



Castilla-La Mancha

Boletín Epidemiológico de Albacete

NOVIEMBRE 2019/ Vol. 30 / N° 377

salud pública



Atardecer Manchego. Autor: Francisco Fernández Rosillo-Padilla

Comentarios Epidemiológicos p. 84
.....

**Estado y Distribución de las Enfermedades
de Declaración Obligatoria p. 88**

INFORME DEL MINISTERIO DE SANIDAD SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS EN SITUACIONES DE PANDEMIA: EL SARS-COV-2 (I)*

RESUMEN EJECUTIVO DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CONCLUSIONES

El Grupo de Trabajo para la elaboración de un informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia provocada por el SARS-CoV-2, promovido por el Ministerio de Sanidad, considera que esta pandemia, de magnitud todavía incalculable, dada la fácil y rápida expansión que está alcanzando, está poniendo a prueba los sistemas sanitarios de todos los países y plantea numerosos problemas éticos de extrema complejidad, a los que en no pocos casos no se les pueden dar respuestas determinantes y definitivas. Parecen, asimismo, muy relevantes las dificultades existentes para conseguir los recursos necesarios tanto materiales (elementos de infraestructura y productos sanitarios imprescindibles) como humanos.

Presentamos este documento con el objeto de ofrecer un conjunto de conclusiones y recomendaciones que ayuden a la toma de decisiones en la aplicación de medidas terapéuticas y de cuidados a pacientes afectados por COVID-19, en una situación de pandemia marcada por la limitación de recursos.

Estas recomendaciones se contemplan, teniendo en cuenta la conveniencia u oportunidad de su revisión a la vista de la evolución de los acontecimientos y a sabiendas de que los criterios no son inamovibles, con el propósito de que las autoridades competentes las difundan y les den el respaldo que consideren más apropiado.

CONCLUSIONES

1ª La pandemia del virus SARS-CoV-2 está ocasionando una crisis sanitaria de gran envergadura por el número de personas infectadas que suponen un riesgo para el resto de la población y por el número elevado de personas que enferman y requieren cuidados sanitarios, con mucha frecuencia hospitalarios y críticos. Lo que requiere medidas extraordinarias de diverso tipo

que se proyectan a toda la población y en particular a los afectados.

2ª En el estado de alarma en el que nos encontramos los intereses generales de la salud pública y en general del bien común pueden enfrentarse a los intereses particulares y requerir restricciones de los derechos individuales en favor de los primeros, incluso aunque dichas restricciones puedan afectar con diversa intensidad a sus derechos fundamentales y libertades públicas, siempre que no comprometan el contenido esencial de los mismos, según ha declarado nuestro Tribunal Constitucional. Proteger los derechos fundamentales y las libertades públicas de cada uno de los ciudadanos es un deber *prima facie*, que puede entrar en conflicto con el deber *prima facie* de proteger el mismo derecho de todos los demás ciudadanos y por eso en los casos concretos se hace necesario priorizar.

3ª Las medidas que se adopten estarán presididas por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia, entre otros. En este sentido, resulta también irrenunciable la continua (re)evaluación de los criterios orientativos o prescriptivos adoptados, a la luz de los cambios que se produzcan en la evolución de la pandemia.

4ª La escasez de recursos, temporal o duradera, puede exigir el establecimiento de criterios de priorización de acceso a los mismos, lo que se hará con base en criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados, sin perjuicio de valorar también los aspectos singulares e individuales que presente cada persona enferma por el virus.

5ª Es inaplazable el diseño del escenario sanitario y post-confinamiento y del retorno progresivo a la situación de normalidad social previa al desencadenamiento de la pandemia SARS-CoV-

2, tomando las precauciones necesarias para evitar una segunda oleada de personas infectadas.

6ª Como consecuencia de la declaración del estado de alarma corresponde, con plena legitimidad democrática, al Gobierno de la Nación, a través del Ministerio de Sanidad, asumir la responsabilidad política de adoptar criterios, orientaciones, recomendaciones y decisiones unificadoras, constructivas y, en su caso, tranquilizadoras, dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios afectados, a los pacientes y, en suma, a toda la sociedad.

RECOMENDACIONES

1ª La imposición de la prevalencia de los intereses generales frente a los individuales en una situación de pandemia, que puede comportar la restricción o suspensión de derechos fundamentales de diversa naturaleza, no debe invadir el contenido esencial de estos derechos, estando sometida a los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia y proporcionalidad.

2ª Debe garantizarse, en el marco del derecho constitucional a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución Española), el acceso a las pruebas diagnósticas, en particular para aquellas personas potencialmente infectadas, y en el caso de disponer de unidades suficientes, el sometimiento obligatorio a tales pruebas de las personas también potencialmente infectadas, en aras al interés superior de la salud pública.

3ª Constituye un imperativo moral proporcionar a los profesionales facultativos unos criterios orientadores claros y sencillos, que al mismo tiempo no se conviertan en una trampa para quienes deban tomar las decisiones, de modo que pudieran sugerir o promover indebidamente decisiones automáticas, rutinarias y despersonalizadas.

4ª Estos principios rectores habrán de responder a criterios objetivos, generalizables, transparentes y públicos. Pero al mismo tiempo habrá que saber combinar el marco general de tales criterios con una reflexión minuciosa sobre la situación y circunstancias que presente cada paciente en particular, valorando dentro de ese marco general

de principios rectores, la singularidad y la individualidad de cada persona afectada.

5ª Como criterios generales aplicables, sin entrar en sus proyecciones técnico-clínicas, consideramos los siguientes:

1º No discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia, basadas en la evidencia.

2º El principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente.

3º Gravedad del estado de enfermedad del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos (asistencia en unidades de cuidados intensivos y acceso a ventilación mecánica).

4º Expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque pueda comportar una atención clínica añadida.

5º Orden temporal de entrada en contacto con el sistema de salud, consistente en este caso en la data de ingreso en el centro, con el fin de objetivar el punto de partida de los pacientes de los que se responsabiliza el sistema. Sin embargo, este criterio nunca debe anteponerse a los anteriores, pues podría provocar la preferencia de pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

6ª Únicamente resultará legítimo acudir a los criterios de priorización cuando se hayan agotado todas las posibilidades existentes para disponer de los recursos asistenciales necesarios y para optimizar el uso de los disponibles.

7ª El equipo médico responsable del paciente será el que deberá asumir las implicaciones de su decisión, por lo que un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que

esté también involucrado en la asistencia de ese paciente. Es recomendable solicitar o recibir orientaciones, por ejemplo, del comité de ética asistencial del mismo hospital, siempre que sea posible por el tiempo disponible, o de otros facultativos con mayor experiencia y madurez, incluso constituidos en comité ad hoc.

8ª La atención y dedicación que haya que prestar a los pacientes graves por la enfermedad del SARS-CoV-2 no debería hacer olvidar la necesidad y la obligación de atender a otros pacientes con una enfermedad de gravedad similar, pero de origen distinto al virus.

9ª Los poderes públicos quedan obligados a asegurar al máximo la planificación de los recursos asistenciales, sin que sea admisible que se produzca inasistencia a pacientes por falta de dichos recursos en los centros sanitarios cuando existen dispositivos vitales ociosos en otros centros. En sintonía con los principios de solidaridad institucional y de justicia, debe garantizarse la optimización en la planificación de dichos recursos asistenciales a nivel local, autonómico y estatal.

10ª Debe subrayarse la absoluta proscripción de empleo de criterios fundados en la discriminación por cualquier motivo con la finalidad de priorizar pacientes en dichos contextos. En este sentido, excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución española). En este sentido, los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Aceptar tal discriminación comportaría una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran esas personas, lo que contradice los fundamentos de nuestro Estado de Derecho, en particular el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo. Argumentos semejantes son aplicables con el fin de proscribir cualquier

discriminación por motivos tales como la discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones, o la que pueden sufrir determinados colectivos de menores de edad.

11ª Las Administraciones públicas deben tratar de poner a disposición de los profesionales sanitarios soluciones habitacionales durante el periodo de pandemia con la finalidad de hacer frente a las necesidades en dicho sentido tanto de los profesionales desplazados específicamente a otros centros asistenciales con motivo de la pandemia como de aquellos que, por convivir con colectivos vulnerables, puedan preferir dicha opción con la finalidad de evitar el riesgo de contagio de sus seres queridos.

12ª Debe garantizarse la disponibilidad de Equipos de Protección Individual homologados por parte de todos los colectivos profesionales implicados en la lucha en primera línea contra la pandemia SARS-CoV-2 (profesionales de los centros sanitarios, agentes de la policía, miembros del ejército, etc.).

13ª Debe realizarse, por los gestores de los servicios sanitarios, una planificación de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en el presente contexto de pandemia SARS-CoV-2 que, a la vez que garantice la mejor atención posible a los pacientes, permita adecuados niveles de descanso físico a los profesionales con el fin de garantizar la continuidad asistencial.

14ª Debe garantizarse, el adecuado apoyo psicológico a los profesionales sanitarios en el contexto presente con el fin de evitar o minimizar las consecuencias que sobre su salud mental puede tener una situación de estrés laboral como la actual a corto y medio plazo (burn out).

15ª En la medida en que las necesidades asistenciales y la eventual existencia de personal sanitario de baja (fundamentalmente, causadas por el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en el propio personal sanitario) lo requieran, deberá llevarse a cabo una política de reclutamiento de profesionales sanitarios entre colectivos como personal jubilado, residentes, desempleados, profesionales no comunitarios pendiente de convalidación de títulos, etc. En particular, la opción de incorporación de personal jubilado debe valorarse con la máxima cautela con la finalidad

de evitar un riesgo de contagio de personas que, por razón de edad, pueden constituir un colectivo vulnerable.

En todo caso, el proceso de reclutamiento de nuevos profesionales requerirá la previa planificación minuciosa de las disponibilidades de personal a nivel hospitalario o de centro sanitario y de las previsiones a corto plazo en lo relativo a la evolución de la plantilla asistencial.

Debe garantizarse un nivel de formación adecuado de todo el personal a las labores asistenciales que tenga que desarrollar lo cual exigirá en numerosos casos algún nivel de entrenamiento previo.

1. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de emergencia creadas por la pandemia originada por el virus SARS-CoV-2 (corona virus) plantean variados y a veces muy graves problemas individuales y colectivos que afectan a toda la sociedad, como son los sanitarios (salud y vida individuales frente a la salud pública), de movilidad, laborales, económicos y financieros y los que a su vez se derivan de éstos, entre otros muchos.

Nuestro punto de partida es que la ética no puede dejarse de lado durante una catástrofe de salud pública, como lo es una pandemia de las características del SARS-CoV-2. Antes bien, en una crisis es aún más importante articular orientaciones éticas para circunstancias extraordinarias y evitar el menosprecio de las normas profesionales por los responsables de tomar decisiones bajo presión. Asimismo, en esta tensión que se produce entre los intereses generales y los individuales, han de asumirse las restricciones que pueden sufrir los derechos fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos, pero siempre dentro del principio de proporcionalidad y sin que quede comprometido el núcleo básico o contenido esencial de aquéllos, como ha subrayado el Tribunal Constitucional.

Además, partimos de la base de que la resolución de situaciones problemáticas e incluso conflictivas de extrema gravedad y dificultad que se plantean en torno a las pandemias, y en particular con las que ha generado el SARS-CoV-2, no debe ser dejada exclusivamente en manos individuales o de colectivos o entidades profesionales o científicas.

Antes bien, implica y compromete a toda la sociedad, mediante una valoración interdisciplinar que permita asimilar, matizar y completar las diversas perspectivas sectoriales, sin dejar de tener en cuenta sus pronunciamientos formales. Por esta razón hemos consultado informes y opiniones diversos de nuestro país, como, entre otros, los de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, del Comité de Bioética de España; así como de otros órganos consultivos internacionales o europeos y sociedades científicas extranjeras o internacionales.

En nuestro caso, en este estado de alarma corresponde, con plena legitimidad democrática, al Gobierno de la Nación, a través del Ministerio de Sanidad, asumir la responsabilidad política de adoptar criterios, recomendaciones y decisiones, según sea oportuno, unificadoras, constructivas y, en su caso, tranquilizadoras, dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios afectados, a los pacientes y, en suma, a toda la sociedad.

En este Informe nos ocupamos de las implicaciones problemáticas vinculadas a los aspectos sanitarios, es decir, relacionadas con la salud, particularmente en la prevención y la asistencia clínica; pero también de cómo garantizar la preservación de los derechos fundamentales, con especial atención a los colectivos más vulnerables, teniendo en cuenta los aspectos de justicia, el deber de cuidar y de administrar los recursos.

**ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LAS SEMANAS 41 A 44 DE 2019 (del 7 de octubre al 3 de noviembre de 2019).
PROVINCIA DE ALBACETE**

ENFERMEDADES	CIE –OMS 9ª-Rev.	CASOS DECLARADOS		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2014-2018		ÍNDICE EPIDÉMICO	
		2019	2018	2019	2018	SEM	AC	SEM	AC
F. TIFOIDEA/PARATIFOIDEA	002.0,002.1,002.2,002.3,002.9	0	0	3	1	0	1	1.00	3.00
DISENTERÍA	004	0	0	2	4	0	2	1.00	1.00
GRIPE	487	25	39	6034	7992	39	6479	0.64	0.93
TUBERCULOSIS RESPIRAT.	011-012	1	4	19	29	2	21	0.50	0.90
SARAMPIÓN	055	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA	056	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
VARICELA	052	18	20	496	464	20	757	0.90	0.66
CARBUNCO	022	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BRUCELOSIS	023	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HIDATIDOSIS	122	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE EXANT. MEDITERR.	082.1	0	0	1	2	0	2	1.00	0.50
SÍFILIS	091	0	0	6	2	0	4	1.00	1.50
INFECCIÓN GONOCÓCICA	098,0,098,0,098	4	7	51	30	3	18	1.33	2.83
ENFER. MENINGOCÓCICA	036	0	0	2	4	0	2	1.00	1.00
PAROTIDITIS	072	3	12	27	91	1	6	3.00	4.50
E.I.S. PNEUMONIAE	320.1	5	1	49	53	3	38	1.67	1.29
TOS FERINA	033	1	0	8	0	0	1	(+)	8.00
HEPATITIS A	070.0,070.1	2	5	42	14	0	5	(+)	8.40
HEPATITIS B	070.2,070.3	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HEPATITIS VÍRICAS OTRAS	070.4-070	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
LEGIONELOSIS	482.8	0	0	9	4	0	4	1.00	2.25
MENINGITIS TUBERC.	013.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TUBERCULOSIS OTRAS	010,013.1-013.9,014-018	0	1	1	3	1	3	0.00	0.33
DIFTERIA	032.0,032.1,032.2,032.3,032.8,032.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
LEPRA	030,030.1,030.2,030.3,030.8	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
PALUDISMO	084.0,084.1,084.2,084.3,084.4,084.5	0	0	2	4	0	3	1.00	0.67
POLIOMIELITIS	045.0,045.1,045.2,045.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RABIA	071	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TÉTANOS/T. NEONATAL	037 / 771.3	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TRIQUINOSIS	124	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
CÓLERA	001.0,001.1,001.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE AMARILLA	060.0,060.1,060.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
PESTE	020.0,020.1,020.2,020.3,020.4,020.5,020.8,020.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TIFUS	080	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BOTULISMO	005.1	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA CONGÉNITA	771.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
SÍFILIS CONGÉNITA	090.0,090.1,090.2,090.3,090.4,090.5,090.6,090.7,090.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
E. INV. POR H. I.	038.4,041.5	2	0	12	6	0	6	(+)	2.00
NEUMONÍA	480-486 (excluida 482.2 y .8)	116	82	1491	1238	87	1377	1.33	1.08
NUEVAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA									
CAMPILOBACTERIOSIS	008.5	16	28	230	290	**	**	**	**
F. CHLAM. TRACHOMATIS	099.4	10	2	54	37	**	**	**	**
DENGUE	061	0	0	0	0	**	**	**	**
FIEBRE Q	083.0	0	0	0	0	**	**	**	**
GIARDIASIS	007.1	0	0	0	1	**	**	**	**
LEISHMANIASIS	085.0-085.5,085.9,	0	0	4	0	**	**	**	**
LISTERIOSIS	027.0	1	0	10	4	**	**	**	**
SALMONELOSIS	003.0	25	20	208	240	**	**	**	**
YERSINIOSIS	008.4	0	0	6	9	**	**	**	**
VIRUS CHIKUNGUNYA	066.3	0	0	0	0	**	**	**	**
HEPATITIS C	070.4,070.5	0	0	0	1	**	**	**	**
HERPES ZOSTER	053.0	158	166	1744	1830	**	**	**	**
(+) Casos sobre mediana cero. (**) No existen datos Un índice epidémico > 1,25 indica que la incidencia es alta Un índice epidémico 0,75 - 1,25 indica que la incidencia es media Un índice epidémico < 0,75 indica que la incidencia es baja									

SEM: N° de casos declarados semanas 41 - 44

AC: N° de casos acumulados hasta el 3 de noviembre de 2019

DECLARACIÓN TOTAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 41 - 44. AÑO 2019.

SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2019	NUMÉRICAS	INDIVIDUALIZADAS (POR ZONAS DE SALUD)
SEMANA 41	GRIPES: 2 NEUMONÍAS: 35 VARICELAS: 4 HERPES ZOSTER: 41	<ul style="list-style-type: none"> - 1 E.N.I. (ALBACETE Z - I) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z - IV) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - III) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - VI) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (VILLARROBLEDO) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - II) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VI) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - VI) - 1 SALMONELOSIS (LA RODA) - 1 SALMONELOSIS (VILLARROBLEDO)
SEMANA 42	GRIPES: 9 NEUMONÍAS: 31 VARICELAS: 3 HERPES ZOSTER: 39	<ul style="list-style-type: none"> - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (LA RODA) - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z - II) - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z - V A) - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z - VI) - 1 PAROTIDITIS (EL BONILLO) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - I) - 2 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - III) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - V A) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - V B) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - VII) - 2 CAMPILOBACTERIOSIS (LA RODA) - 2 CAMPILOBACTERIOSIS (VILLARROBLEDO) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VI) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VIII) - 1 CHLAMYDIA (CHINCHILLA DE MONTE ARAGÓN) - 1 LISTERIOSIS (MADRIGUERAS) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - I) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - III) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - IV) - 6 SALMONELOSIS (ALMANSÁ) - 2 SALMONELOSIS (CASAS DE JUAN NÚÑEZ) - 1 SALMONELOSIS (CASAS IBÁÑEZ)
SEMANA 43	GRIPES: 8 NEUMONÍAS: 28 VARICELAS: 7 HERPES ZOSTER: 45	<ul style="list-style-type: none"> - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z - VI) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z - V A) - 1 E.N.I. (VILLARROBLEDO) - 1 TOSFERINA (ELCHE DE LA SIERRA) - 1 HEPATITIS A (CASAS IBÁÑEZ) - 1 ENF. INV. HAEM. INF. (ALBACETE Z - VIII) - 1 ENF. INV. HAEM. INF. (VILLARROBLEDO) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - V A) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - III) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - V A) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VIII) - 1 CHLAMYDIA (CASAS IBÁÑEZ) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - V B) - 2 SALMONELOSIS (ALMANSÁ)
SEMANA 44	GRIPES: 6 NEUMONÍAS: 22 VARICELAS: 4 HERPES ZOSTER: 33	<ul style="list-style-type: none"> - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z - IV) - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z - VI) - 1 E.N.I. (BONETE) - 1 HEPATITIS A (CAUDETE) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z - VI) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (LA RODA) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VI) - 2 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - IV) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - VII) - 3 SALMONELOSIS (ALMANSÁ) - 1 SALMONELOSIS (CASAS IBÁÑEZ)

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA*

1. Botulismo	31. Infección gonocócica
2. Brucelosis	32. Infección por el VIH/SIDA
3. Campilobacteriosis	33. Legionelosis
4. Carbunco	34. Leishmaniasis
5. Cólera	35. Lepra
6. Criptosporidiosis	36. Leptospirosis
7. Dengue	37. Linfogranuloma venéreo
8. Difteria	38. Listeriosis
9. Encefalitis transmitida por garrapatas	39. Paludismo
10. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	40. Parotiditis
11. Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	41. Peste
12. Enfermedad meningocócica	42. Poliomielitis/PFA en menores de 15 años
13. Enfermedad neumocócica invasora	43. Rabia
14. Enfermedad por virus Chikungunya	44. Rubéola
15. Fiebre amarilla	45. Rubéola congénita
16. Fiebre del Nilo occidental	46. Salmonelosis
17. Fiebre exantemática mediterránea	47. Sarampión
18. Fiebre Q	48. Síndrome Respiratorio Agudo Grave
19. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	49. Shigellosis
20. Fiebre tifoidea / Fiebre paratifoidea	50. Sífilis
21. Fiebres hemorrágicas víricas	51. Sífilis congénita
22. Giardiasis	52. Tétanos/Tétanos neonatal
23. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus	53. Tos ferina
24. Hepatitis A	54. Toxoplasmosis congénita
25. Hepatitis B	55. Triquinosis
26. Hepatitis C	56. Tuberculosis
27. Herpes Zóster	57. Turalemia
28. Hidatidosis	58. Varicela
29. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	59. Viruela
30. Infección por cepas de <i>E. coli</i> productoras de toxina Shiga o Vero	60. Yersiniosis.

* Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo

NOTA: Todas estas enfermedades excepto GRIPE, VARICELA, NEUMONÍA y HERPES ZOSTER son de declaración INDIVIDUALIZADA. Además, debe comunicarse de forma **URGENTE**, la aparición de brotes de cualquier etiología.