



Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

Boletín INFOPOB

Edición Especial COVID-19

#QUEDATEENCASA #CUBAVSCOV
#CEDEMUHVSCOV

No. 8, 3 de julio de 2020

Centro de Estudios Demográficos (CEDEM). Universidad de La Habana

Llegamos a la octava entrega del boletín INFOPOB en tiempos de COVID-19.

Justo al cierre de esta edición, La Habana entraba finalmente en la fase 1 de recuperación y el resto de las provincias, excepto Matanzas, transitaban a la fase 2, procesos de los cuales daremos más detalles en nuestros próximos boletines, pues para este se trabajó con datos hasta la última semana de junio.

Nuestro equipo ofrece aquí un análisis de las redes familiares vinculado al comportamiento de la enfermedad y una mirada particular a la situación de la COVID-19 en la capital. Además, mantiene el seguimiento a las cadenas epidemiológicas y orientaciones desde la psicología.

Seguimos haciendo ciencia para contribuir a cerrar la propagación del SARS-CoV-2 en Cuba.

Síguenos en @cedem.uh

Familia y COVID-19

¿Por qué un estudio de familia en la epidemia COVID-19?

Tres elementos de la composición de la población son muy importantes en el análisis de la pandemia de COVID-19. Ellos son el tamaño de la población, densidad y urbanización; la distribución por sexo y edad, y los patrones de coresidencia y relaciones entre generaciones.

De los dos primeros componentes, fundamentalmente de la edad y el sexo se conoce y se han publicado resultados, sin embargo, de los patrones de coresidencia y relaciones entre generaciones se ha publicado menos. Hay que indagar más sobre cómo la coresidencia influye en el número y tipo de contactos. Un núcleo importante de análisis de este aspecto es la familia, es decir, cuáles son las características de las familias de las personas que se contagian.

José Miguel Guzmán¹ señaló que el riesgo de infección y de muerte puede aumentar o disminuir según el arreglo familiar de coresidencia, y eso puede ir en diferentes sentidos. Al inicio de la pandemia, cuando comenzaron a tomarse las medidas de distanciamiento físico, los adultos se quedaban en casa, pero los hijos se convertían en un factor de transmisión del virus. Este es un elemento importante que hay que estudiar mejor, para analizar qué ha pasado durante la epidemia. En qué medida los arreglos familiares pueden ser un factor positivo o uno negativo para detener la pandemia.

¹ Guzmán, JM. (2020). *La demografía del COVID-19. Datos y estadísticas en perspectivas*. Presentación especial en el marco del Día internacional de la estadística. Escuela de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana.

Se han realizado investigaciones internacionales que demuestran el valor de los estudios de familia para el conocimiento y la comprensión de la pandemia, así como para la toma de decisiones a nivel de políticas sociales.

¿Qué aportan estas investigaciones?

Se demostró que la población menor de 65 años podría llegar a inducir más del 50% de las muertes por contagios dentro del hogar, aunque solo el 14% de esta población reside con personas mayores².

Módenes, Marcos y García³ proponen el cálculo de un indicador que estima el riesgo residencial multidimensional, de manera que se puede medir la exposición de las personas mayores a los contagios dentro de la vivienda. Este riesgo está condicionado por la estructura de los hogares, las características de la vivienda y la actividad laboral de los corresidentes. El indicador de riesgo residencial ante la COVID-19 puede utilizarse para identificar áreas o subpoblaciones más expuestas dentro de los países y guiar la acción política futura ante la pandemia. Se realizó una comparación entre España, Argentina y Colombia. Aunque las condiciones en España son mejores y su población total similar a la de Argentina y Colombia, su mayor envejecimiento eleva considerablemente las cifras absolutas de mayores en riesgo residencial. Así mientras que en Colombia viven en riesgo alto 2 millones de personas de 65 y más años, en Argentina se estima que son 1,8 millones y en España 1,7 millones. El riesgo de que los ancianos estén en contacto dentro de la vivienda con la enfermedad es elevado en los tres países considerados. No es algo puntual sino estructural.

Estos y otros resultados dan luz de las posibilidades que tiene la investigación sobre familia para la explicación de la COVID-19. Características como tipo de familia, su tamaño, estructura por edad, las condiciones socioeconómicas de la familia, las condiciones de la vivienda, las higiénico-ambientales del hogar, el hacinamiento, pueden definir los patrones de coresidencia. Es importante, además, para este patrón, tener en cuenta los comportamientos protectores de la familia, la percepción del riesgo de sus miembros y las relaciones entre generaciones.

A partir de los datos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP)⁴ sobre la epidemia en Cuba, se ha realizado una aproximación al comportamiento de la coresidencia familiar, teniendo en cuenta los casos positivos a la COVID-19 que pertenecen a una misma red familiar. Los datos existentes no permiten hacer un estudio con todos los indicadores de la coresidencia, pero posibilitan identificar las redes familiares, sus núcleos, sus miembros, los índices de inicio del contagio, la fuente del contagio, generalmente el parentesco entre ellos. A partir de esta información se ha diseñado un estudio que posibilita la recogida de datos para el estudio de la coresidencia familiar, como parte del proyecto del CEDEM “Caracterización sociodemográfica de la población cubana afectada por la COVID-19”, de conjunto con el MINSAP, la Facultad de Geografía y la Facultad de Matemática de la Universidad de La Habana.

Por redes familiares se entiende el conjunto de personas que residen en la misma vivienda o entre las que hay algún parentesco, según se ha declarado en la fuente de infección y en la identificación de los contactos. De aquí que una red familiar pueda estar constituida por uno o más núcleos familiares con o sin lazos de cohabitación.

Datos generales de las redes familiares en Cuba y sus provincias

De los 2 092 casos positivos a la COVID-19 en Cuba al cierre del 1ro de junio, 787 personas se encuentran asociadas a redes familiares, lo cual representa el 38% del total de casos positivos. Es decir, en Cuba, 38 personas de cada 100 están asociadas a una red familiar.

Un análisis por regiones nos muestra el predominio de familias concentradas en la región occidental con relación al resto de las regiones de Cuba. En esta región, la provincia de La Habana aporta la mayor cantidad de familias lo que se corresponde con su condición de epicentro de la pandemia en Cuba (figura 1).

² Esteve, A., Permanyer, I., y Boertien, D. (2020). La vulnerabilidad de las provincias españolas a la COVID-19 según su estructura por edad y de co-residencia: implicaciones para el (des)confinamiento. *Perspectives Demogràfiques*, (19), 1-4.

³ Módenes, J. A., Marcos, M., y García, D. M. (2020). Covid-19: ¿la vivienda protege a los mayores en América Latina? Argentina y Colombia comparadas con España. *Perspectives Demogràfiques*(20), 1-4.

⁴ Datos del registro del [Ministerio de Salud Pública](#) de los casos positivos a la COVID-19.

Figura 1. Cuba y sus regiones. Redes familiares por región



Fuente: Rodríguez A., Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

En estas regiones la distribución de casos positivos que se encuentran asociados a redes familiares se comporta de la siguiente forma:

Tabla 1. Redes familiares, miembros y casos positivos a la COVID-19 por regiones de Cuba

Regiones	Redes familiares	Miembros de las redes familiares
Occidente	227	597
Centro	42	115
Oriente	30	56
Total	299	768

Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

En la región occidental el 55% de los casos están asociados a redes familiares, mientras que en el centro del país se asocian a estas redes el 28,4%, y en la región oriental el 31,5%. Llama la atención que, en el centro del país, donde existe un mayor número de casos positivos con la enfermedad, se asocian a redes familiares una porción menor que la región oriental. Este es un dato a profundizar teniendo en cuenta los eventos que se han abierto en las provincias, por ejemplo, en Villa Clara, en el Hogar de Ancianos.

Según provincias (figura 2), La Habana constituye el territorio con mayor número de casos de familia en el país (55%), lo cual se corresponde con la cantidad de casos positivos (1 075) que en ella se concentra. Le siguen las provincias de Matanzas y Villa Clara, mientras que el resto de las provincias se encuentran por debajo de 15 redes familiares.

Nótese que existen provincias donde la mayoría de los casos están vinculados a redes familiares, como son Pinar del Río, Mayabeque y Guantánamo (tabla 2).

Figura 2. Distribución de Redes familiares por provincia

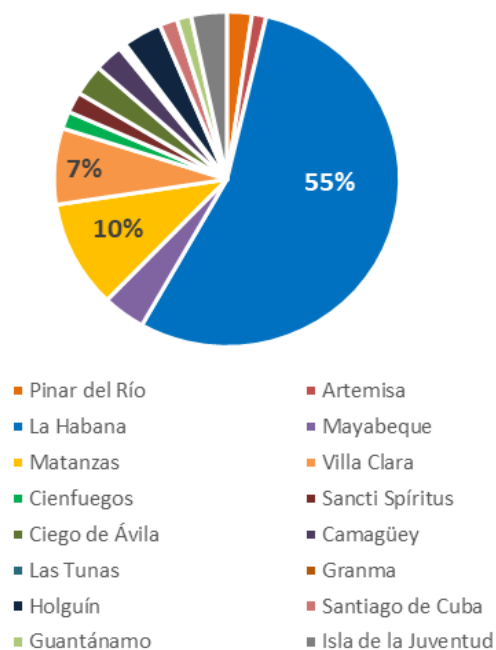


Tabla 2. Redes familiares y otros indicadores de las provincias

Provincias	Redes Familiares (RF)		Miembros de RF	Total de casos +	% de casos en RF
	Frec.	%			
Pinar del Río	7	2.34	40	52	76.92
Artemisa	4	1.34	10	38	26.32
La Habana	163	54.52	414	1074	38.55
Mayabeque	12	4.01	34	48	70.83
Matanzas	31	10.37	78	195	40
Villa Clara	22	7.36	53	217	24.42
Cienfuegos	5	1.67	12	24	50
Sancti Spíritus	6	2.01	20	68	29.41
Ciego de Ávila	9	3.01	30	96	31.25
Camagüey	8	2.68	19	48	39.58
Las Tunas	1	0.33	2	17	11.76
Granma	1	0.33	2	13	15.38
Holguín	11	3.68	31	92	33.7
Santiago de Cuba	5	1.67	11	51	21.57
Guantánamo	4	1.34	10	17	58.82
Isla de la Juventud	10	3.34	21	42	50
TOTAL	299	100	787	2092	37.62

Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#)

Por la connotación de la provincia de La Habana, que constituye el epicentro de la epidemia, se realiza un análisis más detallado de las redes familiares encontradas en el territorio.

Características generales de las redes familiares de La Habana

De los 1 075 casos positivos a la COVID-19 de La Habana hasta el 1 de junio, 453 se asociaban a redes familiares, lo que representa que de cada 100 pacientes con el virus 42 están vinculadas a una red familiar. Estos se distribuyen en 163 redes familiares con un tamaño entre 2 y 6 miembros.

Cantidad de familias por municipios y densidad poblacional

Uno de los indicadores sociodemográficos que se debe tener en cuenta en el análisis de la epidemia es la densidad de población. En La Habana el municipio con mayor número de redes familiares es Centro Habana (tabla 3) y coincide que este territorio es el de mayor densidad de población no solo de la provincia sino también del país. Este dato justifica la exploración más profunda de la relación que se puede establecer entre estas dos variables: redes familiares y densidad poblacional; lo que constituye una hipótesis para comprobar en el estudio, analizando además otras posibles variables que puedan estar incidiendo, como la movilidad espacial, las características socioeconómicas de la familia, el hacinamiento, entre otras. Para ello se necesita una mayor profundidad con estudios de casos de las familias y los territorios, que se realizarán posteriormente.

Tabla 3. Redes familiares y densidad población por municipios de La Habana.

Municipios	Total de Redes Familiares (RF)	Cantidad de casos positivos miembros de RF	Casos positivos miembros de RF con relación al total de casos del municipio		Densidad poblacional Hab/km2
			Total de casos del municipio	% miembros vinculados RF	
Playa	14	32	83	38,55	4 986,2
Plaza de la Revolución	10	32	73	43,83	11 564,5
Centro Habana	21	61	126	48,41	39 151,5
La Habana Vieja	7	22	48	45,83	18 607,1
Regla	5	13	27	48,14	4 288,9
Habana del Este	11	31	98	31,63	1 235,5
Guanabacoa	5	22	38	57,89	970,8
San Miguel del Padrón	13	35	72	48,61	6 224,0
10 de Octubre	11	26	78	33,33	16 403,5
Cerro	11	41	91	45,05	12 232,2
Marianao	7	23	57	40,35	5 826,2
La Lisa	10	31	59	52,54	3 904,8
Boyeros	7	15	41	36,58	1 481,0
Arroyo Naranjo	10	32	66	48,48	2 503,1
Cotorro	3	9	25*	36	1 245,1
Mixtas **	29	28			
Total	163	453	1075	42,13	

*El Cotorro tiene 177 casos reportados hasta el 1 de junio, 92 de ellos pertenecen al evento del Centro de Protección Social. El cálculo del municipio se realiza sin este evento.

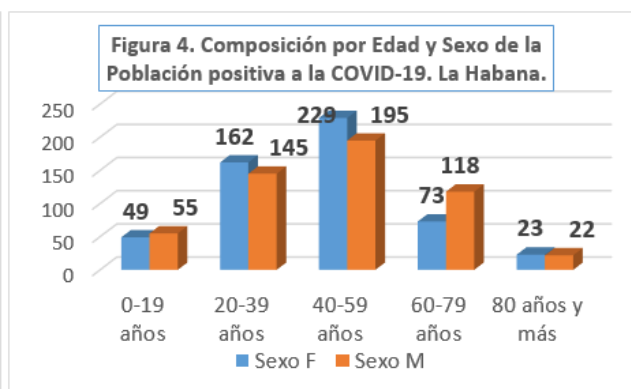
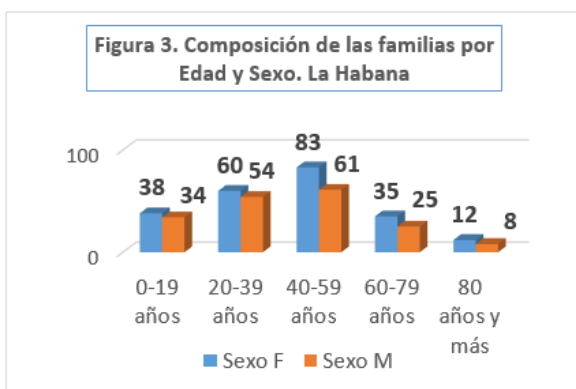
**Familias mixtas pueden estar compuesta por miembros pertenecientes a cualquiera de estos municipios. Estas representan el 11% del total de las familias.

Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

La edad media de estas redes es de 42 años, lo cual se corresponde con los grupos de edades más afectados en la pandemia: entre 20-59 años. El índice de masculinidad de las redes familiares es 0,88 lo que significa que hay 88 hombres por cada 100 mujeres. La media de la cantidad de miembros contagiados en las redes es de 2,62; es decir, aproximadamente 3 miembros. El rango de miembros contagiados se ubica entre 2 y 6 personas.

Distribución por edad y sexo

En La Habana el 55,3% de los miembros de las redes familiares son mujeres y el 44,7% son hombres. La mayor cantidad de miembros de las familias se concentran en el grupo de edad de 20 a 60 años, predominando el grupo de 40-59 años y el sexo femenino en todos los grupos de edades. En este análisis hay que destacar que la protección a los dos grupos etarios más dependientes, los niños y los ancianos, ha sido una política del país, y ha sido efectiva. Esta distribución por edad en las redes familiares (figura 3), parecida a la distribución general de la COVID-19 (figura 4), pudiera responder a que es el grupo de 20 a 60 años los de mayor exposición al riesgo en su rol de cuidadores a los más dependientes (niños y ancianos) por lo tanto, se ocupan de labores como el abastecimiento de los hogares en cuanto alimentación y aseo siendo entonces los que menos cumplen con el confinamiento, uniéndose además, que es el grupo de edad que más se ha mantenido laborando en el apoyo al enfrentamiento a la COVID-19 y otras labores necesarias que no han cesado en este período. Estos argumentos toman mayor relevancia cuando se realiza el análisis por sexo. Por otro lado, también hay que destacar el incumplimiento de las medidas de protección, fundamentalmente el no cumplimiento del distanciamiento social, y de las otras medidas higiénicas sanitarias.



Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

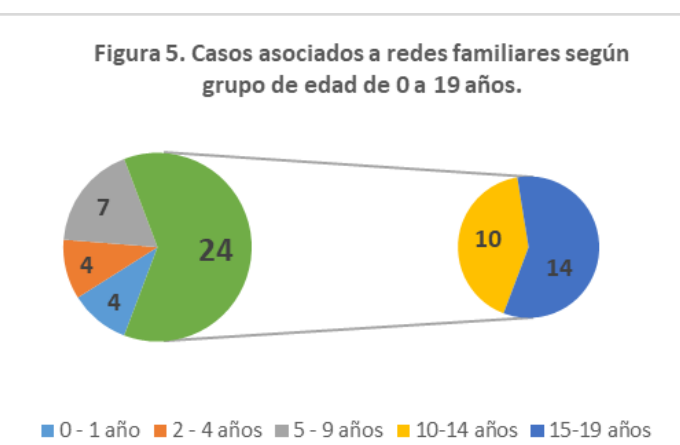
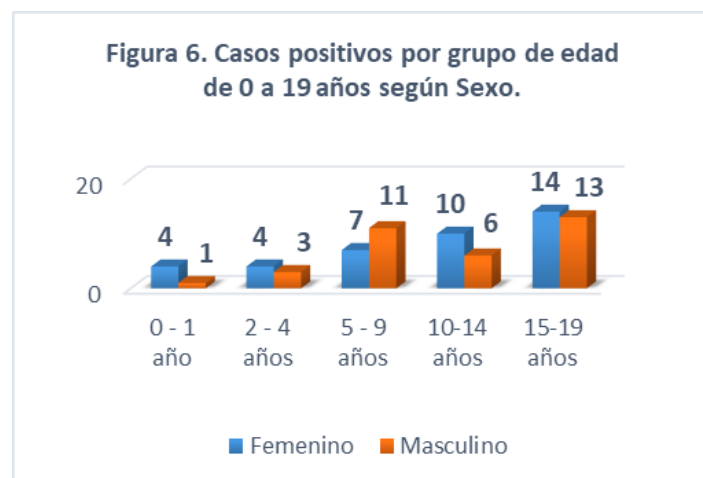
En el grupo de 0 a 19 años es interesante el comportamiento al interior de este grupo (figura 5).

Pareciera que en este grupo de edad aumentan los casos en la medida que asciende la edad, lo cual puede sugerir varias preguntas. ¿Están más expuestos al riesgo por las propias características psicológicas de la edad, su baja percepción del riesgo ante cualquier evento, su pensamiento mágico (“nada me va a pasar”)?

Cuando se introduce en el análisis el sexo, otras interrogantes nacen, asociadas a los argumentos mencionados anteriormente. La figura 6 nos muestra los datos por sexo de los menores de 20 años.

El análisis por sexo destaca, en este rango de edad, 10 a 19 años, la distancia de casos entre mujeres y hombres. Esta distancia se observa con mayor intensidad en el grupo 40 a 59 años, también a favor de las mujeres (figura 3).

¿Cuáles son las razones por las cuales en las redes familiares predominan las mujeres sobre los hombres, cuando el comportamiento general, como muestra la figura 4, no es ese, pues predominan los hombres en la distribución por sexo en la COVID-19? Muchas interrogantes surgen a la mirada de las cifras por sexo. Un análisis de género es necesario a la luz de estos datos.



Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

Este texto es solo una aproximación a la necesidad de estudiar la coresidencia familiar a partir de la lectura de los datos brutos. La continuación de la investigación develará resultados que posibilitarán realizar un análisis con enfoque de género, interseccional y de derechos, que facilite la toma de decisiones para estrategias y políticas públicas ante otras situaciones emergentes, como las epidemias.

Fuente: Molina, M. y Vázquez, M. (2020). A partir de la base de datos del [Ministerio de Salud Pública](#).

La Habana y sus municipios: en la “cola” de la epidemia

Tasas de incidencia y composición por sexo y edad, al cierre del 26 de junio de 2020.

La provincia de La Habana, la capital del país, ocupa el primer lugar según el número de habitantes, con una cifra media de 2 132 394 personas (19,1%) en el año 2019. Durante la pandemia por la COVID-19, al cierre de esta información, esta provincia había reportado el 55,1% de los casos totales de Cuba, con un acumulado de 1 285 confirmados. Con una tasa de incidencia de 60,3 confirmados con la enfermedad por cada 100 000 habitantes, es el epicentro de la COVID-19 en la Mayor de las Antillas.

Al cierre de esta información, La Habana reportaba 47 fallecidos confirmados con la COVID-19, el 54,7% de los decesos acumulados en el país, asociados a esta enfermedad, con una tasa de mortalidad de 0,02 defunciones por cada 1 000 habitantes expuestos al riesgo. Al analizar el comportamiento por grupos de edades, se puede referir que el 82,9% de los fallecidos pertenecían al grupo de 60 años y más, el 34,0% de estos se encontraban en el rango etario de 80 años y más, igual porcentaje de las muertes correspondieron al grupo etario de 70-79 años de edad y el 14,9% de los decesos tenían entre 60-69 años de edad. Mientras los menores de 60 ocuparon el 17,1% de las muertes por la COVID-19, lamentándose, además, la pérdida de una persona en el rango de 30-39 años de edad y otra de 40-49 años de edad. En relación con el sexo, se debe hacer alusión a que el 57,4% de los fallecidos por la COVID-19 en la provincia de La Habana fueron hombres.

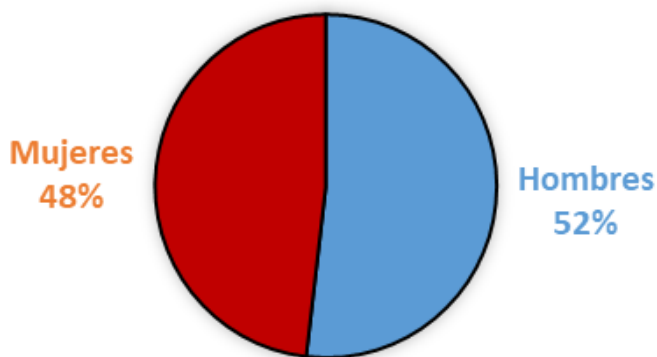
Hasta la fecha⁵, se encontraban solo 54 casos activos, lo que representa el 4,2% de los positivos acumulados en la capital; el 92% de los enfermos ya estaban de alta médica. La distribución de la población reportada como positiva según fuente de contagio al momento de la confirmación fue: contagiados en el exterior del país, 73 habitantes (5,7%); contactos de casos confirmados, 996 (77,4%) y de fuente desconocida 218 (16,9%), aunque en este último caso se ha podido verificar mediante el proceso de encuestas epidemiológicas y en la actualidad este valor ha disminuido.

Es reconfortante conocer que, hasta el momento, la provincia cumple los indicadores sanitarios que permiten evaluar su comportamiento epidemiológico a nivel territorial, con 54 casos activos, como se planteó con anterioridad y un índice de reproducción (R_0) menor que 1 (0,16), lo que significa que, en la capital, se extingue la pandemia. Además, en los últimos 15 días se registraron 113 casos menos que en igual período de tiempo anterior, y se conoce la fuente de infección de más del 90% de ellos. Al cierre de esta información solo se mantenían abiertos dos eventos de transmisión local: en la Unidad Constructora para el Turismo en La Lisa y otro en el municipio de Centro Habana. Por estas razones la capital se alista para entrar en la Fase 1 de la primera etapa dentro del programa concebido para la recuperación post COVID-19.

Diferenciales a tener en cuenta: distribución por municipios y composición por sexo y edad

Como se observa en la figura 1, en el territorio habanero fueron confirmadas 619 mujeres (48,2%) y 666 hombres (51,8%), comportamiento similar al observado en el acumulado de los casos confirmados en el país.

Figura 1. La Habana. Composición por sexo (%) de los casos positivos a la COVID-19



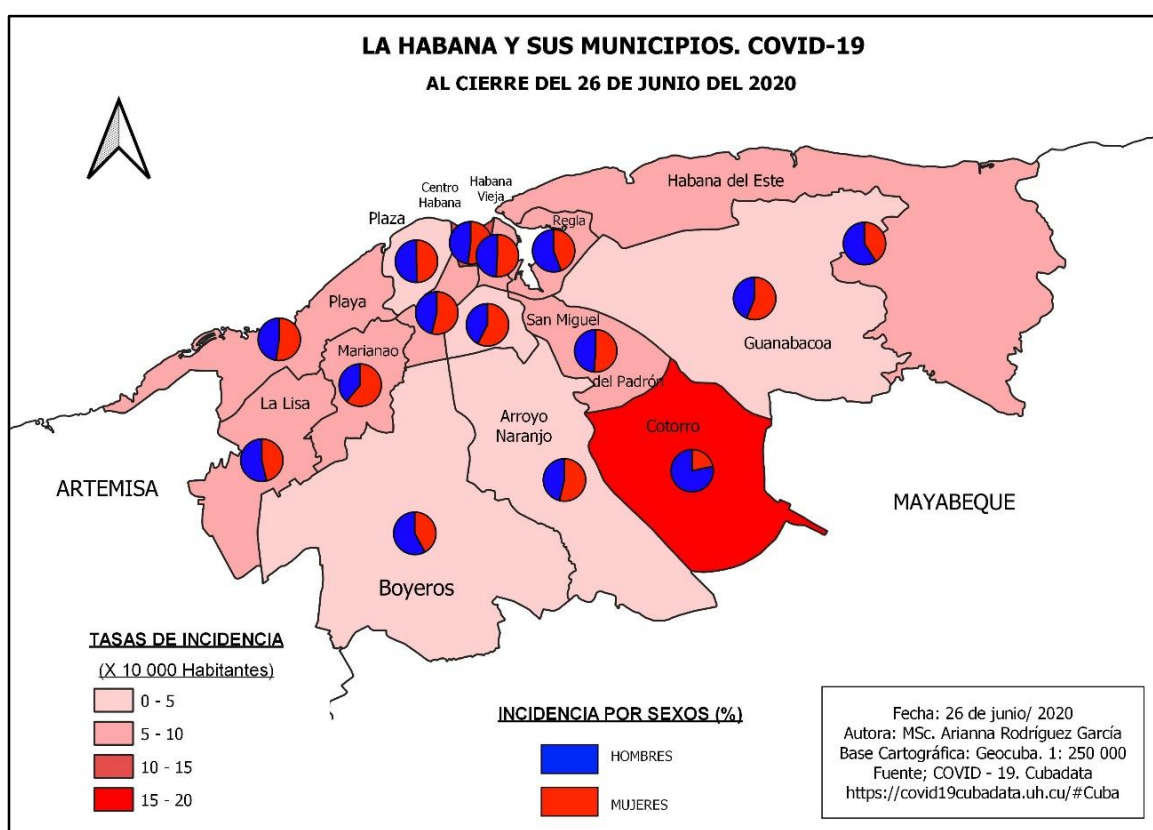
Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba.

⁵ Al cierre de 26 de junio 2020.

Los quince municipios habaneros presentaron casos y es Centro Habana el que mayor número de confirmados presenta a nivel nacional, con un total de 144 personas detectadas positivas, hasta el 26 de junio. Este municipio concentra el 11,3% de los confirmados en el territorio capitalino. Si se tienen en cuenta las tasas de incidencia, se observa que el mayor valor de este indicador se reporta en el municipio de Cotorro con 15,2 por cada 10 000 habitantes, seguido por Centro Habana con 10,8 por cada 10 000 personas (figura 2).

Al realizar un análisis por sexo a nivel municipal, la figura 2 muestra que Centro Habana, Cerro, Playa, Arroyo Naranjo, Diez de Octubre, San Miguel del Padrón, Marianao, La Habana Vieja y Guanabacoa presentan mayoría de mujeres entre los confirmados con la enfermedad; mientras en La Lisa, Habana del Este, Plaza de la Revolución, Boyeros, Regla y Cotorro predominaron los hombres entre los habitantes diagnosticados con el nuevo coronavirus. La preponderancia de hombres diagnosticados en el municipio de Cotorro es mayor, con un 78,4% del total de confirmados. Esta cifra se encuentra en estrecha relación con el evento de transmisión local en el Centro de Protección Social ubicado en ese municipio.

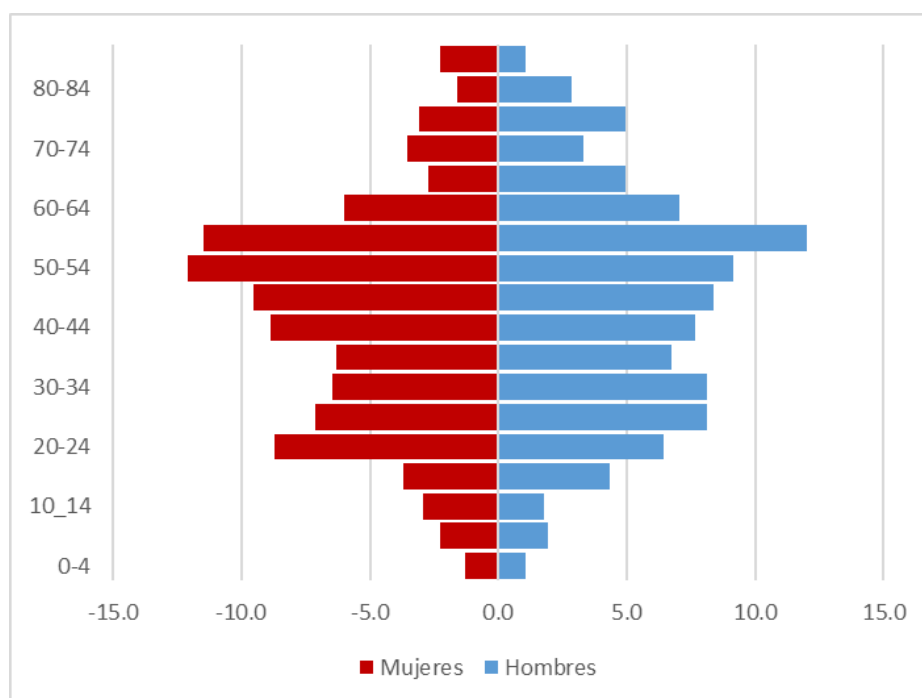
Figura 2. La Habana y sus municipios. Tasas de incidencia (por cada 10 000 habitantes) y composición por sexos. Al cierre del 26 de junio de 2020



Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba.

Un análisis por rango de edades permite apreciar que en La Habana los mayores porcentajes de personas infectadas se encuentran en el rango etario de 50-59 años con un 44,8%, comportamiento similar al nacional, predominando el sexo femenino en este grupo de edad (figura 3). Además, el grupo de personas con 60 años y más acumulan el 43,4% de los casos, distribuido en un 24,3% hombres y un 19,1% de mujeres del total.

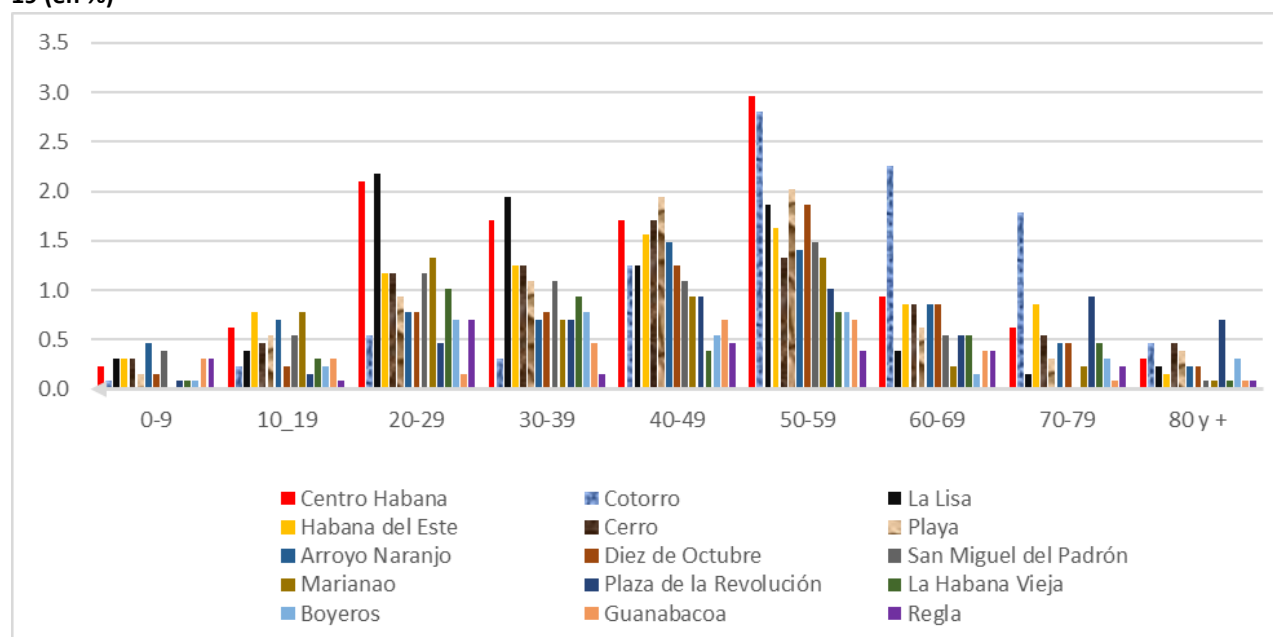
Figura 3. La Habana. Pirámide de población de los confirmados con la COVID-19



Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba.

En términos relativos, en el municipio de Centro Habana predominan las personas confirmadas con la enfermedad del grupo de 50-59 años de edad, lo que representa el 3% de los casos positivos de la provincia (figura 4). A los valores relativos de este municipio les siguen los detectados en el municipio de Cotorro, donde este rango etario también predominó entre los confirmados con la enfermedad en la provincia, al representar el 2,8% del acumulado total, para un valor absoluto de 36 personas confirmadas con la COVID-19.

Figura 4. La Habana, municipios con casos de COVID-19. Estructura por edades de los confirmados con la COVID-19 (en %)



Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba.

Arañas epidemiológicas: cadena entre dos provincias

Cuando La Habana ya está a punto de entrar en la fase 1 de la recuperación post COVID-19, un foco epidemiológico aporta casos en dos territorios.

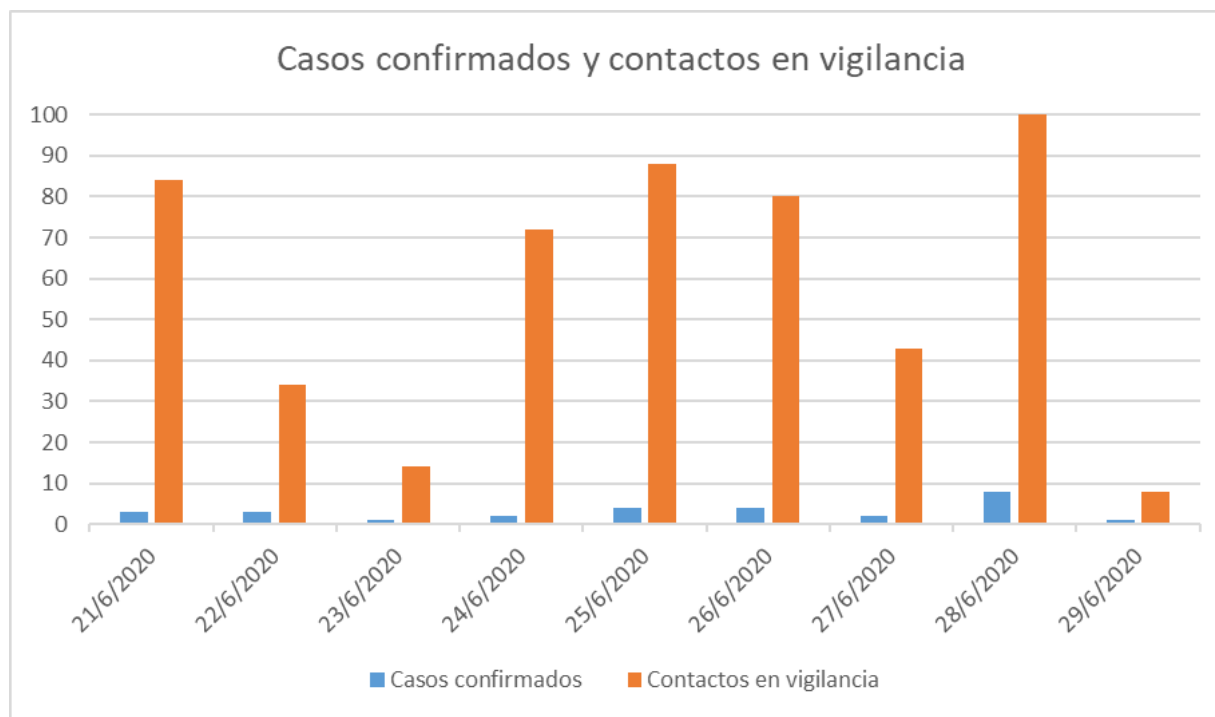
En la confianza está el peligro, y las autoridades de salud cubana lo saben bien. Justo cuando solo La Habana quedaba con reportes de casos, al inicio de la pasada semana, una nueva araña epidemiológica sumó otra provincia, Mayabeque, a la lista de territorios con personas confirmadas.

En ese caso, se trata de un foco que involucra a los municipios de San José de las Lajas, Cotorro y San Miguel del Padrón, derivado de una celebración religiosa con motivo del Día de los Padres, en la comunidad de El Roble, perteneciente al primero de los territorios.

En declaraciones a la Mesa Redonda el pasado 26 de junio, José Ángel Portal, ministro de Salud Pública, informó que hasta ese momento se habían producido en el país 45 eventos de transmisión local, de los cuales 43 estaban cerrados. “Se mantienen activos 2, por lo que será necesario mantener un grupo de medidas epidemiológicas que se han aplicado en este período y continuarán en las próximas etapas del enfrentamiento a la COVID-19”, precisó. En reportes de prensa posteriores se detallaron medidas similares para los eventos asociados con este nuevo brote entre La Habana y Mayabeque.

Como puede apreciarse en la figura 1, durante los nueve días analizados⁶ se reportaron 28 nuevos casos⁷, y la suma de sospechosos se montó en 527.

Figura 1. Relación entre casos confirmados y contactos en vigilancia entre el 21 y el 29 de junio (La Habana y Mayabeque)



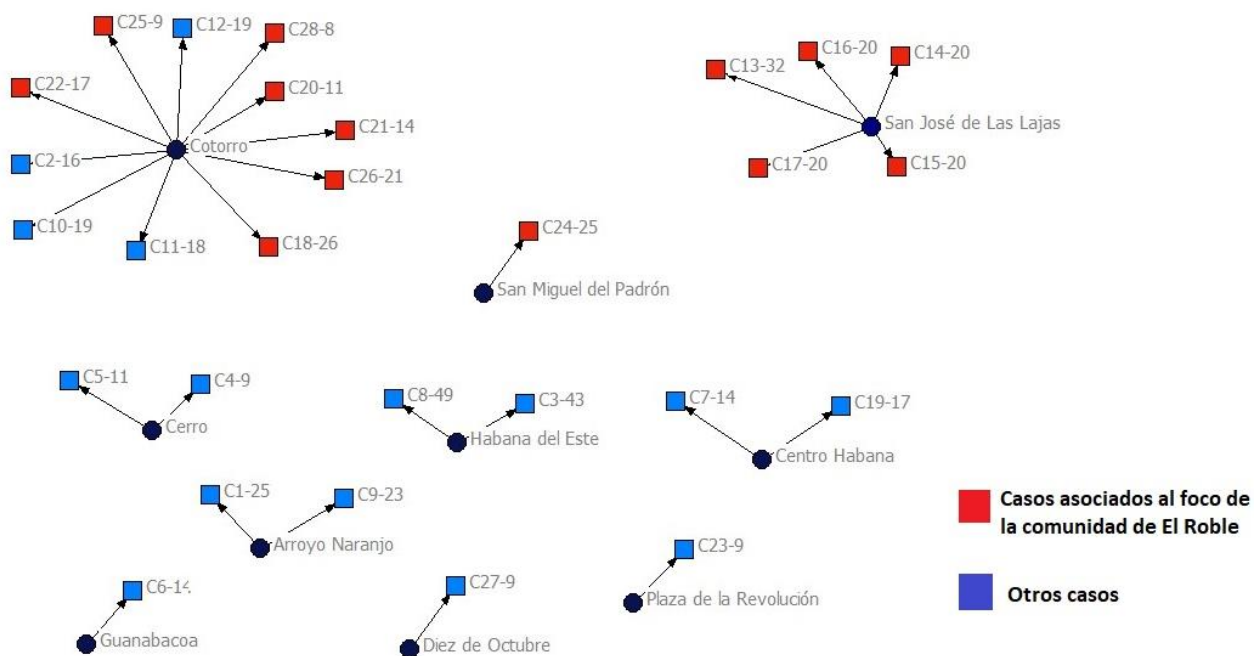
Fuente: Trinquete, D.E. (2020) A partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#).

Aunque hubo casos en varios municipios de La Habana, y en San José de las Lajas, resulta evidente cómo el mayor número de ellos está asociado al evento de transmisión ya mencionado, que comparte casos y sospechosos de ambos territorios, como ilustran con mayor claridad las figuras 2 y 3.

⁶ Se trabajó con la información de los nueve días transcurridos desde el domingo 21 de junio hasta las 12 de la noche hasta el lunes 29 de junio de 2020

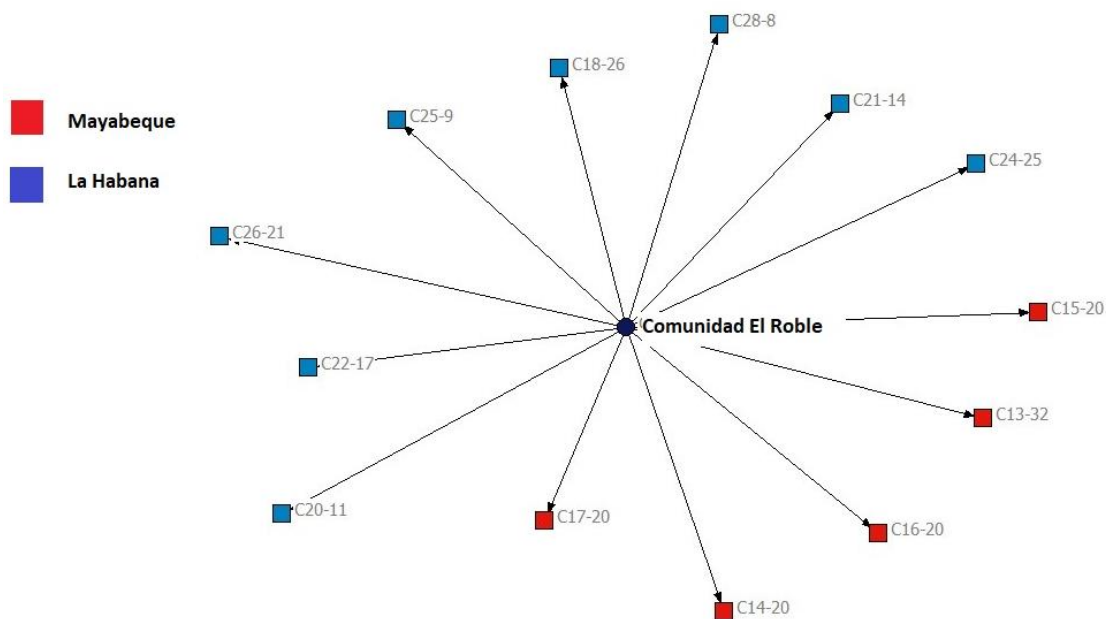
⁷ No se toman en cuenta los casos con fuente de infección en el exterior del país.

Figura 2. Casos y sus contactos. La Habana y Mayabeque (del 21 al 29 de junio)



Fuente: Terrero, A. (2020) A partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#).

Figura 3. Contactos de casos confirmados asociados al foco de la Comunidad de El Roble (del 21 al 29 de junio)



Fuente: Terrero, A. (2020) A partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#).

Los casos reportados en el período, sobre todo en Mayabeque, una provincia que ya acumulaba más de veinte días sin registros, confirman que toda vigilancia es poca y la necesidad de seguir rastreando esas *arañas epidemiológicas*, por su impacto en los conteos futuros de casos positivos.

Orientación psicológica en grupos de WhatsApp

Recomendaciones para la atención al personal de salud.

Para psicólogos:

1. **Priorizar el componente emocional en los servicios de atención psicológica:** los profesionales de la salud necesitan gestionar sus emociones más que intelectualizar, dada su cotidiana labor de lidiar con el dolor, la muerte, los duelos y los cambios bruscos. La ansiedad, miedo, tristeza e irritabilidad propios del *burn out* deben naturalizarse y legitimarse como recurso técnico en las acciones de orientación psicológica, e instruir a los afectados acerca de cómo instrumentarlas de manera constructiva y útil.
2. **Estimular y facilitar la creación de equipos de trabajo para el personal que atiende emergencias y cuidados:** sentirse respaldado y acompañado por otros en equipo es un factor protector, nivelador de ansiedades y generador de bienestar, siempre que se caracterice por: confianza, complementariedad, comunicación, compromiso y coordinación. Se deben realizar grupos que permitan compartir emociones y sentimientos con respecto a la relación médico-paciente, y cuya coordinación deberá estar entrenada en operativizar los obstáculos que emerjan.
3. **Diseñar entrenamientos en modalidad de talleres vivenciales:** los cambios de conducta se entrenan, y deben incorporarse por etapas conductas protectoras, asertivas y de afrontamiento positivo, así como formas eficaces de reorganizar y reestructurar tareas para evitar la ansiedad anticipatoria.



Para decisores:

1. **Garantizar los recursos de protección y exigir su uso adecuado.**
2. **Garantizar los recursos para una atención de calidad a las necesidades básicas.**
3. **Hacer cumplir las medidas de distanciamiento físico con estrategias institucionales y educativas, contemplando medidas para los infractores:** la irresponsabilidad social e incumplimiento de medidas incluso en instituciones de salud, expone a nuestro personal asistencial a riesgos innecesarios y a sobrecargas por exceso de su jornada laboral.
4. **Mejorar y mantener condiciones de trabajo y de aislamiento físico.**

Para medios de comunicación:

1. **Dirigir los mensajes hacia conductas positivas, no hacia el miedo o la percepción de riesgo como gatillo para la acción.**
2. **Diseñar mensajes atractivos respecto de los signos y síntomas del padecimiento.**
3. **Dosificar, no bombardear, la información y hacerla congruente, no contradictoria.**
4. **Generar expectativas realizables, basadas en lo evidente:** promover un optimismo realista y no un falso triunfalismo.
5. **No estigmatizar personas, fenómenos, instituciones** (“pacientes recuperados de la COVID-19”).
6. **Reconocer socialmente la labor desempeñada por todo el personal de salud.**
7. **Tratar el retorno a la “nueva normalidad” como un proceso a construir entre todos sustancialmente diferente a la cotidianidad existente previa a la epidemia, y no como una realidad o estatus dado y ajeno a nuestra acción responsable.**

El CITMA convoca

Programas Nacionales de Ciencia, Tecnología e Innovación para el período 2021-2025.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente convoca a la comunidad científica y tecnológica del país: investigadores, tecnólogos, profesores, especialistas, técnicos, estudiantes y trabajadores en general, de todas las Entidades de Ciencia, Tecnología e Innovación, Universidades, empresas e instituciones con independencia de su forma de gestión, a participar en los siguientes *Programas Nacionales de Ciencia, Tecnología e Innovación para el período 2021-2025*:

1. Producción de Alimentos y su Agroindustria.
2. Agroindustria de la Caña de Azúcar.
3. Envejecimiento, Longevidad y Salud.
4. Automática, Robótica e Inteligencia Artificial.
5. Desarrollo Energético Integral y Sostenible.
6. Telecomunicaciones e Informatización de la Sociedad.
7. Biotecnología, Industria Farmacéutica y Tecnologías Médicas.
8. Nanociencia y Nanotecnologías.
9. Adaptación y Mitigación del Cambio Climático.
10. Ciencias Básicas y Naturales.
11. Ciencias Sociales y Humanidades.
12. Desarrollo Local en Cuba.
13. Neurociencia y Neurotecnologías.

Esta convocatoria está orientada a la ejecución de los programas y proyectos para el período 2021-2025, en correspondencia con la Proyección del Sistema de Programas y Proyectos, aprobada por el primer nivel de dirección del Estado y el Gobierno, en reunión del Programa de la Ciencia efectuada el 12 de febrero del 2020, con la participación de la Academia de Ciencias de Cuba.

Para conocer los detalles de los programas, puede visitar la siguiente dirección electrónica: www.citma.gob.cu.

El CEDEM invita a presentar propuestas para un número especial de la revista *Novedades en Población*, que estará dedicado enteramente a la COVID-19. Los trabajos se recibirán hasta el 15 de agosto y pasarán por el proceso de arbitraje habitual de nuestra publicación.

Envíelos a: matilde@cedem.uh.cu, arianna@cedem.uh.cu, yanniscamila@cedem.uh.cu

EQUIPO DE REALIZACIÓN:

MSc. Arianna Rodríguez García (Coordinadora).

Dr. Antonio Aja Díaz / Dra. Matilde Molina Cintra / Dra. Otilia Barros Díaz / Dra. Daylín Rodríguez Javiqué / MSc. Marbelis Orbea López / MSc. Arelis Mora / Dra. Dixie Edith Trinquete/ MSc. Yoannis Puente / Lic. Juliette Fernández / MSc. Ailyn Martín Pastrana. /Dra. Consuelo Martín Fernández / MSc. Maydee Vazquez / MSc. Gabriela Dujarric.

CON LA COLABORACIÓN DE: Amanda Terrero (Estudiante de 5to año. Facultad de Comunicación. Universidad de La Habana), Lic. Sandra Gener (CIPS), Dra. Ma. Carmen Llantá (Hospital Oncológico), Lic. Leonel Glez, Rosa Rivera (Estudiante de Psicología de 5to. Año)

REVISIÓN Y APROBACIÓN: Dr. Antonio Aja Díaz. Director del CEDEM.

CONTACTOS

E-mail: aja@cedem.uh.cu Facebook: [@cedem.uh](https://www.facebook.com/cedem.uh) Teléfono: (+537) 202 8261

