

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 29

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 21 de julio de 2026 *(datos provisionales)*

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	Pág. 2
2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA	Pág. 4
3. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	Pág. 5
4. BROTES EPIDÉMICOS	Pág. 9
5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID	Pág. 10
6. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)	Pág. 13

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
Dirección General de Salud Pública

Tfno.: +34 91370 08 88

Correo-e: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. COMUNIDAD DE MADRID.

Datos acumulados hasta la semana 29 de 2026 (semana que finaliza el 19 de julio de 2026) y comparación con el mismo periodo del año anterior.

1.1.- Enfermedades de Declaración Obligatoria. Casos acumulados e Índice Epidémico. Años 2026 y 2025 (sólo se incluyen en la tabla las enfermedades que han presentado casos notificados en el año en curso).

Enfermedad	2026 (sem 1-29)	2025 (sem 1-29)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	18.067	60.090	0,30
Legionelosis	59	86	0,69
Lepra***	1	2	--
Tuberculosis	346	367	0,94
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo***	1	0	--
Campilobacteriosis**	2.624	3.464	--
Criptosporidiosis	59	87	0,68
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	22	68	0,32
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	4	4	--
Giardiasis	194	273	0,71
Hepatitis A	93	270	0,34
Listeriosis	22	17	1,29
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	518	718	0,72
Shigelosis	108	151	0,72
Yersiniosis	71	87	0,82
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	9	146	--
Hepatitis C	50	246	--
Infección gonocócica	3.089	4.945	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	2.353	4.097	--
Linfogranuloma venéreo	258	478	--
Mpox ¹	207	119	--
Sífilis	739	1.081	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	4	12	--
Toxoplasmosis congénita	1	0	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	57	55	1,04
Enf. meningocócica invasiva	35	32	1,09
Enf. neumocócica invasiva	334	405	0,82
Herpes zóster	19.966	19.669	1,02
Parotiditis	103	159	0,65
P.F.A. (< 15 años)***	3	5	--
Sarampión***	54	5	--
Tosferina	38	38	1,00
Varicela	916	776	1,18
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	8	7	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	27	32	--
Encefalitis transmitida por garrapatas	1	0	--
Enf. por virus Chikungunya	19	11	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	18	--
Leishmaniasis	30	42	--
Paludismo	37	68	--

*Se calcula el Índice epidémico (IE) para cada enfermedad dividiendo los casos notificados hasta la semana correspondiente en el año actual entre los casos notificados en el mismo periodo del año anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

**No se calcula el IE en aquellas enfermedades en las que el circuito de notificación presenta demora en la inclusión de caso.

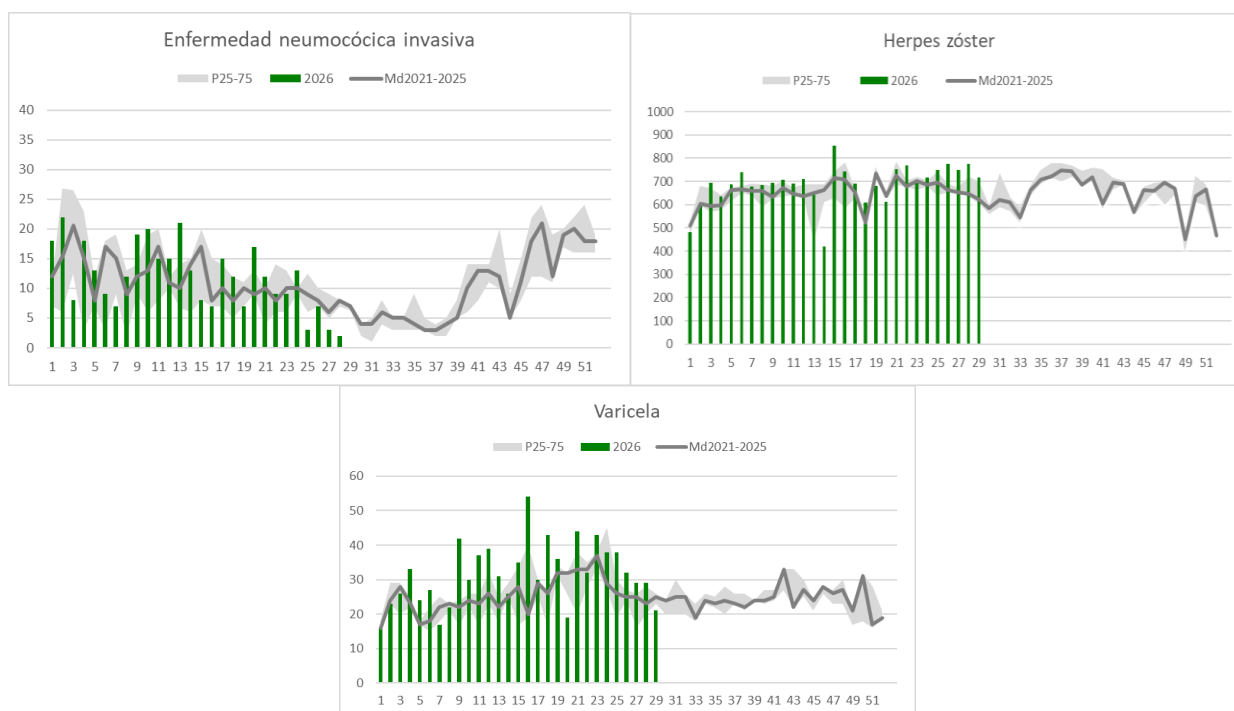
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 29 de 2026 se han registrado en la Comunidad de Madrid 115 casos de mpox clado I. De ellos, 18 casos son clado I sin subtipar y 97 casos son clado Ib. De estos 97 casos clado Ib, 3 casos presentan coinfección con clado II. Respecto a la vacunación, de los 207 casos notificados, 13 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 40 estaban vacunados con dos dosis actuales de vacuna frente a la viruela.

¡Aviso! Como consecuencia de la implementación de la nueva aplicación informática de EDO, los registros del año pueden experimentar variaciones intersemanales debido a ajustes y consolidación de la información.

1.2.- Patrón temporal de EDO seleccionadas. Datos hasta la semana 29 de 2026 (semana que finaliza el 19 de julio de 2026).

Se presenta la distribución de casos por semana de notificación de algunas enfermedades seleccionadas según criterios de magnitud (nº de casos en la semana e índice epidémico) o características de la enfermedad (patrón estacional, posibilidad de presentación en forma de brotes epidémicos, etc.).



2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 29 de 2026 y comparación con el mismo período del año anterior.

2.1.- Incidencia y letalidad de casos confirmados y sospechosos de enfermedad meningocócica invasiva.

	AÑO 2026				AÑO 2025			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo B	18	0,25	2	11,1	21	0,3	3	14,3
Serogrupo C	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	7	0,1	1	14,3
Serogrupo Y	7	0,1	1	14,3	1	0,01	1	100
Serogrupo desconocido	8	0,11	0	0	2	0,03	0	0
No tipable	1	0,01	1	100	1	0,01	0	0
Total confirmados	35	0,49	4	11,4	32	0,45	5	15,6
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35	0,49	4	11,4	32	0,45	5	15,6

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2025.

2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	Serogrupo B				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	2026		2025		2026		2025		2026		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
0 a 1 año	1	0,98	1	0,98	0	0	1	0,98	1	0,98	0	0
2 a 4 años	1	0,63	2	1,27	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	2	0,29	2	0,29	0	0	0	0	1	0,15	0	0
15 a 44 años	9	0,33	8	0,3	0	0	3	0,11	0	0	0	0
45 a 64 años	3	0,14	3	0,14	0	0	1	0,05	2	0,09	0	0
65 a 74 años	0	0	3	0,45	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	2	0,3	2	0,3	1	0,15	1	0,15	2	0,3	1	0,15

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2025.

3. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 29 de 2026 (semana que finaliza el 19 de julio de 2026).

La pandemia de COVID-19 impulsó la necesidad de implantar un sistema para la vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) con la finalidad de detectar y monitorizar la incidencia y características epidemiológicas y microbiológicas de la infección respiratoria producida por los patógenos circulantes en la comunidad (gripe, COVID-19 y VRS). A finales de 2020 la Comunidad de Madrid adaptó el Sistema de Vigilancia Centinela de la gripe y comenzó la vigilancia sindrómica de las IRA (SiVIRA-MAD). La vigilancia poblacional en tiempo real debe permitir la detección inmediata de cualquier virus respiratorio emergente en circulación para poner en marcha la respuesta más apropiada lo antes posible.

La vigilancia se lleva a cabo tanto en atención primaria (episodios de IRA), como en atención hospitalaria (ingresos urgentes por IRA). En atención primaria se recoge el número de episodios de sospecha o confirmados de IRA atendidos en consulta médica o telefónica registrados con los códigos CIAP R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior), R76 (amigdalitis aguda), R77 (faringitis/traqueítis aguda), R78 (bronquitis, bronquiolitis aguda, Infección pulmonar aguda), R80 (gripe), R81.02 (neumonía viral), A77.01 (infección debida a coronavirus), A77 (sospecha de COVID-19). En atención hospitalaria la fuente de información son los ingresos urgentes diarios. Además, se recogen datos clínicos, de evolución, vacunales y antecedentes de riesgo y se lleva a cabo la toma de una muestra respiratoria de los episodios detectados un día a la semana para la identificación de SARS-CoV-2, Gripe, VRS y otros virus respiratorios.

En la temporada 2025-2026, la población vigilada en atención primaria asciende al 10% y está constituida por la población de referencia de 30 centros de salud. En atención hospitalaria la población vigilada es la población de referencia de los hospitales La Paz, Gregorio Marañón, 12 de Octubre y Ramón y Cajal, que cubren el 28,1% de la población.

En este informe se presenta la incidencia acumulada semanal de casos sospechosos de SARS-CoV-2, gripe y VRS correspondientes a la temporada 2025-2026, que abarca desde la semana 40/2025 (semana que comienza el 29 de septiembre) hasta la semana 39/2026.

Incidencia de infecciones respiratorias agudas

La incidencia de infecciones respiratorias agudas ha sido de **148,32** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (144,05 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (765,98 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de **7,62** (6,93 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (65,75).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 29 en **Atención Primaria** ha sido de **0,28** casos por 100.000 habitantes (0,28 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** no se detectaron casos esta semana (sin casos la semana previa).

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 29 ha sido de **0,55** en **Atención Primaria** (0,96 la semana previa). En **Atención Hospitalaria** se detectaron **0,15** casos esta semana (sin casos la semana previa).

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

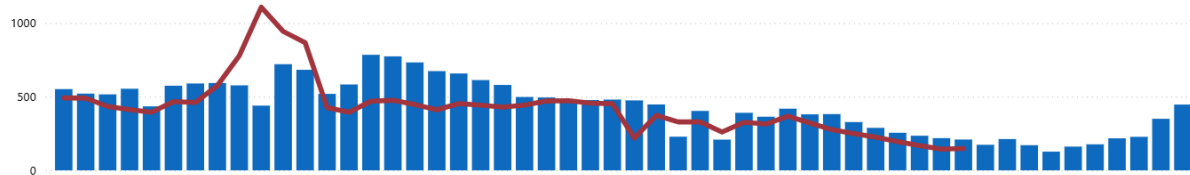
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 29 ha sido de **85,67** casos por 100.000 habitantes, (21,42 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** se detectaron **14,47** casos sospechosos por 100.000 habitantes de bronquiolitis aguda (7,23 la semana previa).

Infecciones respiratorias agudas

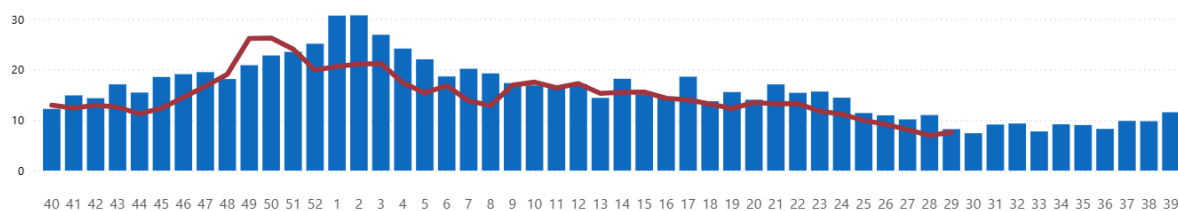
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

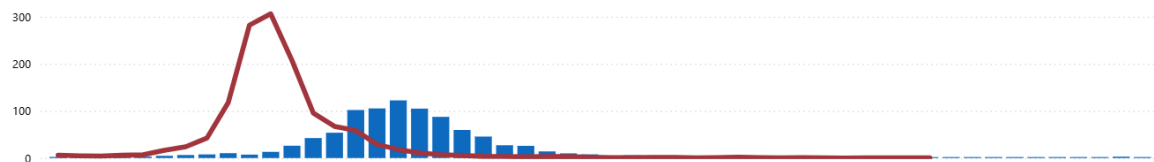


Gripe

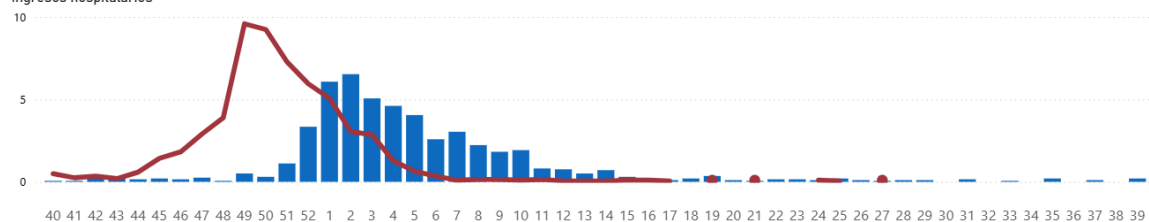
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

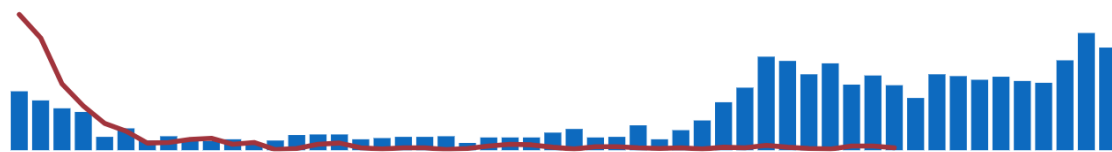


Infección por SARS-CoV-2

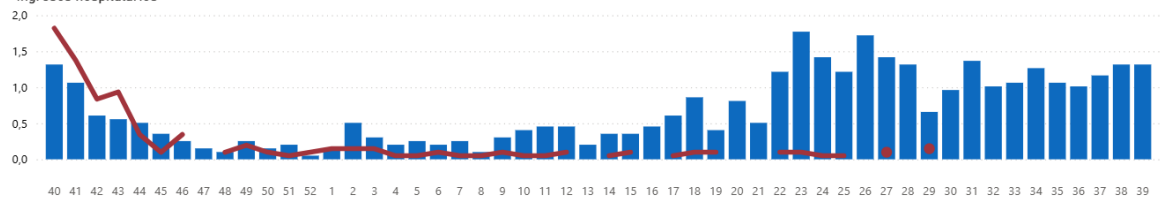
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

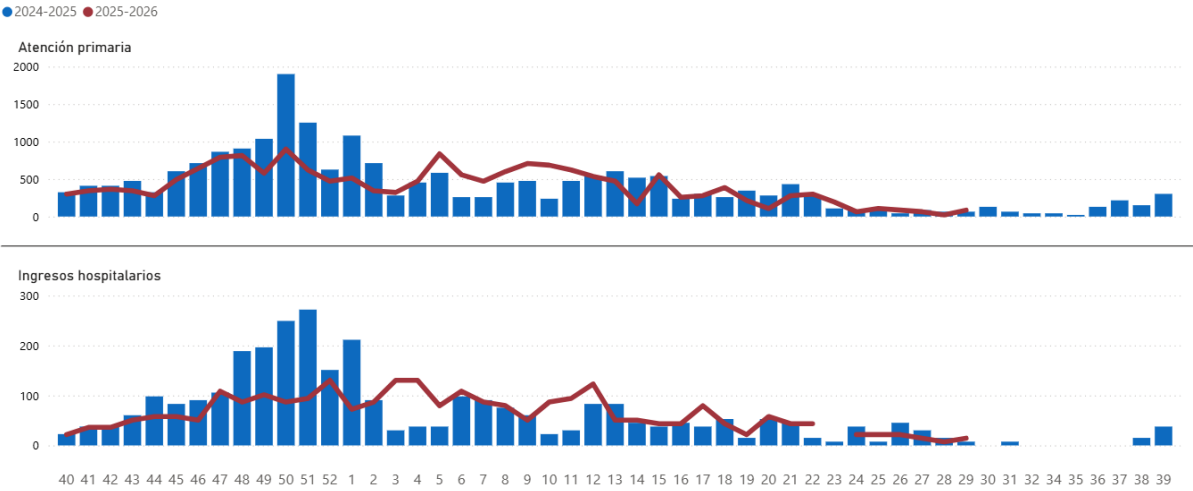
Atención primaria



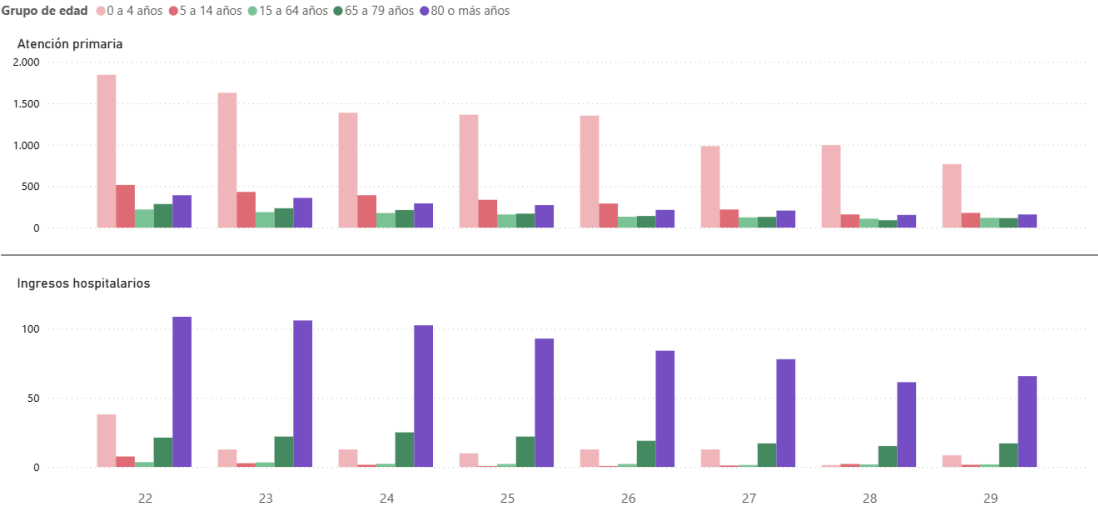
Ingresos hospitalarios



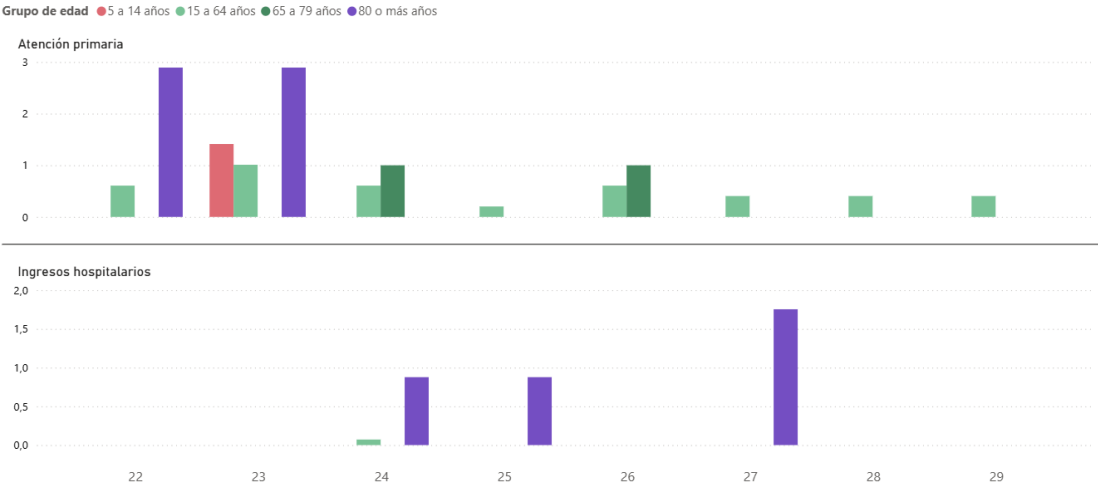
Bronquiolitis aguda
Incidencia semanal (menores de 1 año)



Infecciones respiratorias agudas
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)



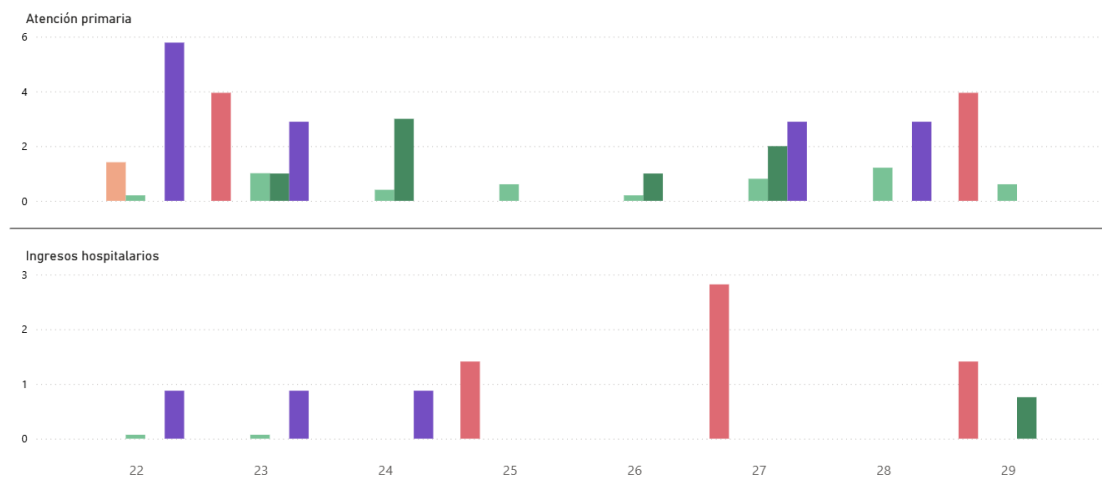
Gripe
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)



Infección por SARS-CoV-2

Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

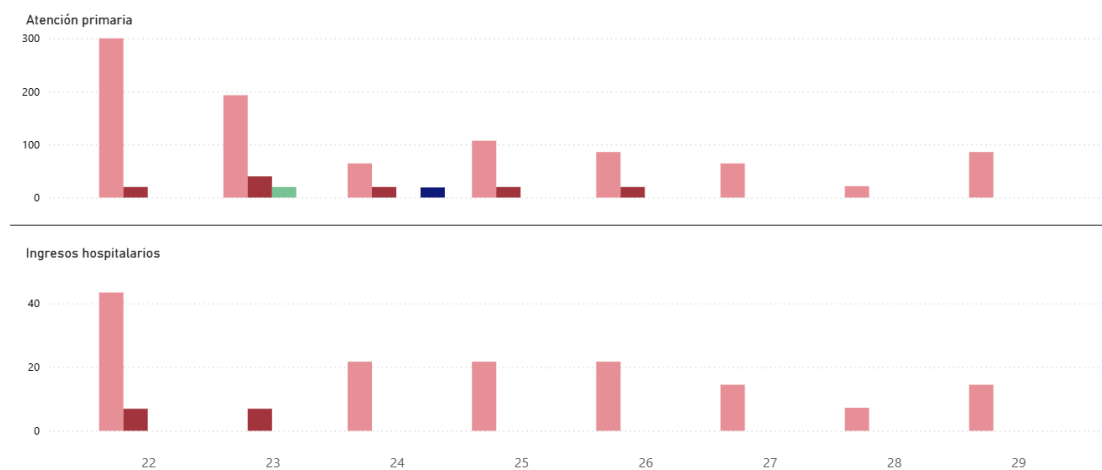
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



Bronquiolitis aguda

Incidencia por edad en niños menores de 5 años (8 últimas semanas)

Grupo de edad ● Menores de 1 año ● 1 año ● 2 años ● 4 años



4. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 29 de 2026 (del 13 al 19 de julio) y acumulado anual hasta la semana 29 de 2025 y 2026.
4.1.- Brotes notificados en la semana 29 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Residencia de personas con discapacidad intelectual	1	Solo residentes; aislamiento, tratamiento de casos y contactos estrechos
	Residencia de personas mayores	1	Solo residentes; aislamiento y tratamiento de casos (no contactos estrechos)
GEA de origen alimentario	Establecimientos de restauración	3	Brotes en investigación; no ingresos; inspección de los establecimientos
	Domicilio particular	1	<i>Salmonella</i> spp; tortilla de patata casera; 1 ingreso
GEA no alimentaria	Residencias de personas mayores	4	Cuadro clínico autolimitado, no ingresos; sospecha de virus con transmisión persona a persona; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
TOTAL	--	10	--

GEA: gastroenteritis aguda.

4.2.- Brotes notificados hasta la semana 29 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	68	1.140	58	666
Gastroenteritis aguda no alimentaria	75	1.738	77	2.213
Conjuntivitis	1	15	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	8	86	1	8
Enfermedad invasiva por <i>S. pyogenes</i>	1	2	0	0
Escabiosis	34	209	20	167
Escarlatina	3	13	3	18
Gripe	19	246	27	239
Hepatitis A	9	19	18	38
Impétigo	1	2	0	0
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda sin filiar	1	20	0	0
Mpox	2	8	0	0
Sarampión	8	29	0	0
Tosferina	2	10	0	0
Tuberculosis pulmonar	18	41	22	54
Varicela	4	18	2	7
Total	256	3.606	230	3.420

*Sólo procesos que han presentado brotes en el año en curso.

Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

4.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 29 de 2026.

	Número de brotes según magnitud				
	De 2 a 3 casos	De 4 a 9 casos	De 10 a 49 casos	50 o más casos	Total de brotes
GEA no alimentaria	0	16	50	9	75
GEA de origen alimentario	26	22	13	7	68
Escabiosis	11	16	7	0	34
Gripe	1	5	13	0	19
Tuberculosis pulmonar	17	1	0	0	18
Hepatitis A	9	0	0	0	9
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	6	1	1	0	8

GEA: gastroenteritis aguda.

5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID, VERANO 2026. Semana 29, datos a 21 de julio de 2026.



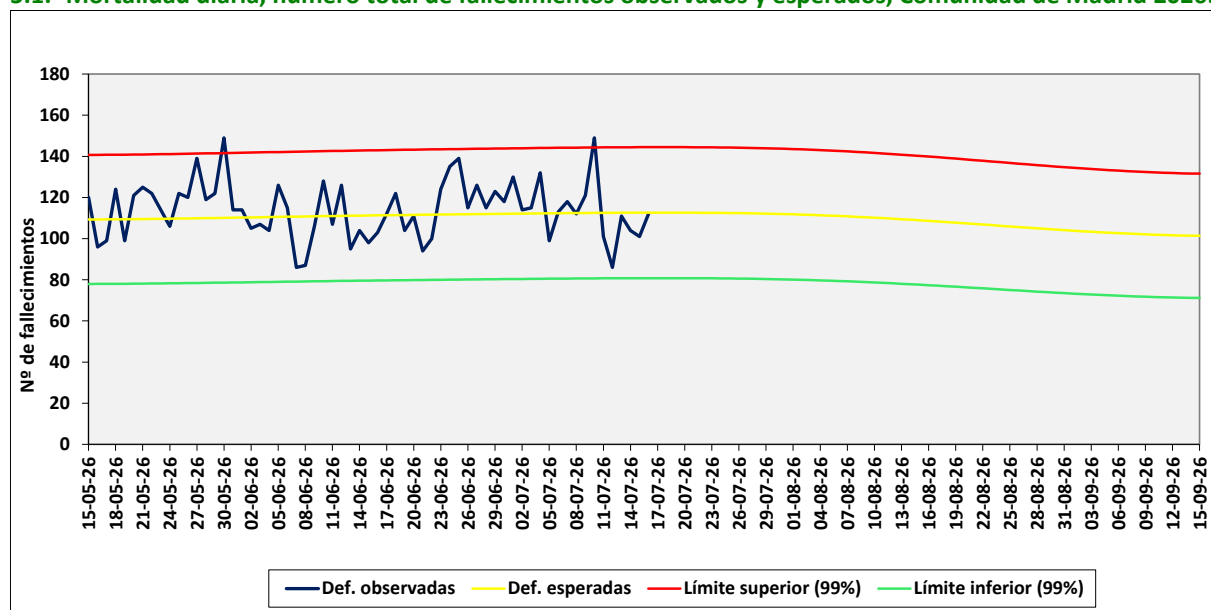
La vigilancia de los efectos en salud de las olas de calor tiene el objetivo de detectar cambios en la mortalidad y en la demanda asistencial urgente, integrando datos de dos subsistemas: el de información ambiental y el de vigilancia de la mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid (CM). Ello se contempla en el marco del [Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026](#) que en su Capítulo 1 recoge la Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la salud. Responde a una de las actividades de la Comisión Técnica de Coordinación del Plan formada por distintas instituciones con el objetivo de armonizar las actuaciones y disminuir los efectos en salud asociados a las altas temperaturas.

La temporada de vigilancia se activa el día 15 de mayo hasta el 15 de septiembre, un total de 124 días, desde la semana 20 a la 38. Sin embargo, en función de las variaciones imprevisibles y adelantadas o retrasadas de las elevadas temperaturas observadas, se considera un período de flexibilidad desde el 1 de mayo al 30 de septiembre.

Los datos de mortalidad proceden del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria, MoMo). Se incluyen los fallecimientos de los 21 municipios de la CM que disponen de Registro Civil. Se calcula el exceso de fallecimientos observados diarios y se comparan con los esperados, según el comportamiento de la mortalidad diaria, en estos mismos municipios, los 5 años anteriores (2021-2025).

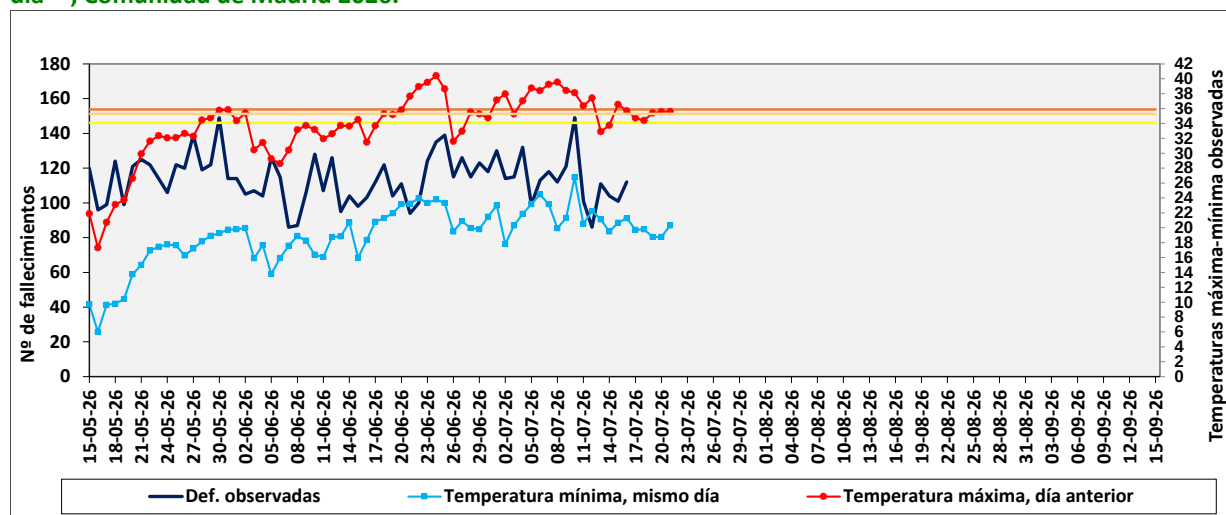
Los gráficos representan la **mortalidad** diaria observada y esperada y límites superior e inferior ($\pm 3DE$). Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y las **temperaturas** máxima del día anterior (T^{mx}) y mínima del mismo día ($T^{\text{mín}}$), señalando los niveles de alerta para cada una de las zonas Meteosalud (ZMS) de la CM. Por la alta correlación de los niveles diarios de **ozono troposférico** con las elevadas temperaturas y por sus efectos perjudiciales sobre la salud, ofrecemos el tercer gráfico con la mortalidad diaria y la concentración diaria máxima de este contaminante medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM), señalando los umbrales de contaminación que se contemplan en el Protocolo de actuación ante superaciones de umbrales de ozono de la CM. Los datos de **urgencias** atendidas proceden del CMBD de urgencias de 26 hospitales públicos, aportando el número diario y el porcentaje de urgencias ingresadas cada semana. También se ofrece información acerca de las urgencias hospitalarias atendidas relacionadas con las altas temperaturas. A partir de la descarga diaria de **Atención Primaria**, se aporta el número de consultas o episodios registrados con motivo en el descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas, golpe de calor u otros.

5.1.- Mortalidad diaria, número total de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid 2026.



*Fuente: Datos procedentes del Registro General de Registros Civiles y Notarios, Ministerio de Justicia y Sistema MOMO, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad esperada: elaboración propia a partir de datos de los cinco años anteriores (2021-2025), Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

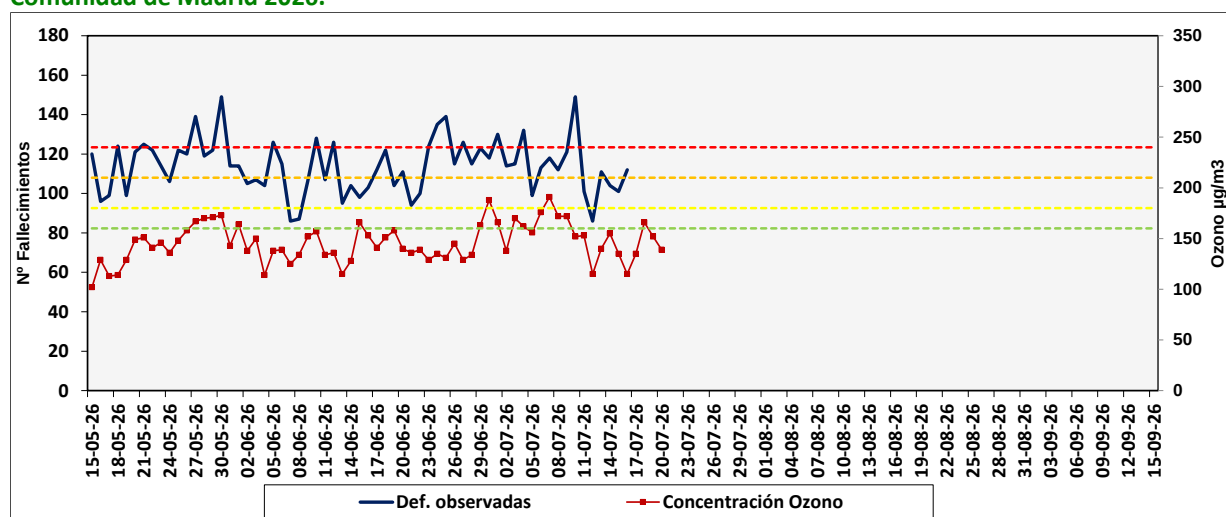
5.2.- Mortalidad total diaria observada y temperatura máxima observada del día anterior y mínima del mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: temperatura de alerta en cada ZMS: 34,1°C, 35,3°C y 35,9°C.

**Datos de temperatura: valores medios de las temperaturas máximas y mínimas diarias registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro, facilitados por la Agencia Estatal de Meteorología, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

5.3.- Mortalidad total diaria observada y concentración máxima de ozono registrada el mismo día**. Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: umbrales de ozono troposférico: umbral de activación (160 µg/m³); umbral de información (180 µg/m³); umbral de prealerta (210 µg/m³) y umbral de alerta (240 µg/m³).

**Concentración diaria máxima de ozono troposférico en promedio horario medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM).

- La **mortalidad** observada entre los días 15 de mayo y 16 de julio (semanas 20 a 29), fue de 7.178 fallecimientos observados, un 2,5% (N=177) mayor que los esperados (N=7.001). Desde el inicio de la temporada se ha superado el límite máximo de la mortalidad esperada (+3DE) en dos días: el día 30 de mayo (que superó el límite en 7 fallecimientos) y el 10 de julio (que superó el límite en 5 fallecimientos). A partir del día 23 de junio, se observa un ascenso notable en la mortalidad, sin alcanzar el límite superior esperado, coincidente con la primera ola de calor del verano. Este ascenso se ha mantenido durante las semanas 26 y 27 (del 22 de junio al 5 de julio), con el repunte posterior ya mencionado, del día 10 de julio, probablemente relacionado con la segunda ola de calor del verano. Debido al retraso en la notificación, no están disponibles los datos con la mortalidad de la semana 29 completa.

- El número **total de urgencias hospitalarias atendidas** en la semana 29 fue de 66.709 (un 1,8% menos que la semana anterior), de las que se procedió al ingreso hospitalario en un 8,3% (un 1,6% menor que la semana anterior). Hasta este momento, es la semana 21 (18 a 24 de mayo) en la que se observa un mayor porcentaje de ingresos. Desde el inicio de la temporada han sido 285 las **urgencias hospitalarias** atendidas en las que consta en el diagnóstico principal **causas relacionadas** con las altas temperaturas, como golpe de calor, agotamiento o

fatiga, siendo la semana 26 (del 22 al 28 de junio) en la que un mayor número de episodios se atendió (N=53). El número de urgencias hospitalarias atendidas en la semana 29 por este motivo ha sido de 17.

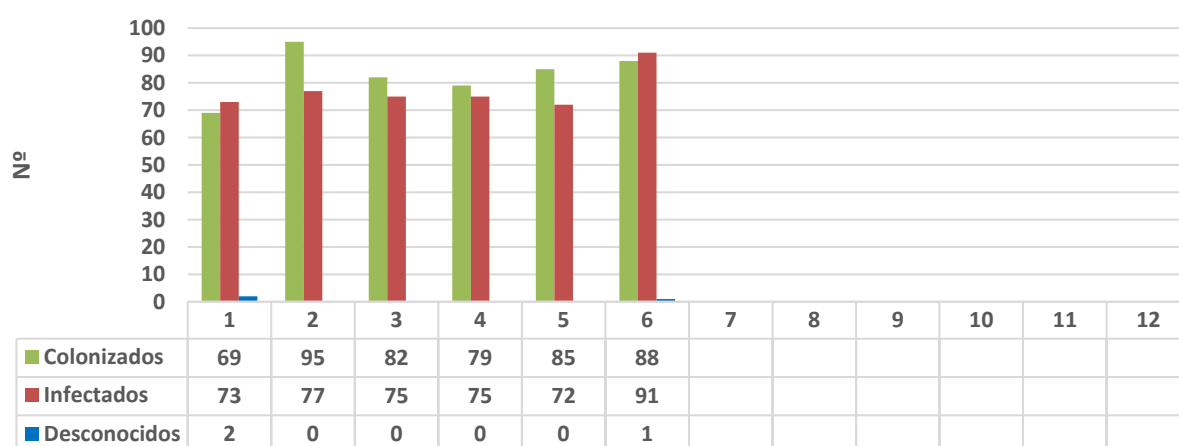
- Desde el inicio de la temporada de vigilancia, de la semana 20 a la semana 29 (hasta el 19 de julio) se han registrado en **Atención Primaria** un total de 1.140 consultas con algún descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas: golpe de calor (N=819) u otros (N=321). La semana con mayor número de consultas de este tipo ha sido, hasta el momento, la semana 26 (22 a 28 de junio, N=252). En la semana 29 se registraron 117 consultas relacionadas con las altas temperaturas en Atención Primaria.

6. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC). COMUNIDAD DE MADRID**Datos del 1 al 30 de junio 2026**

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

RESUMEN:

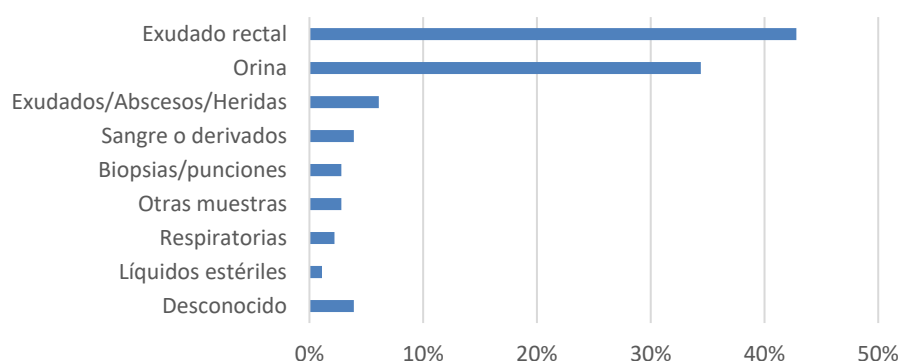
- En el mes de junio de 2026 se han registrado 180 casos nuevos de EPC.
- Por sexo, 110 casos (61,1%) son hombres. La edad media es de 68,5 años (DE: 21,1).
- Los casos infectados en el periodo ascienden a 91 (50,6%), los casos colonizados a 88 (48,9%) y en un caso el estado de portador es desconocido (0,5%).
- El microorganismo más frecuentemente aislado es *Klebsiella pneumoniae* con 110 aislamientos (61,1%).
- Por tipo de carbapenemasa, 80 muestras (44,4%) corresponden a OXA-48.

6.1. Evolución del Nº de Casos de EPC por mes. Año 2026.

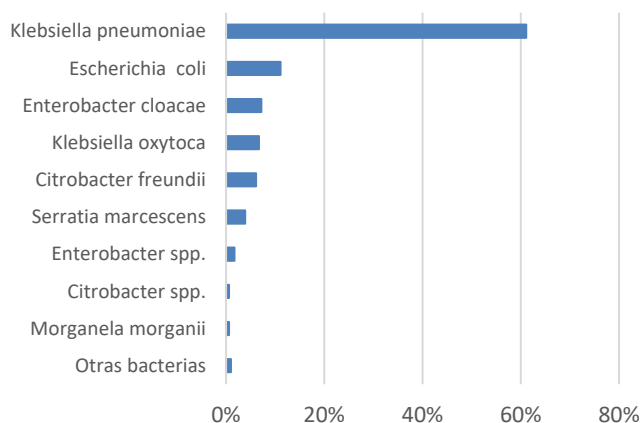
* Se actualizan los datos del mes previo en cada informe

6.2. Descripción de EPC. Comunidad de Madrid. Distribución por edad y sexo. Junio 2026.

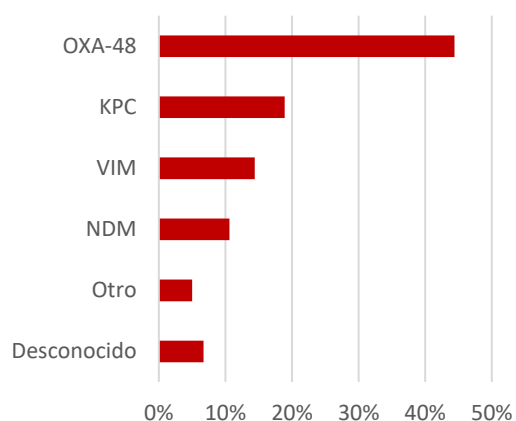
Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0-2	1	5	6	3,3%
3-19	2	1	3	1,7%
20-61	28	14	42	23,3%
62-75	35	10	45	25,0%
76-90	40	36	76	42,2%
>90	4	4	8	4,4%
Total	110	70	180	100,0%
%	61,1%	38,9%	100,0%	

6.3. Tipo de muestra. Junio 2026.

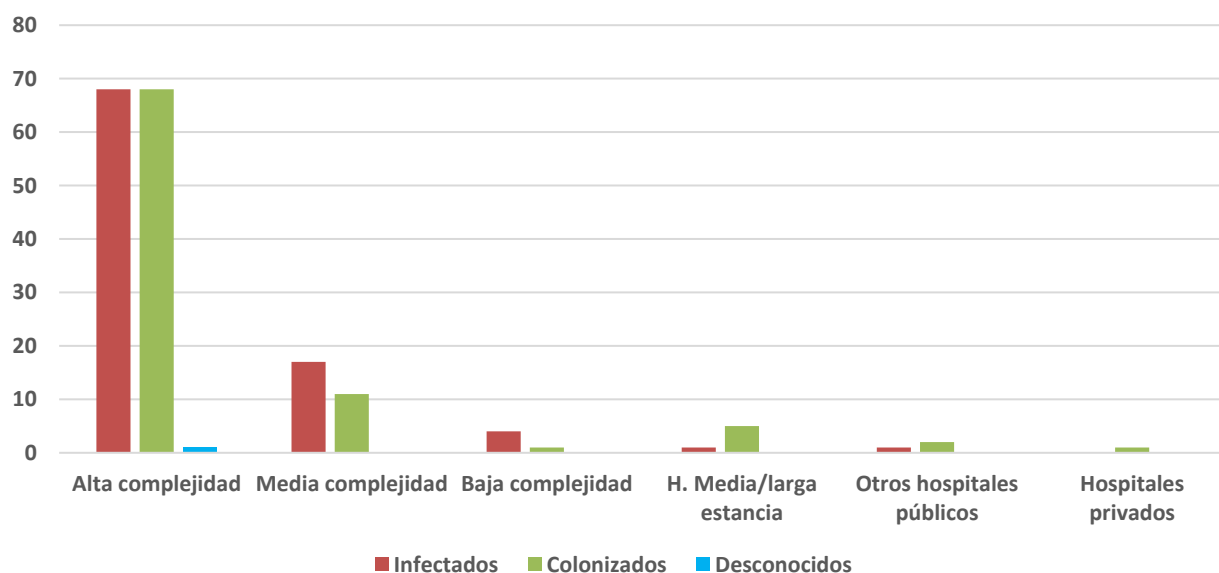
6.4. Tipo de EPC. Junio 2026.



6.5. Tipo de carbapenemasa. Junio 2026.



6.6. Casos de infección-colonización por EPC según tipo de hospital. Junio 2026.



6.7. Bacteriemias por EPC según tipo de hospital. Junio 2026.

Tipo de hospital	Nº bacteriemias	Tasa bacteriemia/infecciones*100
Alta complejidad	7	7,7
Media complejidad	0	0
Baja complejidad	0	0
Otros hospitales públicos	0	0
H. media/larga estancia	0	0
Hospitales privados	0	0
Total	7	7,7