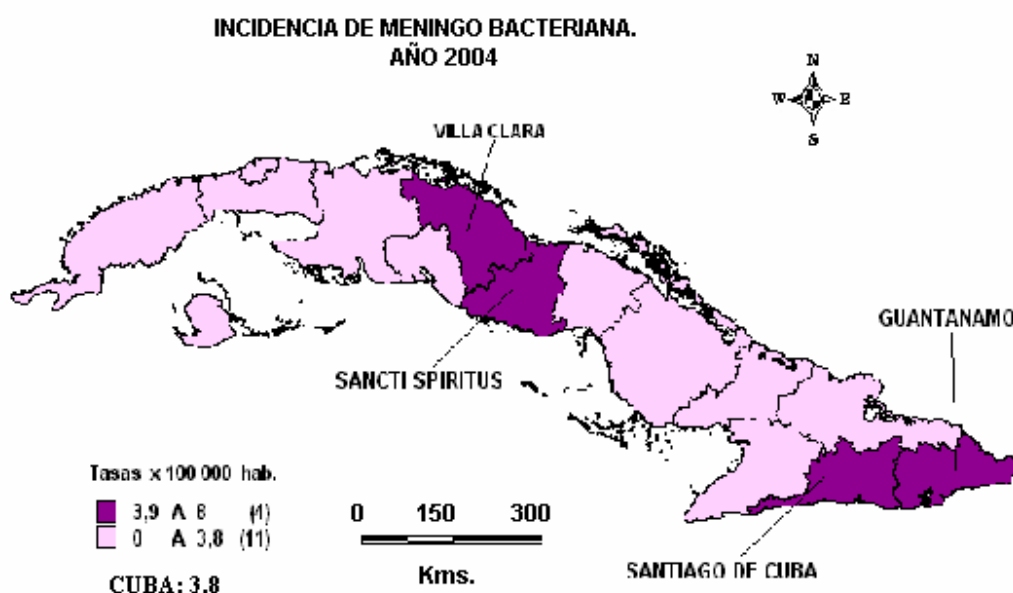


Al realizar el análisis de las series mensuales de esta enfermedad, se obtuvo un estimado para el 2005 del mayor número de reportes para el mes de Abril.

Meningitis meningocócica

Con relación a la Meningitis meningocócica, se acumulan 28 casos, de ellos 18 (64.2%) son menores de 15 años, dos más que en el 2003 cuando se reportaron 26 casos. Las provincias que notifican casos son: **Villa Clara (7)**, **Camagüey (4)**, **Matanzas (3)**, **Sancti Spiritus (3)**, Ciudad Habana, Pinar del Río, Santiago de Cuba, Guantánamo (2 c/u), La Habana e Isla de la Juventud (1c/u). En el año se reportan 5 fallecidos por dicha causa (letalidad de 17.8) con relación a 4 en el 2003. Las provincias de Guantánamo, Matanzas, Isla de la Juventud, Pinar del Río y Camagüey notifican un fallecido cada una. No obstante la tasa preliminar del 2004 fue de 3.47 por 10^5 habitantes, lo que representó un incremento de 19.6% del riesgo de enfermar con relación al año anterior.

Mapa 5



Según se muestra en el mapa 5, la mayor incidencia de esta enfermedad reencuentra en las provincias de Villa Clara, Sancti Spíritus, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Para el año 2005 se espera una morbilidad de alrededor de 3.06 por 10^5 habitantes, lo cual debe oscilar entre 3.23 y 3.41, con una confiabilidad del 95%.

Recomendaciones para el control de esta enfermedad.

- Cumplir de manera adecuada con la vacunación antimeningocócica y contra el *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Perfeccionar la calidad de la atención médica en los casos de infecciones producidas por el *Streptococo pneumoniae*.

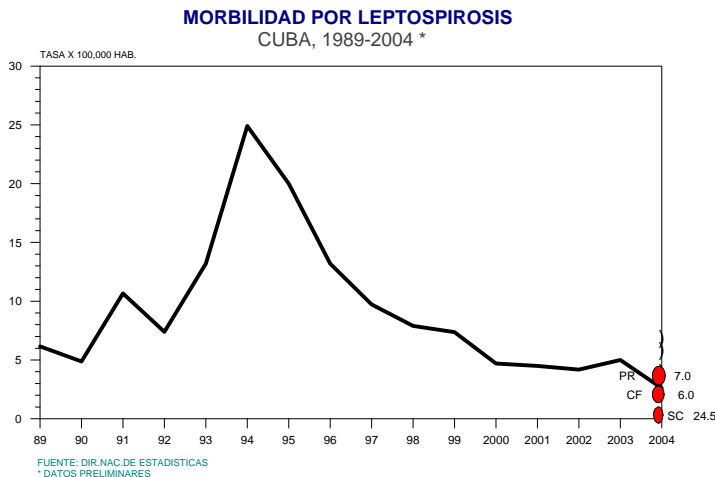
Zoonosis

Leptospirosis.

Desde 1994, año en que se registró el mayor número de casos de esta enfermedad, se ha mantenido el incremento sostenido de los factores de riesgo y del personal expuesto a la infección por Leptospiras. Sin embargo, la Leptospirosis se ha venido reduciendo desde el año 1995, expresado en los resultados logrados en la morbilidad y letalidad (gráfico 21), En el 2004 se obtuvo una tasa preliminar de 2.5×10^5 habitantes (278 casos confirmados), superior a la del 2003 (523 y 4,6), para **una reducción del 39%**.

Las provincias **Pinar del Río (7,0)**, **Cienfuegos (6,8)**, **Villa Clara (4,1)**, **Holguín (3,5)**, **Santiago de Cuba (2,8)** y el **municipio especial Isla de la Juventud (3,7)**, tienen las mayores tasas. En relación con igual período del año pasado, **incrementan Cienfuegos (58,8%)** y el **municipio especial Isla de la Juventud (3 casos contra 1)**.

Gráfico No.21



Los principales factores de riesgo que han permanecido prácticamente sin ninguna modificación en los últimos años, los cuales han estado favoreciendo la aparición de la enfermedad y obstaculizando su enfrentamiento, son:

- Limitada disponibilidad de medios de protección para los grupos de riesgo.
- Alta infestación de roedores, especialmente en el sector agrícola, donde

existen irregularidades con la adquisición y uso de los rodenticidas.

- Elevado número de animales domésticos en las ciudades, fundamentalmente perros, cerdos y equinos.
- Contaminación de aguas superficiales, en particular ríos y presas.
- Limitada disponibilidad de vacuna antileptospirósica.

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el 2005.

- La no modificación de las dificultades antes citadas, así como el propio comportamiento de esta enfermedad.
- Fallas en la disponibilidad de la vacuna antileptospirósica y de la doxiciclina para la quimioprofilaxis, así como el comportamiento que pudiera tener el régimen de lluvia en el 2005.

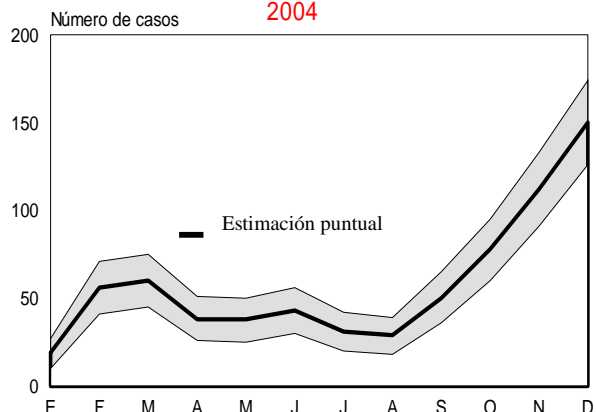
Recomendaciones para obtener mayor impacto en el 2005.

Continuar perfeccionando la aplicación del Programa de Prevención y Control de la Leptospirosis en todo el país, debiéndose poner mayor énfasis en:

- Identificación de los factores de riesgo y dispensarización de los expuestos a la infección,
- Estratificación de las áreas de mayor riesgo para la infección del hombre.
- Mantener estricta vigilancia sobre el comportamiento de la morbiletalidad de la leptospirosis.
- Continuar intensificando las acciones profilácticas integrales para contrarrestar los efectos negativos que pudieran producirse sobre la enfermedad. Al efecto deberá mantenerse aplicando el plan intensivo en las áreas de mayor riesgo de infección.
- Continuar capacitando al personal medico para elevar la calidad de la atención de los casos presuntivos de leptospirosis, a fin garantizar el diagnostico clínico precoz y tratamiento oportuno de los mismos.
- Garantizar los recursos necesarios para lograr este impacto.
- Disponer de los medios de protección, al menos para el personal agrícola de mayor exposición a la infección.
- Disponer de 1 000 000 de dosis de vacuna antileptospirósica para la protección del personal de mayor riesgo de infección.
- Establecer la Regulaciones Sanitaria para la tenencia de animales en las ciudades.
- Rodenticidas para el tratamiento integral (MINAGRI, MINAZ y MISAP), de las áreas con alta infestación de roedores.

Gráfico No. 22

Pronóstico Mensual de Leptospirosis
2004



Esta serie se caracteriza por presentar una marcada estacionalidad y un comportamiento estable. Al realizar el análisis de la serie mensual de esta enfermedad se espera, para el próximo año, un incremento de la notificación de casos en el último trimestre (gráfico 22), como ocurre todos los años, lo que pudiera estar en relación con el cierre de información.

Rabia.

La Rabia canina se mantiene identificado como un serio problema en las provincias centrales. La mangosta continúa desplazando al perro por como principal reservorio de la enfermedad y los murciélagos la especie de mayor importancia epidemiológica en la transmisión de la rabia al hombre. En el último quinquenio prácticamente no se ha modificado la rabia animal, fundamentalmente la canina.

Principales factores que influyeron en su comportamiento en el 2004.

- La poca percepción del riesgo de contraer la enfermedad por mordeduras de murciélagos.
- El riesgo mantenido de contraer esta infección por el elevado número de personas agredidas por animales, en particular por perros.
- La falta de disponibilidad en tiempo y número de dosis de vacuna antirrábica canina.

- No se realiza ninguna acción profiláctica contra esta enfermedad en los murciélagos y otras especies de importancia económica.
- Bajo saneamiento de animales callejeros

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el 2005.

- El elevado número de personas lesionadas por animales, en particular por perros.
- La falta de capacitación del personal médico sobre la profilaxis de la rabia.
- La falta de vacuna antirrábica canina.
- El limitado control de la población de mangostas en la áreas de mayor riesgo.
- Alta infestación de murciélagos en la ciudades.

Recomendaciones para obtener mayor impacto en el 2005.

- Continuar incrementado en la población la percepción del riesgo de contraer rabia.
- Mantener la capacitación de los médicos sobre la conducta a seguir ante toda persona mordida por animales, en correspondencia a la gravedad de la lesión y el estado de la especie agresora.
- Vacunar a todos los perros con dueños, priorizando los territorios que incrementaron o aun presentan casos de rabia en esta especie, debiéndose sellar el Area de Salud completa.
- Incrementar la esterilización canina.
- Continuar incrementando el saneamiento de animales callejeros, fundamentalmente a través de captura.
- Incrementar la desmangostización.
- Garantizar los recursos necesarios estimados para el control de la enfermedad durante el 2005.

Lepra.

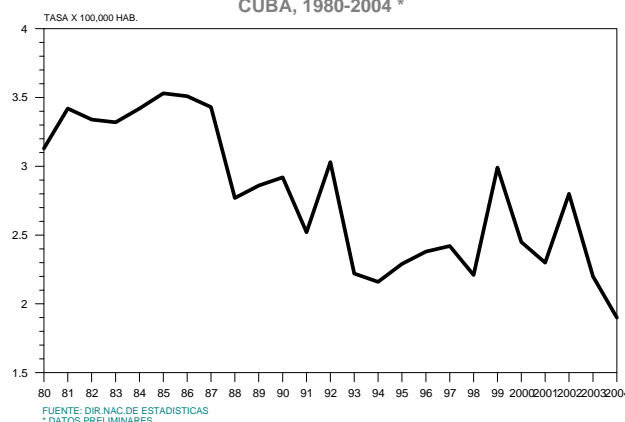
En el periodo analizado la detección de casos se ha mantenido estable, con incremento en el 2002. En el cierre preliminar del 2004 se observa una reducción en 48 casos (al comparar con cifras definitivas del 2003), lo que representa el 19,1 %; siendo la cifra más baja de detección de casos de los últimos 25 años (tabla 3). La disminución se produce a expensas de Guantánamo, Camagüey, Santiago de Cuba, La Habana y Las Tunas. Incrementan su incidencia **Matanzas, Las Tunas, Cienfuegos y Ciudad de**

La Habana. Se reportan 4 menores de 15 años de las provincias Santiago de Cuba (2), Matanzas, y Camagüey (1 c/u), contra 3 el año anterior. La prevalencia durante el año fue de 0.2 por 10⁵ habitantes.

Los expertos plantean que se debe analizar con cautela esta situación pues la enfermedad no tiene prevención primaria que produzca un impacto que reduzca la incidencia, lo que unido a otras características de la entidad hace que la reducción de su transmisión se deba producir lentamente.

Gráfico No. 23

MORBILIDAD POR LEPRA
CUBA, 1980-2004 *



FUENTE: DIR. NAC. DE ESTADÍSTICAS
* DATOS PRELIMINARES

Tabla 3

Casos notificados de Lepra. Cuba 1999-2004.

AÑOS	< 15 AÑOS	TOTAL	TASA X 10 ⁵ HAB.
2000	5	278	2.5
2001	5	267	2.4
2002	2	316	2.8
2003	3	251	2.2
2004*	4	211	1.9

Fuente: Dirección Nacional de Estadística
* datos preliminares

Factores que han influido en el comportamiento durante el 2004.

- Se fortaleció la capacidad técnica de diagnóstico microbiológico, anatomopatológico y clínico epidemiológico mediante cursos de capacitación y de actualización clínico epidemiológica, a los médicos de APS en las provincias, así como la discusión de la morbilidad en los GBT.

Con el análisis de la serie anual se espera para el año 2005 una tasa de 1.7 x 10⁵ habitantes, lo cual pudiera oscilar entre 1.6 y 5.31.8, con una confiabilidad del 95%.

Factores que pueden influir en el comportamiento durante el año 2005.

- La prioridad que se mantenga en la búsqueda activa de casos en las poblaciones dispensarizadas como de riesgo y la vigilancia de éstas.

- La búsqueda de la prevalencia oculta que es responsable del mantenimiento de la de la endemia leprosa.
- Mantener la pericia en el diagnóstico, para lo cual se realizará un Taller Nacional Clínico Epidemiológico en Matanzas y un Taller Nacional de actualización Microbiológica en Ciudad de La Habana, debiéndose continuar con el adiestramiento de los médicos de APS.

Recomendaciones para obtener mayor impacto en el 2005.

- Mantener las acciones del programa, para el buen manejo de los casos por parte de los médicos de APS, haciendo énfasis en la vigilancia de contactos y de la población estratificada como de riesgo.
- Continuar fortaleciendo la capacidad técnica de diagnóstico que permita sospechar la enfermedad ante lesiones tempranas para lograr hacer un diagnóstico precoz

Según la opinión de expertos cuando se haya conseguido el diagnóstico precoz de modo estable durante muchos años, la tasa de detección se aproximará a la de la incidencia y se alcanzará la interrupción de la transmisión en Cuba.

Herpes Zoster

Desde 1990, el Herpes Zoster en Cuba se ha ido incrementando a medida que pasan los años, manteniendo una tendencia marcada al ascenso (gráfico x), lo que pudiera estar relacionado con el aumento de la población adulta mayor de 60 años que contribuye al envejecimiento ascendente de la población cubana, además del ascenso sostenido de la incidencia de los Tumores malignos y la Infección por VIH en el país, siendo éstas enfermedades inhibidoras del Sistema inmunológico de las personas,

considerados éstos, factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

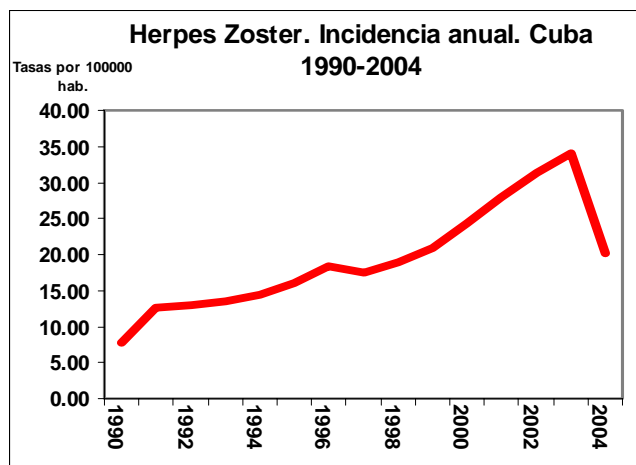
En el 2003 se obtuvo una tasa de incidencia de 33.99 por 10⁵ habitantes, superior a la del 2002 (31.30), para un incremento del 8.6%, sin embargo en el 2004, se obtuvo una tasa preliminar de 20.13 por 10⁵ habitantes, inferior a la del año precedente, para una reducción del 40.8%.

La incidencia de la enfermedad se va incrementando según avanza la edad, siendo el grupo de 60 años y más el mayormente afectado.

Las provincias con mayor reporte son Cienfuegos, Ciudad de La Habana, y La Habana.

Al analizar la serie anual, se obtuvo una estimación para el 2005, de una incidencia de 31.02 por 10⁵ hab., que puede oscilar entre 24.46 y 36.14.

Gráfico x



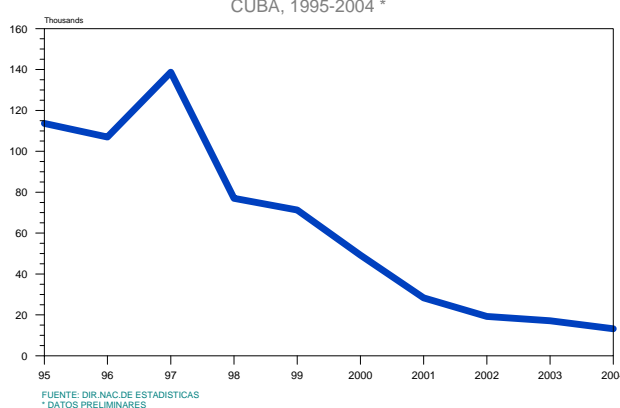
Ectoparasitosis

En los últimos cinco años, la tendencia de éstas enfermedades es a la reducción.

Pediculosis

Desde 1998, año en que ocurrió un pico epidémico, se mantiene el decrecimiento en las atenciones médicas por esta entidad, con tendencia a la reducción, a expensas de todas las provincias. Del año anterior al actual se incrementan los brotes de 1 con 97 casos en escuela de la Isla de la Juventud, a 6 con 113 casos, en las escuelas de las provincias: Matanzas (2/46), Las Tunas (1/7), Granma (1/34) y Guantánamo (2/26).

Gráfico No. 24
**ATENCIONES MEDICAS
POR PEDICULOSIS**
CUBA, 1995-2004 *



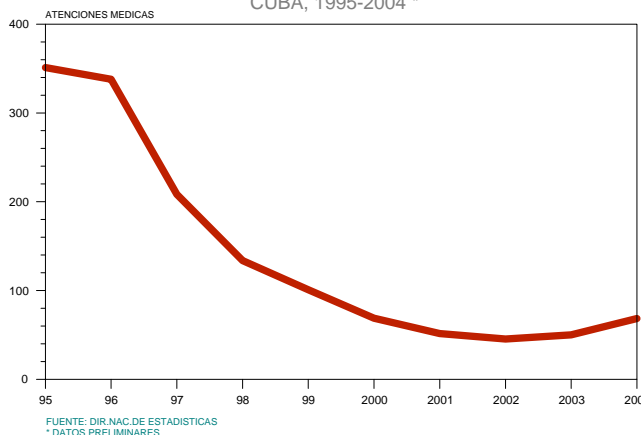
FUENTE: DIR. NAC. DE ESTADÍSTICAS
* DATOS PRELIMINARES

Con relación al año 2003, en el 2004 las atenciones médicas por Pediculosis se redujeron en un 23.0% (3938 menos); en el medio educacional descendieron en un 18.0% (883 menos); en los centros de trabajo se redujeron en un 82.2% (52 menos); en población abierta se reducen las atenciones en un 34.9% (4241 menos), y en otros lugares la reducción fue en un 45.0% (9 menos). Estos en su totalidad correspondieron a unidades de salud con camas. La tasa acumulada anual fue de 117,0 x 100 000 hab., contra 152,0 en el año 2003. Se encuentran por encima de la media nacional las provincias **Ciudad de La Habana**, con 283.2; **Villa Clara**, con 222.9 y **Sancti Spíritus**, con 161.7 y el municipio especial **Isla de la Juventud**, con 1151.1, coincidiendo con las provincias del año anterior.

Escabiosis.

Gráfico No. 25

**ATENCIONES MEDICAS POR
ESCABIOSIS**
CUBA, 1995-2004 *



FUENTE: DIR. NAC. DE ESTADÍSTICAS
* DATOS PRELIMINARES

Desde el año 1997 decrece el número de atenciones médicas reportadas de Escabiosis, con tendencia a la reducción, a expensas de todos los lugares de aparición y de todas las provincias, reducción menos marcada que en la Pediculosis. No obstante, con relación al año anterior, se incrementan los brotes de 8 a 17 en escuelas, a partir de las provincias: Matanzas (2brotes/57casos), Sancti Spíritus (1/74), Las Tunas (3/59), Holguín (1/78), Granma (3/109), Guantánamo (3/328) y Santiago de Cuba (4/248), con 953 casos en total.

En el país se incrementan las atenciones médicas por esta causa, de 50 015 en el 2003 a 68 517 en el 2004, para un 36.9%. En el medio educacional se incrementan en un 35,1% (874 más), o sea, 3662 contra 2488 en el 2003; de ellos, el 96,8% correspondió a escuelas. En los centros de trabajo se reduce en un 70,7% (140 menos); y en otros lugares se incrementan en un 152.6% (255 más), 422 contra 167 en el 2003; de los cuales, el 95,2% corresponde a unidades de salud con camas y el 4,7% a prisiones. En población abierta se incrementan las atenciones en un 29.3% (12504 más), 55 118 contra 42 614 en el 2003. La tasa acumulada anual del 2004 fue de 608.8×10^5 hab., contra 404,0 en el año 2003. Se encuentran por encima de la media nacional las provincias Villa Clara con 715,9; Sancti Spíritus con 783,2; Las Tunas con 854,6; Holguín con 909,8; Guantánamo con 1889,8 y el municipio especial Isla de la Juventud con 1477,2, todas por encima de las cifras del año anterior.

Se encuentran por encima de la media nacional las provincias de Guantánamo con 937, Sancti Spíritus con 905, Villa Clara con 720, Holguín con 690, Cienfuegos con 540, Las Tunas con 511, y Ciego de Ávila con 477 atenciones médicas reportadas.

Los brotes se incrementan de 0 a 8 en el presente año, 5 de ellos en el medio educacional, en las provincias Las Tunas (2), Holguín, Isla de la Juventud y Sancti Spíritus (1) y 3 en otros lugares, de las provincias Ciego de Ávila (2) y Holguín (1).

Factores que han influido en el mismo durante el 2004.

Se mantiene el incumplimiento de la Resolución Conjunta MINED- MINSAP y del Programa de Prevención y Control de las Ectoparasitosis, principalmente en cuanto a:

- Inestabilidad en el pesquisaje semanal.
- Dificultad con la calidad del examen físico periódico a alumnos y educadores.
- Incumplimiento con los controles de los focos en viviendas.
- Condiciones desfavorables en algunos centros educacionales con régimen de internado para la higienización de las ropas personales y de cama, y dificultades para la disponibilidad de agua en cantidades adecuadas.
- Existencia de escuelas de extranjeros en los cuales no existen los adecuados hábitos higiénicos y no hemos conseguido un cambio de conducta al respecto, a través de la influencia de los equipos médico-pedagógicos, con acciones de promoción, prevención y educación.
- Falta de medios para el traslado de especialistas y técnicos a centros distantes para orientar metodológicamente, capacitar, comprobar el cumplimiento del programa por el personal docente y de Salud, y detectar a tiempo cualquier otra dificultad en ese medio.
- Los centros internos no cuentan con médico permanentemente, por tanto decayó el control y no se realizaron sistemáticamente las actividades educativas.
- Inestabilidad con la disponibilidad de medicamentos por falta de materia prima. La producción anual cubrió aproximadamente el 80,0% de las necesidades.

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el 2005.

- En el año 2005, si se mantienen las condiciones actuales de trabajo, unido a la reducción del personal atendiendo la actividad en los centros, puede incrementarse el problema con la Escabiosis. En esta entidad la población abierta aporta la mayor incidencia y se requiere de una reorganización importante de los servicios a esa población para que se recupere el cumplimiento del Programa.

- Está asegurada la disponibilidad de medicamentos, a partir de la producción de Benzoato de Bencilo para los 2 primeros meses del año. Con la Permetrina, se presentan dificultades en la disponibilidad de Cremofort como ingrediente, lo cual ha dificultado su existencia. La Materia prima no tiene la calidad requerida.
- Dificultad para la disponibilidad de productos para el aseo a los alumnos.
- Con relación al Programa, es necesario continuar mejorando el cumplimiento de todas sus partes, con énfasis en el pesquisaje semanal, respetando la calidad del examen y la frecuencia, y el incremento de los controles de foco en las viviendas, principalmente el control de los casos reincidentes.

Recomendaciones para el 2005.

- Continuar promoviendo y apoyando la reorientación y reorganización de los servicios de Salud para la población y el medio educacional.
- Mejorar la capacitación y el cumplimiento del Programa de Prevención y Control por parte de Salud y Educación con énfasis en las acciones educativas, de promoción y prevención.
- Estabilizar la producción y disponibilidad de medicamentos.

Tabla 3
Comportamiento de Enfermedades Transmisibles en el 2004 y pronóstico para el 2005.
Resumen (Tasas por 100 000 habitantes).

ENFERMEDAD	2004**	PRONOSTICO 2005	
		Estimación puntual	Intervalo de predicción
EDA	6001.4	5852.86	(4452.86; 7252.86)
Hepatitis Viral	90.4	92.97	(73.37; 112.57)
Tuberculosis	6.6	6.00	(3.00; 900)
IRA	40 587.1	40995.31	(34995.31; 46995.31)
Sífilis	24.0	16.9	(-2.60; 36.60)
Blenorragia	77.3	Según criterio de expertos	
Condiloma	30.7	31.96	(26.08; 37.84)
VIH*	68.4	72.19	(66.19; 78.19)
Lepra	1.9	1.7	(1.6;1.8)
MEV	23.4	121.81	(101.81; 141.81)
MEB	3.7	3.18	(3.35; 3.53)
Leptospirosis	2.6	1.74	(1.99;2.23)
Escarlatina	13.5	13.80	(9.88; 17.72)
Varicela	187.0	238.07	(108.07; 368.07)
Herpes Zoster	20.13	31.02	(24.46; 36.14)

Fuente: Dirección Nacional de Estadística

* Tasa por millón de habitantes

** Datos preliminares

Vigilancia y lucha antivectorial

Infestación por Aedes aegypti

La infestación por *Aedes aegypti* durante el año 2004 mantuvo una tendencia ascendente, con alguna correspondencia a lo ocurrido en el 2003, donde después de la etapa intensiva (2001-2002), el comportamiento de la infestación ha sido de forma general creciente. El presente año culminó con un total de 51908 focos, lo que equivale a 7584 más que en el 2003, para un 14.6% de crecimiento (gráfico 26).

Existen algunos factores que se mantienen estrechamente relacionados con el incremento focal desde el 2003, entre ellos por su importancia se relacionan:

- Calidad técnica del trabajo.
- Inestabilidad de la fuerza que labora en la actividad de vigilancia y lucha antivectorial.
- Dificultades en el saneamiento y ordenamiento ambiental.
- Escasa participación comunitaria
- Poca percepción del riesgo

La positividad más alta se concentró en las cabeceras provinciales, fundamentalmente de Santiago de Cuba, Ciudad de La Habana, Guantánamo, Las Tunas, Ciego de Ávila y La Habana, aunque como muestra la tabla 4, hubo un crecimiento significativo en el número de focos aún en las provincias en fase de prevención sistemática (Matanzas, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Holguín, Granma y Camagüey). No obstante, en estas últimas provincias, más del 92% de los eventos fueron detectados a través del sistema de vigilancia, lo que constituye un resultado importante porque esto propició la no dispersión del vector en estos territorios donde la infestación no está establecida.

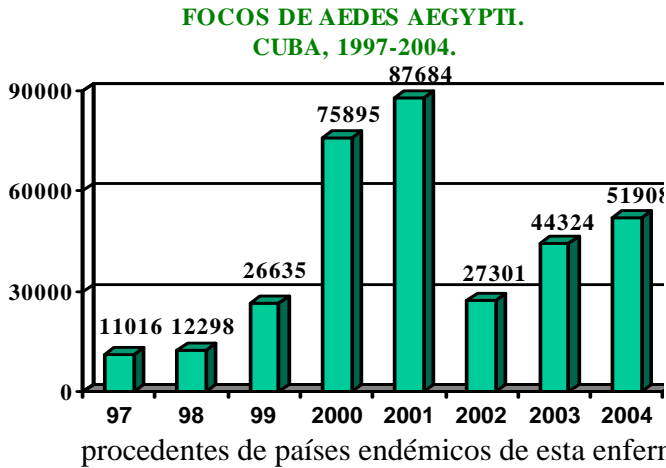
Tabla 4. Infestación por provincias durante los años 2003 y 2004.

Provincias	Focos 2003	Focos 2004	Diferencia	%
Pinar del Río	385	504	+119	+ 30.9
La Habana	924	3422	+2498	+ 270.3
Ciudad Habana	14725	12277	- 2448	- 16.6
Matanzas	125	160	+35	+28.0
Villa Clara	1783	1047	- 736	-41.2
Cienfuegos	33	116	+83	+ 251.5
Sancti Spíritus	28	85	+57	+203.5
Ciego de Ávila	1061	3495	+2434	+229.4
Camagüey	110	880	+770	+700
Las Tunas	1218	3038	+1820	+149.4
Holguín	75	93	+18	+24.0
Granma	57	85	+28	+49.1
Santiago de Cuba	18338	21544	3206	+17.4
Guantánamo	5460	4904	-556	-10.1
Isla de la Juventud	0	258	258	+100
Total	44324	51908	7584	14.61

Fuente: UNVLA

Por su parte la provincia **Santiago de Cuba**, con 21 544 locales positivos, aportó el 41.5% del total de focos del país, seguida de **Ciudad de La Habana** y **Guantánamo**, manteniéndose éstas como las de mayor infestación, y determinando el comportamiento de la infestación a nivel nacional.

Gráfico No. 26



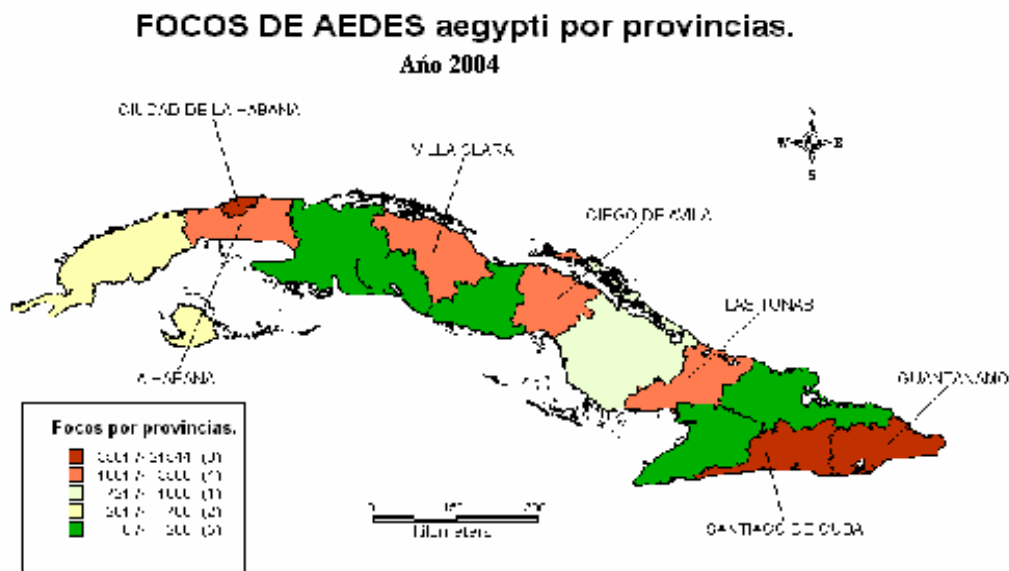
Según los expertos, a pesar de la focalidad mostrada en el país, y de la existencia en oportunidades de índices de infestación de 1 en provincias como Santiago de Cuba, Guantánamo, Las Tunas, Ciego de Ávila y La Habana, no hubo casos positivos de Dengue y esto fundamentalmente se debió al buen funcionamiento de la vigilancia entomo-epidemiológica, puesto que este año, el riesgo de introducción del Dengue fue permanente, teniendo en cuenta el volumen de viajeros (colaboradores internacionalistas) procedentes de países endémicos de esta enfermedad.

En sentido general, es conocido que el vector tiene un comportamiento relacionado estrechamente con macro factores, en el orden específico del medio ambiente y los propiciados por el hombre. La modificación de éstos implica diferentes respuestas del mismo, por lo que consideramos que para el 2005, obtener un resultado favorable en la disminución del vector estaría muy relacionado con el refuerzo y oportunidad que se le den a todas las acciones de control, respetando el resto de las variables sobre los que el hombre no puede actuar (lluvias, temperatura, velocidad del viento, problemas socioculturales etc).

Recomendaciones para lograr mayor impacto en el año 2005

- Reforzar la vigilancia entomo-epidemiológica y las acciones de lucha, pues el país ha estado y estará sometido al riesgo de reintroducción del Dengue por el incremento de las relaciones de colaboración y cooperación con países donde la enfermedad es endémica
- Mantener la estabilidad en la entrega de recursos fundamentales: plaguicidas, combustible, linternas, pilas, etc., lo que contribuirá al buen desarrollo de las acciones de control del vector.
- Captación adecuada del personal para lograr mayor estabilidad en este y por tanto mejorar la calidad técnica del trabajo
- Capacitación permanente de la fuerza de trabajo
- Insistir en el trabajo intersectorial como parte de la estrategia de integración de la vigilancia y lucha antivectorial a toda la sociedad

Mapa 6



En el mapa 6 se muestra como las provincias **Ciudad de La Habana, Santiago de Cuba y Guantánamo** presentaron el mayor número de focos en el país.

Infestación por Aedes albopictus

Con relación a esta especie, el elemento distintivo en el 2004 fue la disminución de la infestación en un 55.32% con relación al 2003, es decir, que se reportaron 4078 focos menos, y los mismos se circunscribieron a las provincias Pinar del Río, La Habana y Ciudad Habana, no habiendo dispersión a otros territorios.

Ciudad de La Habana concentró el 51.9% (1711) de la positividad, donde 12 de sus 15 municipios tuvieron positividad del vector, que dada su biología, prefiere los territorios periféricos por la presencia de abundante vegetación. De esta forma Arroyo Naranjo (511), Boyeros (476) y Cotorro (431), fueron los más afectados tanto a nivel de provincia como a nivel nacional. El resto de los territorios reportaron infestaciones que oscilaron entre 1 y 84 focos.

Por su parte en **La Habana**, el *Aedes albopictus* se detectó en 12 municipios, de los cuales Bauta (334) es el cuarto de mayor infestación en el país. Otros municipios con alta incidencia del vector fueron: Quivicán (284), Bejucal (254), San Antonio (138), Alquizar (121) y Guanajay (117).

Este año se detectaron 1469 locales positivos a este vector, para el 45.3% del total del país, 1421 menos que el precedente, para el 49.1% de disminución.

En **Pinar del Río** se reportaron 113 focos, para el 3.4% del total nacional, Disminuyendo con relación al año 2003 en 31 para un 21.5% de disminución. Se mantienen infestados 5 municipios: Los Palacios (56), Candelaria (55), San Cristóbal (24), Consolación del Sur (8) y Bahía Honda (1).

Los expertos opinan que a pesar de la disminución mostrada por el vector en el presente año, se debe insistir en la necesidad de que las provincias antes referidas trabajen por un mejor saneamiento ambiental y desarrollen estrategias de verificación y control que permitan en primer lugar la no dispersión del vector ni el incremento del mismo donde esta establecido. Además es importante que provincias cercanas como Matanzas refuercen la vigilancia para oportunamente detectar la aparición de focos y actuar como corresponde.

Recomendaciones para lograr el control del vector en el año 2005

- Dirigir las acciones a mejorar el saneamiento y el ordenamiento del medio en los exteriores de las viviendas fundamentalmente en las zonas suburbanas
- Incentivar la participación activa de la comunidad en las acciones de saneamiento y ordenamiento ambiental
- Reforzar las medidas de vigilancia en aras de impedir la dispersión a territorios libres del mismo.

Infestación por roedores

Durante los últimos 10 años, el Programa de Control de Roedores ha tenido inestabilidad en su comportamiento operativo, lo que ha estado dado fundamentalmente por la inestabilidad de los recursos como ha sido el caso de los rodenticida químicos y biológico; lo que se ve aun más afectado por el inadecuado ordenamiento del medio tanto intra como extradomiciliario; así como, en el entorno de los centros de trabajo por lo general en todo el país, lo que ha traído como consecuencia el comportamiento irregular de los índices de infestación.

Según el comportamiento histórico de la infestación, se logró reducir el índice de roedores en los años 1999 y 2000, hasta alcanzar en el año 2001 un 11.5 % de infestación, (el más bajo obtenido en la historia de la actividad), el año 2003 cerro con un índice de 20, 86 %, y al cierre de octubre del 2004 se reporta un índice de 19,5 %, que aunque aun lejos de lo deseado, (15,0 %) habla a favor de una ligera recuperación de la actividad dado en lo fundamental por una mejor estabilidad en la entrega del rodenticida, que aunque insuficiente fue superior a años precedentes; siendo las provincias más críticas La Habana, Sancti Spíritus Camagüey, Granma y Holguín, Santiago de Cuba, Guantánamo y la Isla de la Juventud con índices superiores a la media nacional (*tabla 5*).

Tabla 5
Infestación por roedores según provincias y años seleccionados. Cuba 1995-2004

PROVINCIAS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pinar del Río	13.7	15.2	23.1	17.3	12.5	9.4	7.3	27.0	25.08	19.3
La Habana	70.2	52.4	22.5	48.3	16.1	24.6	27.2	69.3	22.08	24.7
Ciudad Habana	26.1	36.7	40.3	34.4	30.4	20.8	36.4	34.3	21.63	19.3
Matanzas	29.1	20.0	14.0	21.0	15.6	13.8	8.1	23.3	19.95	11.0
Cienfuegos	29.6	12.9	9.0	17.2	12.7	8.2	6.3	9.5	10.28	15.9
Villa Clara	36.6	21.2	12.9	23.5	8.12	10.3	8.7	17.7	14.29	15.4
Sancti Spíritus	13.7	30.8	15.8	20.1	12.8	9.3	8.6	15.1	25.51	27.0
Ciego de Ávila	27.5	14.3	6.1	15.9	6.6	9.1	5.0	14.3	16.23	14.0
Camagüey	34.1	10.6	12.2	18.9	15.9	11.9	10.8	13.5	10.73	14.2
Las Tunas	20.6	15.8	6.2	8.3	8.5	8.0	8.3	18.6	20.43	12.5
Holguín	59.0	54.3	31.1	55.7	16.7	6.5	5.2	28.5	19.81	23.0
Granma	16.5	16.2	14.1	15.8	12.4	12.7	8.6	36.7	40.61	31.6
Santiago de Cuba	43.6	23.6	57.4	36.0	29.1	24.2	11.3	16.1	28.22	23.3
Guantánamo	54.0	13.9	10.6	26.1	10.3	10.4	9.2	42.6	16.45	25.0
Isla de la J.	63.0	24.1	18.4	35.1	15.8	41.6	**	45.6	15.17	23.4
CUBA	38.1	25.6	20.9	26.4	14.9	14.7	11.5	30.5	20.86	19.5

Principales factores que influyeron en este comportamiento.

- Inestabilidad en la entrega de rodenticidas químicos dado fundamentalmente por la falta de estabilidad en el financiamiento.
- Inestabilidad y no cumplimiento del plan de entrega del rodenticida biológico por parte de LABIOFAM S.A.
- Insuficiente plan de entrega a las provincias, lo que no abastece las necesidades, estando esto sujeto al financiamiento.
- Falta de prioridad por parte de los diferentes organismos implicados en el enfrentamiento y solución de las causas que originan las altas infestaciones en los diferentes universos de trabajo, lo que se manifiesta en primer término en la no realización de las Reuniones de los Grupos Técnicos Nacional y Provinciales.
- Malas técnicas de encuesta y de aplicación del rodenticida, así como la escasa aplicación por los organismos MINAGRIC, MINAZ y otros que influyen en la alta positividad.

Factores que pueden influir negativamente en el comportamiento durante el año 2005.

- No entrega a tiempo del financiamiento autorizado para la compra de las cantidades contratadas con los proveedores.
- No planificación de la compra de rodenticidas necesarios, por parte de los organismos implicados en el Programa Nacional de Control de Roedores, y por ende no se puedan

enfrentar los altos índices en sus universos de trabajo. no estaban contemplados en el universo de Salud Pública.

- Que la Empresa LABIOFAM S.A. no cumpla los acuerdos de aplicación de los productos biológicos (BIORAT) tanto en Ciudad de La Habana como en el resto del país, así como que no se garantice la calidad de aplicación tanto por el personal de LABIOFAM en Ciudad de La Habana como por el personal de CONVEC en el resto del país.
- Que la calidad y estabilidad de la entrega del producto biológico BIORAT se comporte inestable como ha ocurrido durante los últimos años.
- Que los organismos implicados en el Programa no asuman sus responsabilidades ante el Grupo Nacional de Control de Roedores

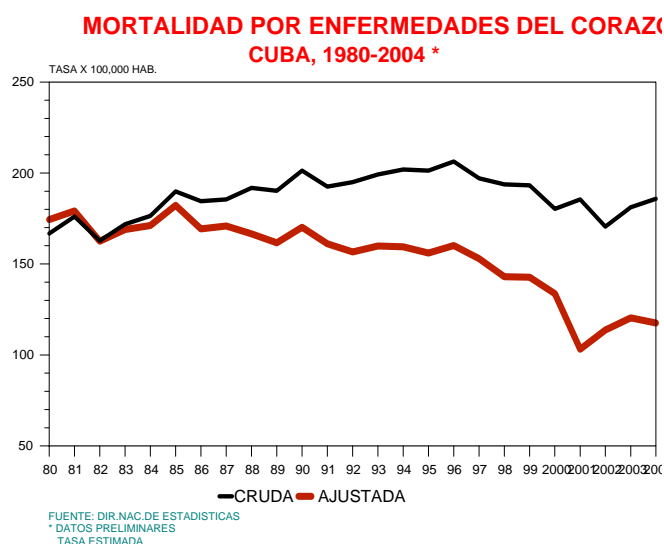
Recomendaciones para lograr un mayor impacto en el control del problema en cuestión.

- Restaurar el Grupo Nacional de Control de Roedores y Leptospira, con la participación y jerarquización de las máximas autoridades designadas por cada organismo
- Garantizar el financiamiento previsto para la adquisición del rodenticida del año y valorar la adquisición a través de otras fuentes de financiamiento en aras de poder cubrir un mayor % del universo afectado.
- Capacitar y/o adiestrar al personal que se designe para las encuestas de pre y post-control tanto de LABIOFAM como de CONVEC, y demás organismos implicados en el programa.
- Adiestrar al personal que se encargará de las acciones de desratización, en las técnicas adecuadas que garanticen el éxito de las aplicaciones
- Incrementar las acciones de control desde y hacia todos los organismos que tienen la responsabilidad en los resultados esperados de este programa.
- Lograr adquirir las jaulas y/o ratoneras mínimas necesarias, para garantizar encuestas de calidad, a la vez que permitirían determinar los índices públicos y de X. cheopis para la adecuada vigilancia entomo- epidemiológica en el país.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades del corazón

Gráfico No. 27



Las enfermedades del corazón se mantienen en primer lugar como causa de muerte en Cuba desde hace más de 40 años, a pesar de continuar con tendencia al descenso desde el año 1997. En el 2004 se alcanzó una tasa de mortalidad de 185.8 por 10⁵ habitantes, superior a la del año precedente (181.6), lo que constituyó un incremento del 2.3%.

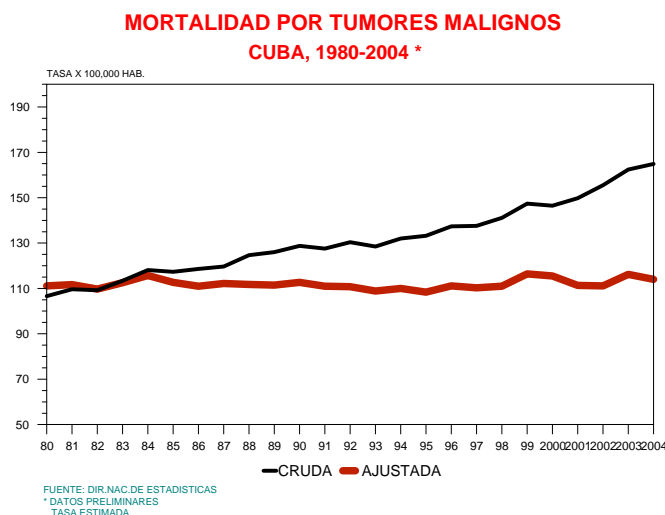
Con la serie anual se pudo confeccionar un modelo de predicción, en el cual se espera para el año 2005 una tasa de mortalidad por enfermedades del corazón de 183.52 por 10⁵ habitantes, la cual pudiera oscilar entre 171.52 y 195.523 con una confiabilidad del 95%.

Tumores Malignos

Se mantienen en el segundo lugar entre las principales causas de muerte en el país, presentando una tasa preliminar en el año 2004 de 164.9 x 10⁵ habitantes, que representó un incremento del 1.3% del riesgo de morir por esta causa con relación al año precedente.

Se espera para el 2005 un riesgo de morir por tumores malignos de 168.33 x 10⁵ hab. pudiendo oscilar entre 163.13 y 173.53, con una confiabilidad del 95%.

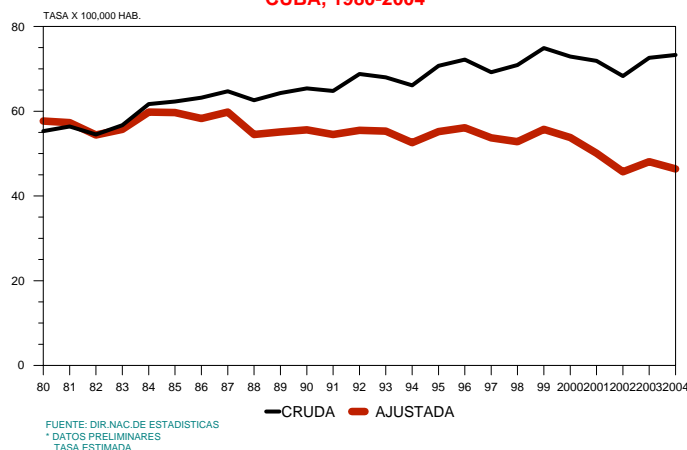
Gráfico No. 28



Enfermedad cerebrovascular

Las Enfermedades Cerebro Vasculares se han mantenido como tercera causa de muerte para todas las edades en nuestro país, y con una tendencia ascendente en la mortalidad, además de constituir la quinta causa de AVPP. Éstas constituyeron la causa básica del 9.9% del total de defunciones en 1997 y el 10.6% en 1999, siendo la mortalidad proporcional por esta causa en los últimos años de la década de los 90, superior a años anteriores. A pesar de ello producen la pérdida de 4.7 años de vida por cada 1000 habitantes, cifra relativamente baja ya que acontecen con mayor frecuencia a edades avanzadas, aunque continúa el desplazamiento de la enfermedad a grupos de edades más jóvenes y hacia el sexo femenino (sobremortalidad femenina), que comenzó a partir de la década de los 90, con tendencia ascendente de la mortalidad.

Gráfico No. 29
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
CEREBROVASCULARES
CUBA, 1980-2004 *



Según los expertos, durante el 2003 con la priorización realizada en el SNS en la APS, la salida masiva a cumplir labor internacionalista de la mayoría de los responsables de este y otros programas, el no continuar desarrollando la implementación del programa prevista en el quinquenio, determinaron:

- Incremento de la mortalidad de 68 a 72.6 x 100 000 hab.
- Disminución de la prevalencia de dispensarizados.
- Disminución de la tasa de mortalidad por grupos de edades, de 7 a 6.2 x 100 000 hab., en el grupo de 15 a 49 años y de 50 a 64 años (carga de mortalidad prematura de 22.1% de fallecidos), incrementándose en el de 65 y más de 513 a 569 x 100 000 hab.
- Incremento de la mortalidad extrahospitalaria.
- No todas las provincias enviaron las encuestas de fallecidos por lo que el análisis de las misma es insuficiente.

Se estima para el año 2005 que la tasa será de 73.34 por 10⁵ habitantes, pudiendo oscilar entre 69.42 y 77.26, con una confiabilidad del 95%.

Principales factores que han influido durante el 2004

- El envejecimiento de la población cubana siendo la edad el principal factor de riesgo no modificable de la ECV.
- El 70% de los fallecidos por ECV, son hipertensos, siendo insuficientes el ciento de los controlados
- Necesidad de incrementar el componente educativo sobre la prevención primaria y secundaria de los FR modificables de estas enfermedades.

- No considerar el Ataque Transitorio de Isquemia como FR de la ECV y sobre todo como forma clínica de presentación
- El 30% de estos pacientes, sobre todo los hipertensos, desarrollan Demencia Vascular.
- No utilización de los medios diagnósticos como el doppler y la RNM para el diagnóstico.
- Carencia de medicamentos efectivos y reactivos que limitan el diagnóstico de la Hemorragia Subaracnoidea en personas jóvenes y que son curables.
- Desarrollo de la trombolisis a escala nacional y de la neurocirugía con técnicas más avanzadas.

Factores que pueden influir en el comportamiento en el 2005.

- Los mencionados anteriormente, de no implementarse progresivamente de acuerdo a las posibilidades del país.

Recomendaciones para modificar positivamente los factores señalados.

- Considerar la ECV como una *emergencia médica* y por lo tanto de no contar la provincia con Sala de Ictus ingresar a estos pacientes en la UCI y la UCIM.
- Incremento de acciones preventivas y cambios de estilos de vida que nuestro con intervenciones poblacionales.
- Incremento de la capacitación sobre todo en el componente preventivo en la APS, por ser lo que más puede modificar el curso de estas enfermedades.
- No considerar el Ataque Transitorio de Isquemia como una urgencia médica, no ingresarlo para estudio y desconocer así la causa del cuadro clínico
- Reorientación del enfoque terapéutico hacia nuevos medicamentos que cambian el pronóstico de estos pacientes y el desarrollo de la cirugía endovascular y la trombolisis).
- Mejorar los medios diagnósticos entre los que se encuentra el doppler que siendo un medio diagnóstico no invasivo permite el diagnóstico precoz de la forma clínica más frecuente que son los infartos isquémicos, además de la TAC y la resonancia para otras formas clínicas.
- Mejorar la rehabilitación, garantizando que la misma sea precoz y preventiva de las complicaciones respiratorias y las discapacidades.
- Consolidar la discusión de fallecidos a nivel de área de salud, con participación de especialistas del programa
- Incrementar las investigaciones puntuales
- Fortalecer el papel del Instituto de Neurología en el Programa Nacional.
- Necesidad de activar el SIUM para la ECV al igual que para otras entidades.

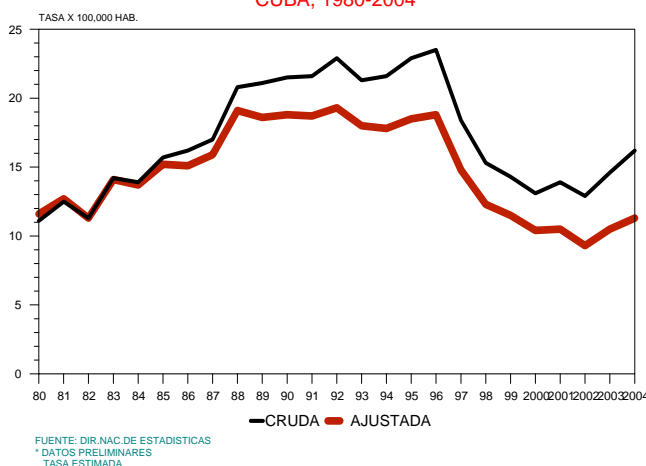
Diabetes Mellitus.

Las tasas de prevalencia de diabetes, de acuerdo a los informes anuales de dispensarización continúan aumentando sistemáticamente, tal como se observa como tendencia mundial tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Todo esto puede estar relacionado con el envejecimiento poblacional y otros factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, que además se ponen de manifiesto de una forma más evidente a medida que avanza la edad. Estos hechos han estado presentes en nuestro país en el último quinquenio, así como la paulatina mejoría de la disponibilidad calórica después de las privaciones alimenticias durante la etapa más severa del período especial, lo que se une al fortalecimiento progresivo de la Atención Primaria que ha alcanzado una cobertura cercana al 100% con la consiguiente

mayor búsqueda de nuevos casos y en los últimos tres años a los cambios de las cifras diagnósticas de glicemias en ayunas (de 7,8 mmol/L a 7 mmol/L). Asimismo ha podido contribuir la mayor cobertura de endocrinólogos en el nivel secundario y su proyección en la comunidad. La prevalencia aparente se ha incrementado de 21.5 en 1999 a 29.7 por 1000 hab. en el 2003. Como se ha pronosticado desde 1970 la tasa esperada de diabéticos conocidos para el país es de alrededor del 38 x 1000, que aun no se ha alcanzado, a pesar de que no se tiene todavía la prevalencia a finales del año transcurrido (2004), se piensa no deben alcanzarse cifras por encima del 30 por 1000.

Los expertos consideran que las causales más importantes de aumento de prevalencia, han sido la mayor disponibilidad de glucemia diagnóstica en todos los niveles, y la tendencia al mayor grado de urbanización del país, coincidiendo con los datos preliminares ofrecidos por la encuesta nacional de factores de riesgo donde aparece una prevalencia de diabetes en una muestra de habitantes de las ciudades de Cuba, de 3.6 por 1000 habitantes, que nos hablan del efecto potenciador negativo de la urbanización sobre el incremento de los factores de riesgo diabetogénicos.

Gráfico No. 30
MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS
CUBA, 1980-2004*



Durante el 2004 se obtuvo un tasa preliminar de 16.2 por 10⁵ habitantes, superior a la del 2003, lo que representó un 10.9% de incremento.

Los expertos opinan que la mortalidad por diabetes aumentará este año, pues al incrementarse la cifra de diabéticos conocidos existirá más posibilidad de morir por diabetes a pesar de las acciones beneficiosas que pudiera tener el programa de diabetes.

Para el año 2005 se espera una tasa de mortalidad de 16.62 por 10⁵ habitantes, que oscilará entre 12.70 y 20.54, con una confiabilidad del 95%.

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el año 2005.

- Las acciones para el control de la hipertensión, de las enfermedades cardiovasculares y de la insuficiencia renal.
- El cumplimiento con éxito de las tareas de promoción y prevención de salud, especialmente de la obesidad con el mejoramiento de hábitos dietéticos y la eliminación del sedentarismo.

Recomendaciones que permitan detener el incremento de la prevalencia de diabetes

- Priorizar por el sistema, el Programa de Promoción y Prevención de Salud, que disminuirá en esencia a todos los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

- Alcanzar la disponibilidad de reactivos de glucemia para dotar de capacidad diagnóstica, especialmente al MGI, para el diagnóstico temprano de la enfermedad y para el control metabólico estricto de los diabéticos ya conocidos.
- Continuar incrementando los cursos de diabetes dirigidos a los profesionales de la salud (haciendo énfasis en los MGI), para ofrecer educación terapéutica adecuada a las personas con diabetes y familiares.
- Completar la red de Centros de Atención-Educación a Diabéticos (CAED). Un programa de Financiamiento Internacional (WDF, HCH, FDE) está apoyando un proceso de construcción y equipamiento a Cienfuegos, Villa Clara y Las Tunas; con locales identificados: Granma, Ciego de Ávila, Camagüey, Habana; faltan por identificar locales: Sancti Spíritus y la Isla de la Juventud.
- Es perentoria la necesidad de mejorar la capacidad de autocontrol del diabético, a través de lograr una disponibilidad de reactivos para glucosuria (tiras), glucemia (en los casos dependientes de insulina y todos los niños) y disponibilidad sistemática de jeringuillas desechables con aguja fina.
- Insistir en el tratamiento sistemático del diabético con aspirina a dosis bajas – 70 a 120 mg – (en casos donde no esté contraindicado), para evitar el estado de hiperviscosidad y agregación plaquetaria que tienen estos pacientes.
- Mantener el plan de vacunación contra la hepatitis B en diabéticos.
- Garantizar los glucómetros y las tiras reactivas a niños diabéticos menores de 9 años con debut como está instituido a nivel mundial y tratar de alcanzar estas facilidades a niños mayores y a adolescentes con diabetes tipo 1.
- Continuar ejecutando el subprograma de detección de diabetes durante el embarazo, para evitar malformaciones congénitas, mortalidad materna, y perinatal.
- Publicar material educativo para la población y docente para los proveedores de salud y el nuevo Programa Nacional de Diabetes.
- Reiniciar el campamento vacacional de niños y adolescentes diabéticos en todas las provincias.

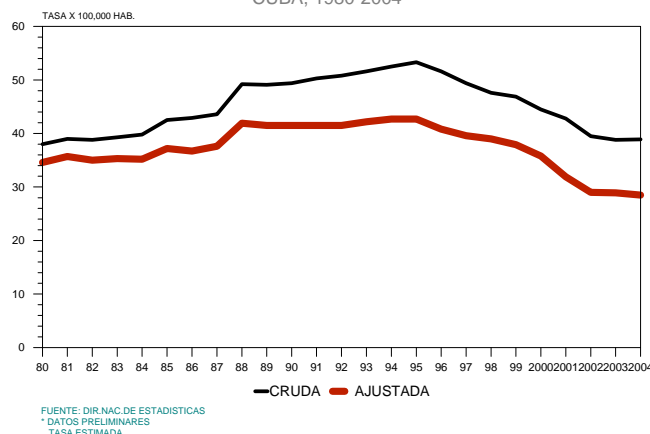
Accidentes

Continúa dentro de las primeras causas de muerte en el país. Durante el año 2004 ocupó el quinto lugar entre las principales causas de muerte para la población general. Sin embargo la tendencia en los últimos años ha sido ligeramente descendente. La tasa de mortalidad preliminar para el año 2004 en base al nonestre fue de 38.8 por 10⁵ habitantes, ligeramente superior a la del 2003, lo que representó un incremento del 1.6%. Superó la tasa estimada para el año aunque se encuentra dentro del

Grafico No. 31

MORTALIDAD POR ACCIDENTES

CUBA, 1980-2004 *



intervalo de confianza establecido, aunque más cerca del límite superior.

La tasa de mortalidad estimada con base anual para el año 2005 es de 37.59 por 10⁵ habitantes, con un intervalo de confianza entre 34.65 y 40.53 y una confiabilidad del 95%.

Factores que pueden influir en su comportamiento durante el 2005.

- Implementar nacionalmente el programa de accidentes para todas las edades.
- Fortalecer las acciones de prevención de accidentes en el nivel primario de salud y desarrollar la capacitación-comunicación al personal médico, de educación, familia y población en general.
- Mantener la distribución del Manual de Prevención y Manejo de los Accidentes, al personal de Salud como de Educación.
- Mantener el fortalecimiento de la Comisión Nacional y revitalizar y/o fortalecer las Comisiones Provinciales.
- Definir el Centro Rector del programa en los mayores de 20 años.
- Disminuir la incidencia por caídas sobre todo en la tercera edad.
- Capacitar al sector en la dimensión legal de su trabajo en relación con hechos de tránsito.
- Educar a la población en los riesgos asociados al consumo de alcohol, drogas y determinados medicamentos en la accidentalidad y divulgar los aspectos legales contenidos en regulaciones estatales fortalecida en el momento actual en la Ley 60.
- Priorizar el trabajo de prevención de los accidentes en el hogar, con la participación de la FMC y otros sectores de la comunidad.
- Celebrar la Semana Nacional de Prevención de los accidentes en el hogar.
- Celebrar por lo menos tres talleres nacionales por territorios, conjuntamente con la PNR, MINED, IML, MINJUS y otros organismos.
- Celebrar un Taller nacional sobre Prevención de Accidentes.
- Participar en el Congreso Internacional sobre Adolescencia con una conferencia magistral, un Curso pre-congreso, la coordinación de una Mesa Redonda sobre el papel de los Organismos en la prevención de los mismos.
- Concluir el video sobre prevención de accidentes en la Atención Primaria de Salud y en las escuelas del Sistema Nacional de Enseñanza del MINED.

Recomendaciones para lograr un mayor impacto en el control del problema para el año 2005.

- Mantener el tema de la accidentalidad como una parte importante de las actividades del Ministerio de salud Pública.
- Incrementar el trabajo coordinado con todos aquellos sectores involucrados en esta temática de la accidentalidad como Tránsito-PNR, MINED, MINJUS, IML, FMC, ICRT, UJC, FEEM, PIONEROS, otros.
- Lograr el verdadero conocimiento de la cuantía de las diversas causas de muerte para actuar sobre ellas.
- Realizar la Encuesta Nacional sobre Prevención de Accidentes donde se obtendrán datos de morbilidad, mortalidad y posibles discapacidades.
- Apoyar la actividad educativa del personal de salud mediante la elaboración de materiales didácticos, de información y comunicación.

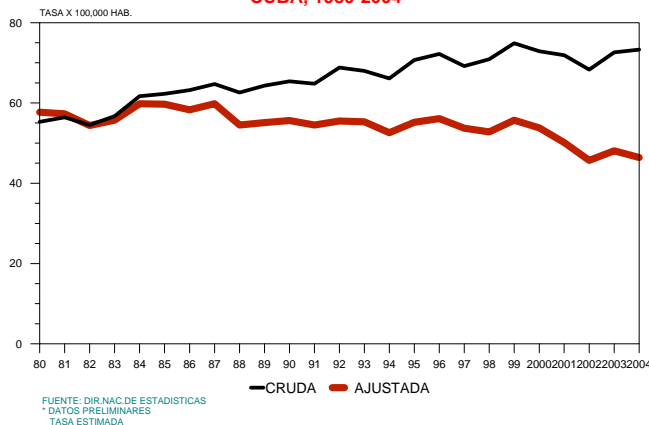
- Mantener las encuesta de conocimientos sobre la accidentalidad a los asistentes de los cursos y talleres que se efectúen, como una forma de medir el conocimiento que de la misma tienen y ajustar las medidas necesarias para mejorar dicho conocimiento.
- Solicitar a los niveles correspondientes la autorización para la realización de un diplomado sobre lesiones para el próximo año.
- Mantener la ejecución de la investigación sobre una Metodología educativa participativa para la prevención de accidentes en adolescentes de tecnológicos.
- Garantizar por las provincias sedes de los Talleres Territoriales el alojamiento y los locales para los participantes.
- Mantener un contacto más estrecho con la Cruz Roja Cubana en relación con el intercambio de experiencias en la prevención de accidentes y de desastres naturales y de otro tipo.
- Garantizar la temática de la accidentalidad por los medios masivos de difusión tanto nacionales. Como provinciales y locales.
- Negociar con el canal Educativo la posibilidad de incluir en su programación diferentes temas relacionados con la accidentalidad.
- Circular material educativo sobre la prevención de los accidentes a las provincias.
- Mejorar los registros estadísticos y técnicos de la Dirección Nacional de Estadística, Dirección Nacional Materno Infantil y de las provincias.

Suicidios y Lesiones autoinflingidas

Las lesiones autoinflingidas intencionalmente, constituyeron en el 2004, la novena causa de muerte en la población general cubana, obteniéndose un riesgo de morir por estas causas de 13.7×10^5 hab, que representó un 34.3% de incremento con relación al año precedente (10.2). Con el análisis de la serie anual se espera para el año 2005 un riesgo de morir por suicidios de 13.15×10^5 habitantes, lo que pudiera oscilar en un intervalo de confianza entre 11.19 y 15.11.

Gráfico 32

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES CUBA, 1980-2004 *



Asma bronquial

En el período del 2000 al 2004, la dispensarización de los pacientes asmáticos, con un 2% anual como objetivo, se ha ido incrementando, lográndose un 8,6% en el año 2004. Esto ha contribuido gradualmente al seguimiento y mejor control de los pacientes en cuanto a su enfermedad se refiere.

La incidencia del asma se incrementa, como está previsto a nivel mundial, debido a diversos factores, tanto por desencadenantes específicos a nivel domiciliario como ambientales

atmosféricos y las condiciones genéticas individuales como factor predisponente de padecer la enfermedad.

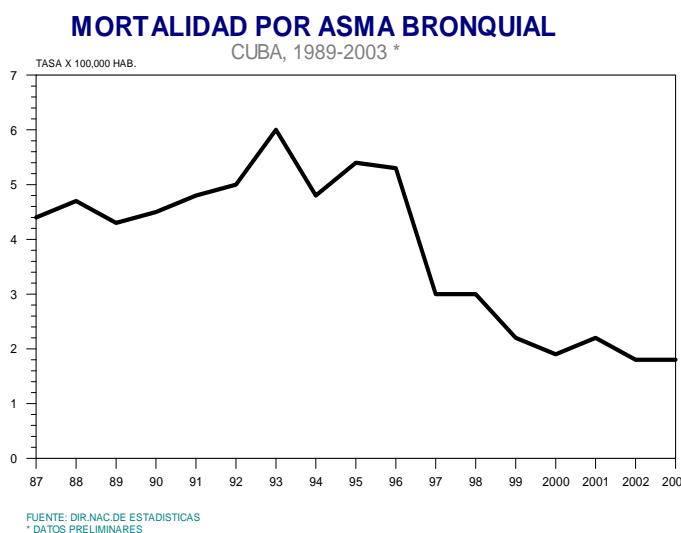
Las crisis de asma reportadas a nivel nacional no han sobrepasado de 2 millones anualmente. En cuanto a las edades, las crisis de asma se reportan con más incremento en las edades de 15 a 59 años con un 50%, siguiéndole los menores de 14 años con un 37% y 60 años y más con un 13%, aspecto que coincide con las tasas por edades en la dispensarización de los pacientes.

La letalidad hospitalaria se redujo de un 0,1 en el 2000 a 0,09 en el 2004. Los ingresos hospitalarios por asma han ido disminuyendo a medida que se ha ido incrementando la dispensarización de los pacientes. En el año 2000 la dispensarización fue de un 7,7% y en el 2004 los egresos fueron de un 0,2%.

Según los expertos, la mortalidad por asma a partir del año 2000 ($1,9 \times 10^5$ habitantes) decreció en el año 2002 con $1,5 \times 10^5$ habitantes, incrementándose en el año 2004 a $2,3 \times 10^5$ habitantes a expensas de mayores de 65 años, las que ocurrieron principalmente en el domicilio, lo cual abre una interrogante pues puede deberse a otras patologías que no correspondan a asma bronquial.

Todos los grupos de edades han disminuido la mortalidad por asma, excepto en los mayores de 65 años, donde se incrementó la tasa de $5,7 \times 10^5$ habitantes en el 2003 a $6,7 \times 10^5$ habitantes en el 2004. Se incrementó a expensas de las muertes en el domicilio y otros centros médicos.

Gráfico No. 33



Factores que pudieron influir en el comportamiento durante el 2004:

Los expertos consideran que aunque la dispensarización de pacientes asmáticos se mantiene incrementada desde el año 2000, lo que permite un seguimiento más adecuado a nivel de su comunidad, en la mortalidad han influido los fallecimientos en mayores de 65 años en el domicilio, lo que puede corresponder a otras patologías respiratorias o no. El riesgo de morir de 5 a 34 años, que es una variable importante en el asma, solo se incrementó de 0.3 en el 2003 a $0,4 \times 10^5$ habitantes en el 2004.

El análisis de la serie anual y el modelo asintótico obtenido para este evento, permite esperar para el año 2005 una tasa de alrededor de 1.5 por 10^5 habitantes, la cual pudiera oscilar entre 1.4 y 1.7, con una confiabilidad del 95%.

Recomendaciones para lograr mejores resultados en el año 2005:

- Confeccionar guías para la Atención Primaria de Salud.

- Soporte Educativo manteniendo a pacientes asmáticos y familiares.
- Capacitación a médicos y enfermeras sobre actualización del manejo adecuado sobre asma así como tratamientos.
- Cobertura en cuanto a tratamientos específicos se refiere, de los Esteroides Inhalados. Es necesario en este tratamiento específico asociar el esteroide inhalado con un broncodilatador de acción prolongada.
- Iniciar un monitoreo en cuanto a contaminación de desencadenantes específicos intradomiciliarios, que además de contribuir a la aparición de la enfermedad pueden incrementar la severidad del asma que padecen los pacientes.
- Mantener la vigilancia epidemiológica en los indicadores sobre el comportamiento del asma.
- Capacitación a médicos y enfermeras sobre Educación a pacientes asmáticos y familiares en los conocimientos sobre la prevención y el manejo adecuado de la enfermedad.

Tabla 7
Comportamiento de Enfermedades no Transmisibles en 2004 y Pronostico 2005.
Resumen (Tasas por 100 000 habitantes)

ENFERMEDAD	2004	PRONÓSTICO 2005	
		Estimación puntual	Intervalo de predicción
Enfermedades del Corazón	185.8	183.52	(171.52; 195.52)
Tumores Malignos	164.9	168.33	(163.13; 173.53)
Enfermedad Cerebrovascular	73.3	73.34	(69.42; 77.26)
Accidentes	38.9	37.59	(34.65; 40.53)
Suicidios	13.7	13.15	(11.19; 15.11)
Diabetes Mellitus	16.2	16.62	(12.70; 20.54)
Asma Bronquial	1.8	1.5	(1.35; 1.65)

Fuente: Dirección Nacional de Estadística

Atención Materno Infantil

Mortalidad infantil.

La tasa más alta en el último quinquenio se produjo en el año 2000 (7.2), sin embargo a partir de este año la reducción ha sido gradual, registrándose en el 2004, 736 fallecidos menores de un año (123 menos que en el año anterior), para una tasa de Mortalidad infantil de 5.8 x 1000 NV, contra 6.3 en el 2003, lo que representó una disminución de un 7.9 %, comportamiento dentro del rango estimado para el año (5,5 a 6,6). Entre los factores que han hecho posible mantener este indicador dentro de los valores estimados están:

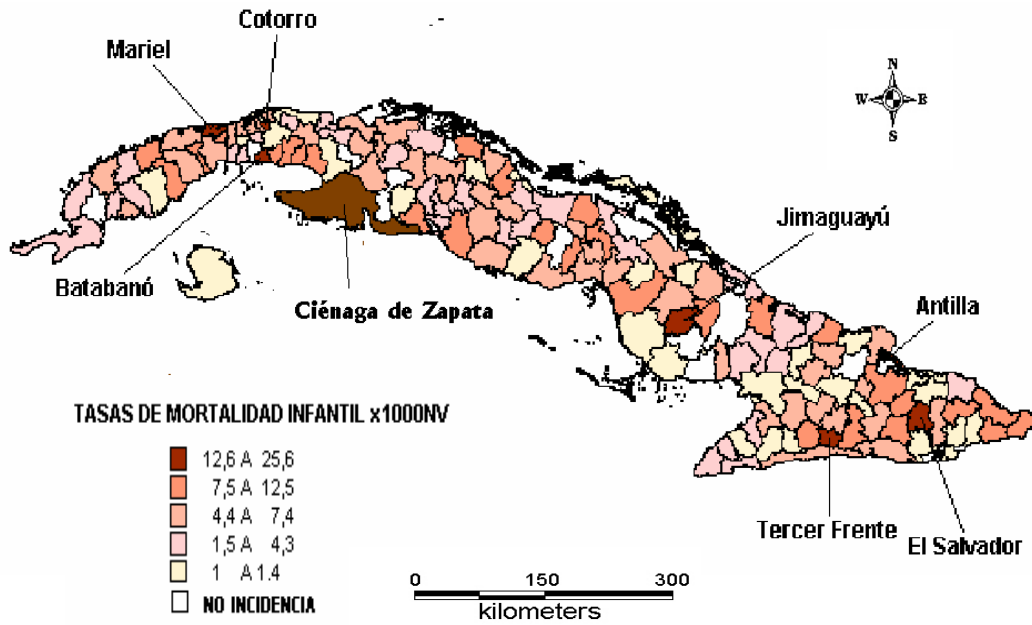
- Mantenimiento de la vacunación contra el Haemophilus Influenzae.
- Cobertura del 100% de la población universo del programa, por Médicos y Enfermeras de la Familia.
- Capacitación continua de especialistas vinculados al programa.
- Controles sistemáticos de la calidad de los procesos.
- Revitalización de los Grupos Nacionales y Provinciales de las especialidades de Pediatría, Ginecobstetricia, Terapias Intensivas Pediátricas y Neonatología

Según los expertos, en los controles realizados y en el análisis de las causas de morbimortalidad, se aprecian deficiencias subjetivas en los procesos de atención que constituyen un potencial de reducción.

Las provincias que excedieron la media nacional fueron: **Guantánamo (8.5), La Habana (7.3), Santiago de Cuba (7.2), Ciudad de La Habana (6.6), y Holguín (5.9.** Incrementaron sus tasas La Habana, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba. **Ciudad de La Habana, Santiago de Cuba, y Holguín, aportan el 42,6% de la mortalidad del menor de un año en el país**

MAPA 7

MORTALIDAD INFANTIL. 2004



Las Afecciones Perinatales y Anomalías Congénitas fueron las principales causas de muerte infantil, representando el 61.0% del total de fallecidos. Incrementan en relación con el año anterior la Hipoxia y Sepsis adquirida. Mantienen igual tasa la Neumonía Congénita, Anomalías Congénitas, EDA y Las Demás Meningitis.

Principales aspectos negativos que en el año 2004 influyeron directa o indirectamente en este comportamiento:

- Incorrecta valoración de riesgo materno-fetal en la atención prenatal en algunos casos.
- Debilidades en algunos de los procesos del parto, de la patología aguda en los niños y de las enfermedades crónicas de la infancia.
- Insuficiente calidad de la Puericultura
- Incumplimiento de normas epidemiológicas en servicios de riesgo.
- Déficit de recursos materiales.

Recomendaciones para lograr mejores resultados:

- Perfeccionar la identificación y el control del Riesgo Reproductivo (Preconcepcional y Obstétrico)
- Incrementar la vigilancia epidemiológica en los servicios de riesgo.
- Incrementar el control y perfeccionamiento de los recursos humanos vinculados al Programa.
- Revitalización de la Puericultura
- Garantizar los aseguramientos decisivos de forma oportuna.
- Mantener la evaluación sistemática de la calidad de los procesos de atención.

Mortalidad del menor de cinco años.

La Mortalidad del menor de 5 años en el año 2004 fue de 7.7 x 1000 nv, mientras que en el 2003 fue de 8.0, lo que significa una reducción del 3.8%; no obstante los expertos refieren que este indicador no ha mostrado sensibles reducciones en los últimos 4 años y su comportamiento ha estado sustentado esencialmente en la disminución de la Mortalidad Infantil ya que el riesgo de morir en el grupo de 1 a 4 años, se mantiene prácticamente estable desde el año 2000.

Como es evidente, por los valores alcanzados en la MI, no se deben esperar grandes variaciones por año de la misma, lo que impone una estrategia más eficaz que incida en los niños de las edades preescolares y que logre impactar en la modificación positiva de la mortalidad en el menor de 5 años.

Teniendo en cuenta que las principales causas de muerte en la población infantil de 1 a 4 años son los Accidentes, los Tumores malignos, las Anomalías Congénitas y las Infecciones, está identificado que para el logro de los objetivos propuestos en este sentido se deberá insistir en:

- Incremento la calidad de la Puericultura en la población de 1 a 4 años.
- Fortalecimiento de las acciones en la prevención de Accidentes.
- Vigilancia de los signos y síntomas precoces de la Sepsis.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades oncohematológicas.
- Seguimiento y manejo adecuado de las complicaciones de los pacientes con Anomalías Congénitas.

Mortalidad materna directa

La MMD en el año 2004 fue de 2.3 x 1000 nacidos vivos contra 3.5 en el 2003, comportamiento dentro del rango estimado para el año (1.7 a 3.6), que representó el 34.3% de disminución.

Entre los factores que han hecho posible mantener este indicador dentro de los valores estimados están:

- Cobertura del 100 % de la población universo del Programa, por Médicos y Enfermeras de la Familia.
- Controles prenatales al 100 % de las gestantes
- Atención calificada al 100 % de los partos
- Capacitación continua de especialistas vinculados al programa
- Controles sistemáticos de la calidad de los procesos.
- Revitalización de los Grupos Nacionales y Provinciales
- Discusión concurrente de todas las Muertes Maternas Directas por el Grupo Nacional.

No obstante en los controles realizados y en el análisis de las causas de morbimortalidad se aprecian deficiencias subjetivas en los procesos de atención que constituyen un potencial de reducción.

Entre los principales aspectos negativos que en el año 2004 han influido directa o indirectamente en este comportamiento tenemos:

- Inadecuada valoración de riesgo materno-fetal en la atención pre y perinatal.
- Pobre índice de sospecha del embarazo ectópico
- Seguimiento inadecuado de los procesos del parto.
- Deficiencias en el manejo de las pérdidas de volumen sanguíneo

Bajo Peso al Nacer

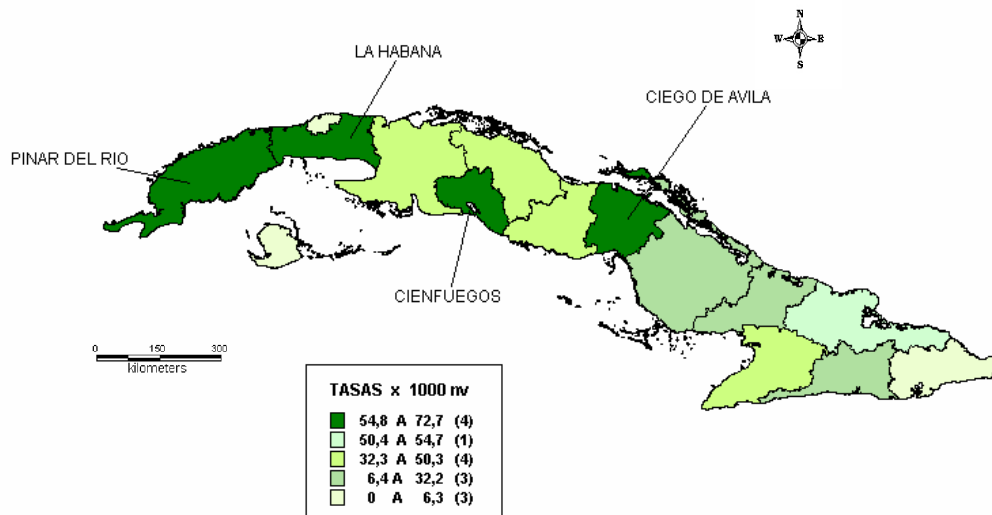
El Índice de Bajo peso al nacer no se modificó durante el año 2004, ya que fue de 5,5 % igual al obtenido en el año anterior.

Entre los factores que han hecho posible mantener este indicador dentro de los valores adecuados están:

- Utilización de los Hogares Maternos
- Mejoramiento de la orientación nutricional y de la dieta en las gestantes.

MAPA 8

INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER. 2004



Recomendaciones para lograr mayor impacto en este indicador:

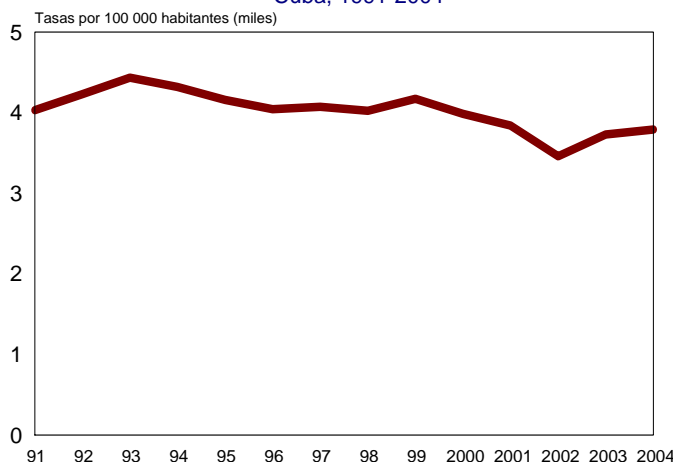
- Incrementar la cobertura de Hogares Maternos en las provincias donde aún es insuficiente.
- Identificación y actuación oportuna sobre los factores de riesgo de BPN, haciendo énfasis en las infecciones del tractus genitourinario y en las patologías crónicas asociadas a la gestación.
- Consolidar la dieta de nuestras gestantes.
- Vigilancia estrecha de los parámetros que permiten la evaluación nutricional de las embarazadas (ganancia suficiente de peso, Hb, Altura uterina)
- Abastecimiento de los medicamentos necesarios para la prevención y tratamiento de la anemia en el embarazo.

Atención al Adulto Mayor

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un reto para muchas sociedades. La prolongación de la vida debe ir acompañada de la mejora de la calidad de la vida de quienes alcanzan una edad avanzada, siendo necesario para ello conocer el estado de salud de este sector de la población así como sus demandas.

Gráfico 38

Mortalidad general Mayores de 60 años. Cuba, 1991-2004



La mortalidad general para este grupo de edad, se ha mantenido con discreta tendencia al descenso. En el 2004 el riesgo de morir en la población geriátrica fue de 3790.8×10^5 habitantes de 60 años y más, superior con relación al año anterior (3728.9×10^5 hab), lo que representó un discreto incremento de un 1.7%.

Existe sobremortalidad masculina, aunque el indicador tiende al descenso para ambos sexos.

Al analizar la mortalidad según grupos de edades, pudimos apreciar que el riesgo de morir fue mucho mayor en el grupo de 75 y más años. Este comportamiento según los expertos era el esperado, ya que cuando en un país se van produciendo las transiciones demográficas y epidemiológicas, secundariamente ocurre un desplazamiento de la mortalidad a edades cada vez mayores.

En Cuba, las tasas de mortalidad por grupos de edades de las tres primeras causas de muerte, son mayores en el grupo de 60 años y más.

Factores que influyeron en estos resultados:

- Desarrollo en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud de una política integrada en la atención al adulto mayor.
- Integración del envejecimiento a los planes y programas nacionales de desarrollo del país.
- Incremento de la relación intersectorial.
- Creación de los EMAG en todas las áreas de salud del país.
- Incremento de la capacitación de recursos humanos.

Con las series anuales se pudo obtener un pronóstico de la mortalidad del mayor de 60 años para el año 2005 de 3806.5×10^5 habitantes, con una confiabilidad del 95%, el cual pudiera variar entre 3806.5 y 4306.5.

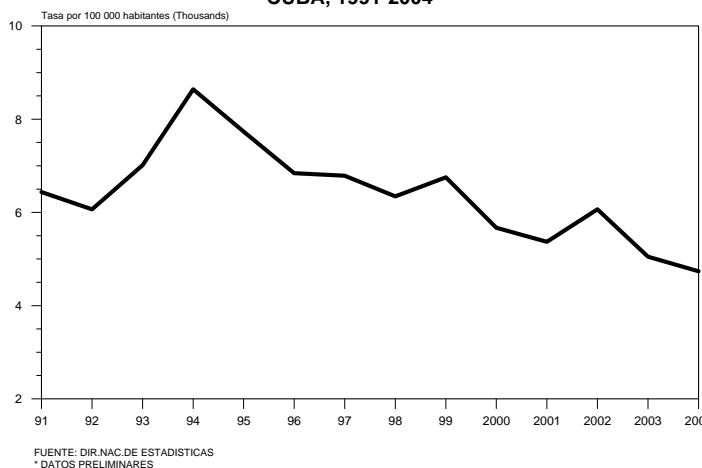
Recomendaciones para el 2005:

- Realización de normas, procedimientos y guías prácticas que orienten el trabajo de los EMAG, así como suficiente estabilidad en los mismos.
- Desarrollo y establecimiento de un Sistema de Vigilancia en Salud de Adultos Mayores.
- Normalizar y perfeccionar la administración de cuidados y servicios a las personas mayores frágiles y en estado de necesidad.
- Incrementar los cuidados a largo plazo (cuidados y rehabilitación domiciliaria, Servicios de respiro, Cuidados al final de la vida y otros).
- Desarrollo de un sistema de Información Sanitaria para Adultos mayores de 60 años.
- Trabajar sobre los factores de riesgo modificables que potencializan la probabilidad de la ocurrencia de daños, para de esta forma reducir la mortalidad en este grupo de edad.
- Fomentar estilos de vida saludables, realización de ejercicio físico, reducción del hábito de fumar.

Morbilidad por EDA

A pesar que constituye una realidad el hecho que entre las enfermedades transmisibles que más se reportan como que afectan a la población de 60 años y más se encuentran las enfermedades diarreicas agudas, la tendencia ha sido a la disminución en los últimos años. El número de atenciones médicas durante el 2004 disminuyó con relación al año precedente (4736.6 y 5049.5 respectivamente), lo que representa una disminución del riesgo de enfermar del 6.2%.

Gráfico 40
**MORBILIDAD POR EDA
MAYORES DE 60 AÑOS
CUBA, 1991-2004**



Se pronostica para el año 2005 un índice de 4758.5 atenciones por 10^5 habitantes, el cual pudiera oscilar entre 4258.5 y 5258.5, con una confiabilidad del 95%.

Mortalidad por EDA

Desde hace varios años la mortalidad por EDA en el adulto mayor no constituye un problema de salud significativo para nuestro país, observándose una tendencia a la disminución del riesgo de morir en general en ambos grupos de edad, siendo más manifiesta en el de 75 años y más. A pesar de este comportamiento, continúa siendo objeto de preocupación, pues se conoce que con acciones oportunas y efectivas, se pueden alcanzar cifras prácticamente nulas para el riesgo de morir por esta enfermedad.



En el año 2004 se alcanzó una cifra de 11.1 por 10^5 habitantes, lo que significó un incremento con relación al año 2003 (9.5×10^5 hab), del 16.8%, aportando el mayor número de fallecidos, el grupo de 75 años y más. De forma general es necesario elevar la percepción de riesgo por esta causa, aún desde la familia, pues de sus acciones oportunas y eficaces depende que el adulto mayor llegue o no con severas complicaciones a la institución de salud; una vez allí, es la competencia y desempeño del equipo de salud quien determinan en mayor medida, la evolución del paciente.

Con las series anuales se pudo confeccionar un modelo de predicción, en el cual se espera para el año 2005 una tasa de mortalidad por EDA de 11.2 por 10^5 habitantes, la cual puede oscilar entre 7.28 y 15.12 con una confiabilidad del 95%. En el grupo de 60 a 74 años se estima un riesgo de morir por esta causa de 4.30 por 10^5 habitantes que puede oscilar entre 0.38 y 8.22 y en el grupo de 75 años y más, una tasa de 25.31, con un intervalo de confianza desde 15.31 a 35.31 y una confiabilidad del 95%.

Recomendaciones para el año 2005:

- Fomentar el uso de las sales de rehidratación oral tempranamente en los cuadros diarreicos.
- Promover la asistencia a consulta ante las manifestaciones clínicas, y no la automedicación.
- Utilizar tratamiento antimicrobiano solo en caso necesario y de forma racional, para evitar reacciones adversas o posibles complicaciones para el paciente.
- Capacitar al personal de salud involucrado en la atención para continuar disminuyendo la mortalidad por esta causa.

Morbilidad por IRA

La población mayor de 60 años se encuentra entre uno de los grupos de edades más vulnerables a las IRA, constituyendo esta una de las causas más comunes de consultas médicas y hospitalización en este grupo de edad.

El índice de atenciones médicas por IRA ha mantenido una tendencia al descenso a partir del año 1999 (gráfico).

En el 2004 se reportaron 26246.9 atenciones por 10⁵ habitantes, lo que constituyó una reducción con relación al año 2003 (26476.1 x 10⁵ hab.).

Esto pudiera estar relacionado con la mejoría en la atención a este grupo poblacional, el tratamiento oportuno y eficaz, y la priorización en la vacunación contra el *Haemophilus influenzae* fundamentalmente en los mayores de 65 años.

Para el año 2005 se pronostica una morbilidad por IRA de 28648.5 atenciones médicas por 10⁵ habitantes, con un intervalo de confianza que puede oscilar entre 25648.5 y 31648.5 y una confiabilidad del 95%.

Factores que deben influir en el comportamiento durante el 2005:

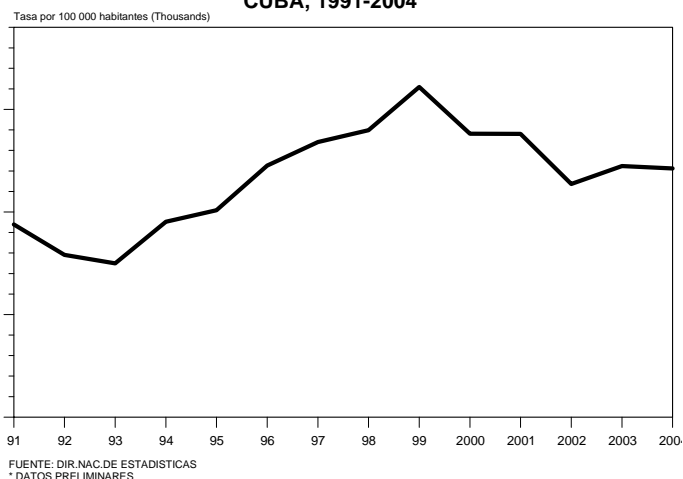
- Cumplimiento de la vacunación antigripal en los grupos de mayor vulnerabilidad, fundamentalmente los mayores de 65 años.

Recomendaciones para el año 2005:

- Garantizar el cumplimiento y sistematicidad de la vacunación antigripal en este grupo de edad.
- Lograr un mayor impacto de la campaña contra el hábito de fumar.
- Capacitar al personal de salud involucrado en la atención para disminuir la morbimortalidad por esta causa.

Gráfico 42

MORBILIDAD POR IRA MAYORES DE 60 AÑOS CUBA, 1991-2004



Mortalidad por IRA

Las IRA constituyen en el grupo de 60 años y más un serio problema de salud, no solo por el elevado número de atenciones médicas que ello reporta, sino además por las complicaciones severas que se asocian y pueden llevar a la muerte al paciente.

En los últimos 5 años, se aprecia un incremento en el riesgo de morir por IRA (*gráfico*). Esta tendencia al aumento se produce a expensas principalmente del

grupo de 75 años y más. Este incremento se ve propiciado por factores propios asociados al envejecimiento (senectud inmunológica, disminución de la capacidad física y mental, etc.), conjuntamente con la presencia de otras enfermedades asociadas (EPOC) y el elevado consumo de cigarrillos, son factores que favorecen el agravamiento de las infecciones respiratorias comunes, lo que pudo contribuir a este comportamiento.

En el 2004 se incrementó el riesgo de morir por esta causa con relación al año 2003 (371.4 y 353.0 respectivamente).

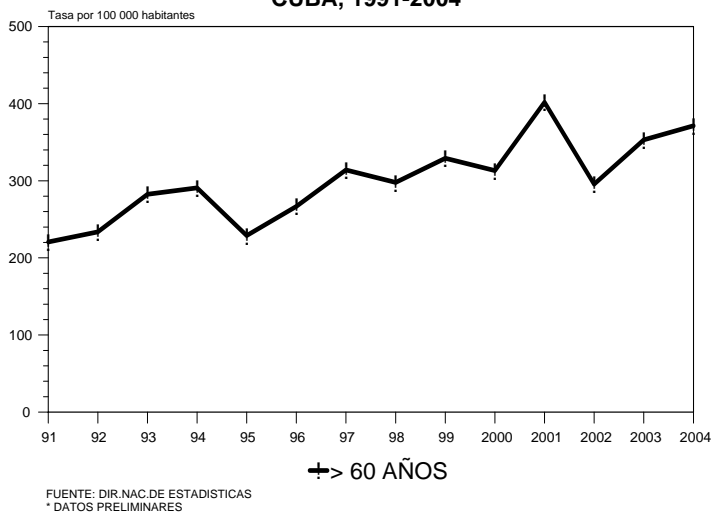
El análisis de las series anuales permitió obtener un pronóstico de la mortalidad por esta causa para el año 2005 de 377.4 por 105 habitantes, que pudiera oscilar entre 337.4 y 417.4, con una confiabilidad del 95%. Para el grupo de 60 a 74 años el estimado fue de 115.46 por 10⁵ habitantes, lo que pudiera oscilar entre 65.46 y 165.46, y para el grupo de 75 años y más, se espera mueran por cada 10⁵ habitantes, 1023.52 adultos por esta causa, con un intervalo de confianza que puede ir desde 623.52 hasta 1523.52.

Recomendaciones para el 2005:

- Mantener priorizada la atención a las personas de edad avanzada con enfermedades respiratorias agudas.
- Garantizar la adecuada disponibilidad de antimicrobianos y su uso racional.
- Capacitar al personal de salud encargado de la atención de dichos pacientes, para reducir la mortalidad por esta causa.

Grafico 43

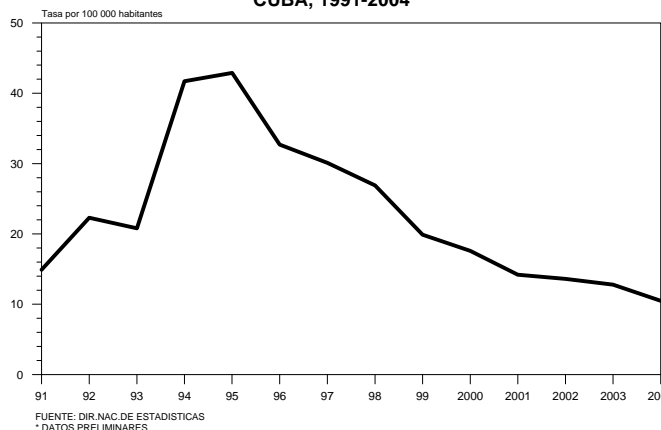
MORTALIDAD POR IRA MAYORES DE 60 AÑOS CUBA, 1991-2004



Morbilidad por Tuberculosis

A partir de 1994 se ha mantenido constante la disminución de la incidencia de Tuberculosis en las personas de edad geriátrica. La incidencia al cierre del año 2004 fue de 10.5×10^5 habitantes, lo que representó una reducción comparado con el año anterior (12.8×10^5 hab). Estos resultados están dados fundamentalmente por la priorización que se le confiere al Programa de Tuberculosis, a pesar que dicha enfermedad no constituye un serio problema de salud para nuestro país.

Gráfico 44
**MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS
MAYORES DE 60 AÑOS
CUBA, 1991-2004**



Los estimados obtenidos a partir del análisis de las series anuales, indican una tasa de 10.2×10^5 habitantes para el 2005, la cual puede oscilar entre 7.2 y 13.2, con un 95% de confiabilidad.

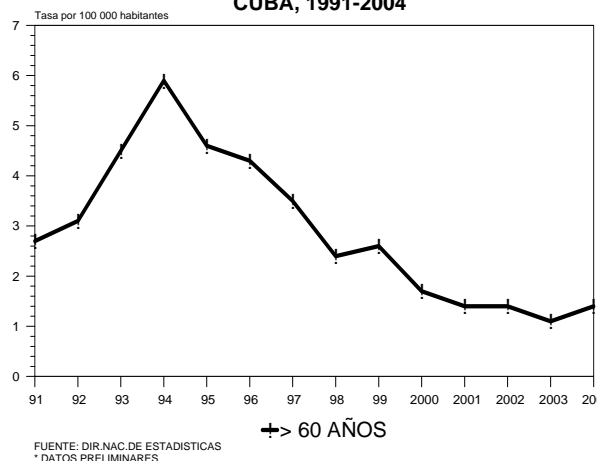
Mortalidad por Tuberculosis

Esta enfermedad reemergente presentó un riesgo de morir en los adultos mayores, de 1.4×10^5 habitantes, lo que significó un discreto incremento comparado con la del 2003 (1.1×10^5 hab).

A partir de 1996, la tendencia ha sido descendente para todas las edades de este grupo poblacional, con una marcada disminución en el grupo de 75 años y más. Estos resultados pudieran estar relacionados con la mejoría en la atención a este grupo poblacional, el tratamiento oportuno y eficaz, y a la priorización que se mantiene sobre el programa.

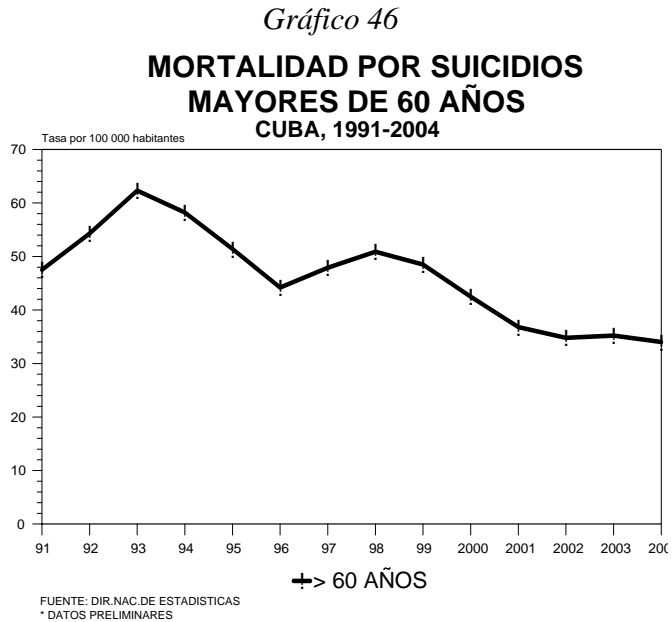
Para el año 2005 se estima mediante el análisis de la serie anual un riesgo de morir por esta causa de 1.72×10^5 hab, la cual puede variar entre 1.58 y 1.86, con una confiabilidad del 95%. Según los grupos de edades, se estima para el de 60 a 74 años una tasa de 0.84 por 10^5 habitantes, que pudiera oscilar entre 0.81 y 0.87.

Gráfico 45
**MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS
MAYORES DE 60 AÑOS
CUBA, 1991-2004**



Mortalidad por Suicidio

La mortalidad por suicidio en la población de 60 años y más se encuentra dada fundamentalmente por causas multifactoriales: biológicas, psicológicas y sociales (desatención, enfermedades crónicas concomitantes, soledad, discapacidad, etc). La magnitud de la incidencia del intento suicida es mayor para el sexo femenino, pero se reportan más fallecidos por suicidio en los hombres de 60 años y más, lo que hace suponer que en este sexo y en este grupo de edad el intento suicida es más letal, sobre todo en el grupo de 75 años y más.



La mortalidad por suicidio de manera general y para ambos sexos ha presentado una tendencia considerable a la disminución a partir de 1993, aún más marcada en el de 75 años y más. Este comportamiento puede estar asociado a la mayor cobertura alcanzada por los Centros Comunitarios de Salud mental y los Grupos de Ayuda Mutua, a la extensión de la capacitación en salud mental a todos los territorios y al impulso dado a la psiquiatría comunitaria. Esta enfermedad presentó una tasa de mortalidad en el 2004 de 34.0×10^5 habitantes, lo que significó una discreta reducción comparada con la del año 2003 (35.2×10^5 hab).

Se estima que para el año 2005 continúe disminuyendo el riesgo de morir por esta causa en los mayores de 60 años. La tasa estimada es de 33×10^5 habitantes, con una confiabilidad del 95%, la cual pudiera variar entre 25 y 41.

Recomendaciones para el año 2005:

- Fomentar la capacitación en salud mental de todo el personal involucrado en la atención de este grupo de edad.
- Impulsar el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.
- Optimizar la atención de aquel que haya tenido un intento suicida e incorporar a todo el que lo necesite a la casa de abuelos, círculos de abuelos, plan cantina, etc.
- Promover estilos de vida saludables en este grupo de edad.
- Realizar investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad en la atención en este grupo.

Consideraciones generales:

Resulta de extraordinaria importancia la utilización sistemática y permanente de este documento, para que realmente se convierta en un instrumento de transformación, preparación y acción en la compleja trama de la Salud Pública. Los elementos que brinda deben ser esenciales para una correcta **VIGILANCIA ESTRATÉGICA DE LOS EVENTOS DE SALUD** analizados y no tendrían valor si no se convirtieran en la base para estar permanentemente **alertas y preparados**, tanto el Sistema Nacional de Salud, como otros sectores y la propia comunidad, para continuar conquistando logros en la esfera de la SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA de nuestro pueblo.

No queremos concluir sin antes dejar de recordar a nuestro apóstol, José Martí cuando expresó:

“VER DESPUÉS NO VALE,

LO QUE VALE ES VER ANTES

Y ESTAR PREPARADOS”