



Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

Boletín INFOPOB

Edición Especial COVID-19

#QUEDATEENCASA #CUBAVSCOV
#CEDEMUHVSCOV

No. 3, 27 de mayo de 2020

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

Llegamos a la tercera edición del boletín INFOPOB en tiempos de COVID-19. Esta vez proponemos una mirada detallada al comportamiento de la pandemia en el continente africano y en la región central de Cuba. Pero también queremos reflexionar acerca de las manifestaciones de la edad y el sexo en la epidemia de COVID-19 en el país, y la demografía de poblaciones pequeñas.

Resulta, apenas, una pequeña parte de la labor cotidiana de un colectivo de especialistas e investigadores que también están aportando ciencia para bajar las curvas de la pandemia en el país.

Esperamos que los textos e informaciones sean de utilidad. Síguenos en @cedem.uh

COVID-19 en el mundo: Una mirada al África

La situación de la pandemia en África, desde febrero pasado, ha mantenido a la expectativa a casi todo el orbe. Sin embargo, el anunciado desastre aún no llega. ¿Por qué?

Desde que se reportó el primer caso en África, el 14 de febrero pasado, medios de comunicación en todo el mundo, expertos, gobiernos y hasta la Organización Mundial de la Salud (OMS) han pronosticado una "catástrofe" en el continente.

Sin embargo, hasta ahora¹ sorprende su relativamente baja cifra de muertos, con un saldo muy inferior al de otros continentes o incluso si se compara con una ciudad como Nueva York, que ya ha superado las 20 000 víctimas mortales². Estos números impresionan más si se toma en cuenta que África es el segundo continente más poblado del mundo, con 1 200 millones de habitantes. No obstante, expertos advierten que todavía es muy pronto para cantar victoria: el "desastre inminente" aún no ha ocurrido.

¿Por qué los casos de la COVID-19 son tan bajos en África? El ejemplo de Etiopía es significativo: mantuvo los vuelos con China sin tener *boom* de contagios, su población es muy joven y aplicó medidas de prevención muy pronto.

La primera hipótesis que la ciencia proporcionó fue la del calor, según la cual el virus no resistiría las altas temperaturas. O sea, los africanos no lo están sufriendo ahora, ya que se encuentran en su temporada seca y calurosa. Eso explicaría el bajo número de contagios. Sin embargo, [hay datos que parecen desmentir esta](#)

¹ Se toma como fecha de referencia el viernes 23 de mayo, fecha de cierre editorial para este boletín.

² Ver www.bbc.com.

[hipótesis](#), como la realidad de países del norte de Europa, como Suecia o Dinamarca, donde las temperaturas son más frías que en los cálidos países del sur, como España o Italia, y pese a ello presentan un número de casos menor, tanto en términos relativos, como absolutos. Solo el tiempo les dará o quitará la razón.

Un foco de teorías filorracistas surgió en plena crisis en el norte de Italia, con varios médicos atónitos por el hecho de que a la población negra el virus parecía no afectarles. Gracias a [los avances en el terreno del genoma humano](#) realizados en las últimas décadas, esta preocupación precientífica queda inmediatamente refutada. Además, un simple análisis de la costa este de los EE.UU. muestra lo contrario: [los afroamericanos son el grupo más afectado por el virus](#). Ahora bien, parece ser que la COVID-19 no entiende de color de piel, pero sí de edad y de condición socioeconómica.

Tras consultar con varias clínicas y hospitales de Adís Abeba, casi todas coinciden en un dato revelador: comparando con las cifras del año anterior, fue evidente un claro aumento de casos de gripe en diciembre de 2019 y enero de 2020 (cuando el virus repuntaba en China). Los que defienden esta hipótesis creen que el virus podría haber pasado sin mayor trascendencia. ¿Cómo es posible? Basta recordar que Etiopía, como muchas otras naciones africanas, es un país extremadamente joven: [solo un 3% de la población es mayor de 65 años y casi la mitad es menor de 15 años](#). Todo lo contrario a la insostenible pirámide invertida europea. Según este planteamiento, puede que hubiese un pequeño número de personas que falleciesen meses atrás, pero de gripe, porque allá por enero aún no se sabía muy bien lo que era la COVID-19 y, ahora, los aún pocos casos existentes no serían más que el “eco de una tormenta” que los ha rozado y, por fortuna, ha pasado de largo.

El último supuesto plantea el escenario más pesimista de todos: [la hipótesis de la catástrofe](#). “El león está dormido”, pero se encontraría en la última fase de sueño, a punto de despertar y de desencadenar la hecatombe.

Siguiendo la tendencia de la COVID-19

El 3 de abril, la agencia de noticias *Prensa Latina* informó acerca del crecimiento del contagio con la COVID-19 en África, así como sobre la incertidumbre con los datos. Para esta fecha solo existían cuatro países africanos exentos de infectados: Sao Tomé y Príncipe, Comoras, Lesoto y Sudán del Sur. Expertos de la OMS consideraron que el dato puede ser falso, pues esos países carecen de medios para hacer los exámenes pertinentes.

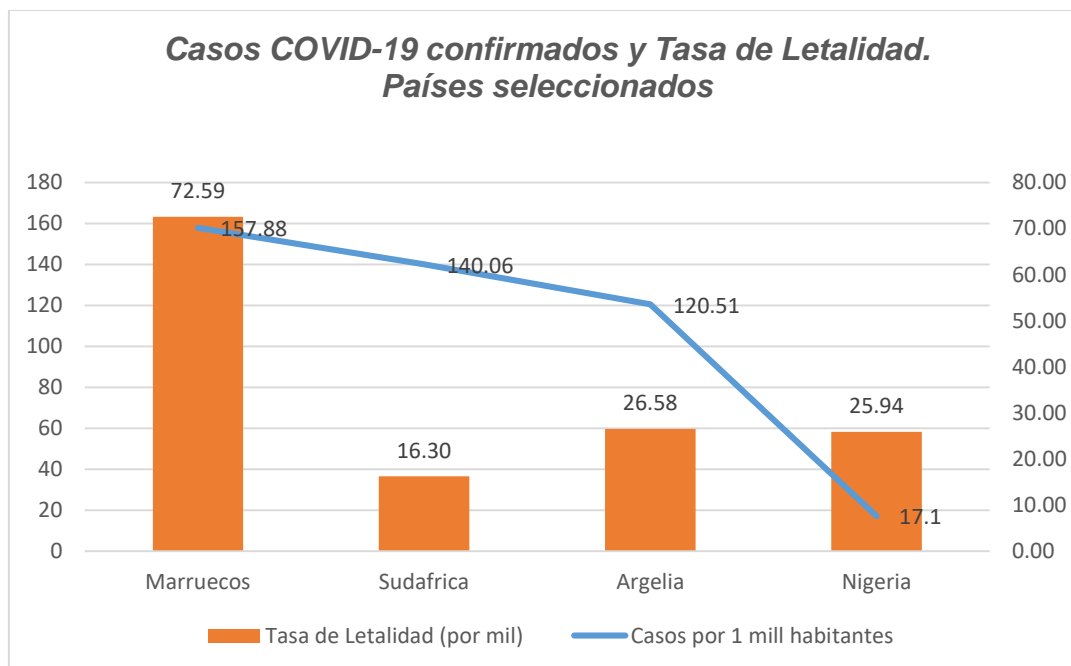
Finalmente, para esa fecha se informaba que el número de casos en el continente ascendía a 7 064 casos confirmados; 290 muertes, 622 curados y unos 50 países con casos. La OMS ha señalado a África como la región de propagación de la COVID-19 más probable en el futuro, debido a que sus sistemas de salud están mucho menos desarrollados.

El jefe de operaciones de emergencia de la OMS en África, Michel Yao, afirmó que los casos de coronavirus podrían crecer allí hasta 10 millones de tres a seis meses, de acuerdo con una proyección tentativa y cambiante, por lo que existe el temor de que los números sigan creciendo y colapsen los servicios de salud, siempre inestables. Atendiendo a esta previsión, en África la COVID-19 podría ser peor que el ébola. Para ese continente podría implicar el mayor reto de salud pública al que se ha enfrentado en los últimos tiempos.

Diversas fuentes coinciden en que las cifras de contagios y decesos en África pudieran ser mayores ya que muchas personas habrían muerto sin recibir atención médica, en un contexto en que son insuficientes los centros hospitalarios y recursos humanos.

Al cierre del 19 de mayo, la Universidad de Johns Hopkins informó que el número de casos confirmados en el continente africano ascendió a 77 726 casos y 2 214 fallecidos. Por otra parte, según reportes del [sitio web STATISTIC](#), hasta el 22 de mayo, Sudáfrica sumaba 8 232 casos confirmados de COVID-19; Egipto, 7 981; Marruecos, 5 661; Argelia, 5 182 y Nigeria, 3 526. Estos países representan el 72,3% de todos los casos confirmados en el continente africano, siendo los países más afectados. A continuación, se muestra el comportamiento de la correlación entre los casos por 1 millón de habitantes y la tasa de letalidad (proporción de personas que contraen una enfermedad y mueren a causa de ella), por países seleccionados, como muestra la figura 1.

Figura 1. COVID-19. Casos confirmados y tasa de letalidad. Países seleccionados.



Fuente: Cálculos realizados a partir de la información suministrada por el [sitio web STATISTIC](#)

Resulta complejo el análisis de la información estadística en el continente africano, sobre todo al establecer correlaciones entre los casos confirmados y fallecidos. Marruecos es el país de mayores casos confirmados por 1 millón de habitantes y tasa de letalidad por cada 1 000 enfermos. Por su parte, Sudáfrica reporta una menor tasa de letalidad, mientras que ocupa el segundo lugar en casos confirmados. Nigeria, con un número de casos confirmados mucho menor que Argelia, reporta una tasa de letalidad similar a la de este último país.

Con la aparición de la pandemia, la mayoría de los Gobiernos cerraron fronteras y restringieron los desplazamientos y contactos entre la población con toques de queda, la imposición del confinamiento o la declaración del estado de emergencia. Sin embargo, las medidas se revelaron difíciles de cumplir en los barrios con mayor densidad de población y en los más empobrecidos, donde mantener la distancia social es imposible y quedarse en casa equivale a morir de hambre, señaló la agencia de noticias *AFP*.

Un artículo del periódico *Granma*, del 20 de mayo, se preguntaba: ¿Cómo enfrentará África el nuevo coronavirus? Se puede esperar una reducción en la disponibilidad de medicamentos para los africanos, así como acrecentar las ya existentes condiciones de insalubridad en algunas regiones. Las gestiones de algunos gobiernos, asociados a los bajos ingresos económicos, imposibilitan la adquisición de las pruebas para el diagnóstico concreto de la COVID-19, implicando una propagación más rápida y un reporte de cifras por debajo de los recuentos³.

La Comisión Económica de las Naciones Unidas para África (Cepa), expresó su preocupación por la imposibilidad de los gobiernos para la importación de alimentos. Las causas están en la pérdida de la mitad del producto interno bruto (PIB) debido a una caída pronunciada de las ganancias por exportación de combustibles de África, una disminución de las inversiones y el flujo en las economías internas, lo que llevará al despido masivo de trabajadores. El director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, expresó que “el mejor consejo para África es prepararse para lo peor y prepararse para ello hoy”.

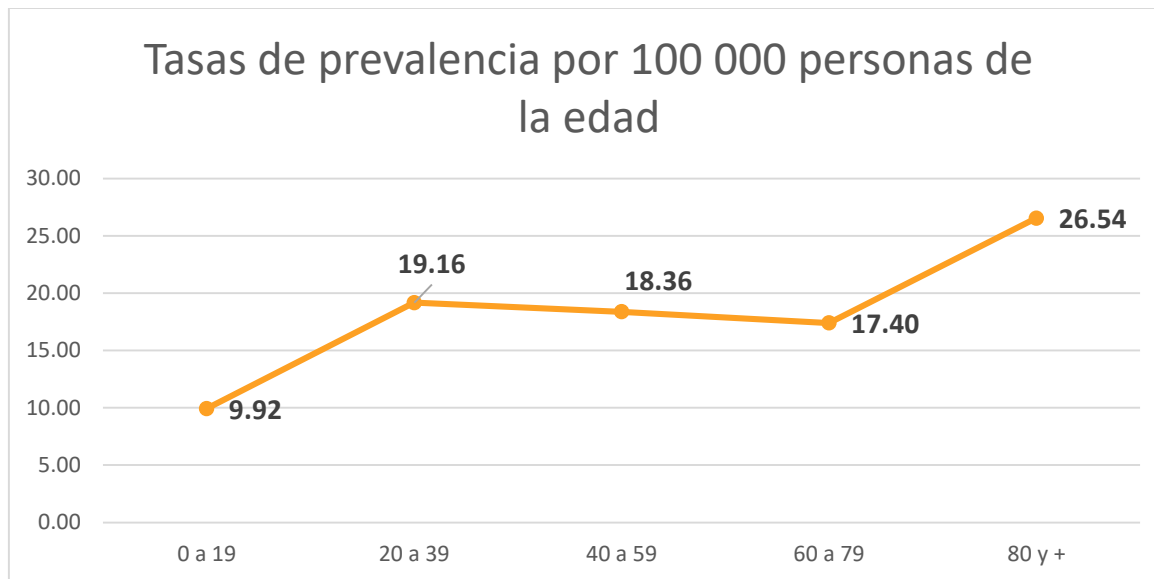
³ El artículo del periódico *Granma* empleó fuentes de la televisora multinacional *Telesur*.

Cuba: el sexo y la edad en la epidemia de COVID-19

Algunas consideraciones sobre las manifestaciones de la edad y el sexo en la epidemia de COVID-19 en nuestro país, a partir del análisis estadístico.

El comportamiento de la epidemia es diferencial respecto al número de casos y a la mortalidad. El número de casos no parece depender del aumento de la edad. La figura 1 muestra como el grupo de 0 a 19 años es el menos infectado, la tasa de prevalencia asciende en el de 20 a 39 y luego desciende ligeramente hasta los 79 años. Los valores más elevados se alcanzan en el grupo de 80 años y más, al parecer por la inmunodepresión propia de las personas de ese grupo de edad (senectud).

Figura 1. Tasas de prevalencia por 100 000 personas de la edad



Fuente: Araujo, R. y Farnós, A., a partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#) (MINSAP).

La mortalidad muestra un comportamiento diferente a la manifestación de casos positivos. En la figura 2 puede observarse como en primer lugar no aparecen fallecidos en el grupo de 0 a 19 años. Posteriormente, comienza a ascender progresivamente la tasa de mortalidad a partir del grupo de 20 a 39 años (solo han fallecido dos casos, uno de 35 y otro de 38 años con comorbilidades asociadas) aumentando progresivamente hasta el grupo de 80 años y más, donde se multiplica a más de 100 veces el valor de la tasa de mortalidad. Obsérvese como la probabilidad de morir es mucho más elevada a partir de los 60 años donde se concentran más del 80% del total de fallecidos.

El comportamiento del número de casos según sexo es semejante, de modo que la probabilidad de enfermar no parece depender del sexo. Sin embargo, en el caso de la mortalidad encontramos diferencias importantes. La figura 3 muestra una importante diferencia de la mortalidad entre hombres y mujeres; los primeros poseen una mayor probabilidad de morir respecto a las mujeres, cuestión que es propia del comportamiento de la mortalidad en general.

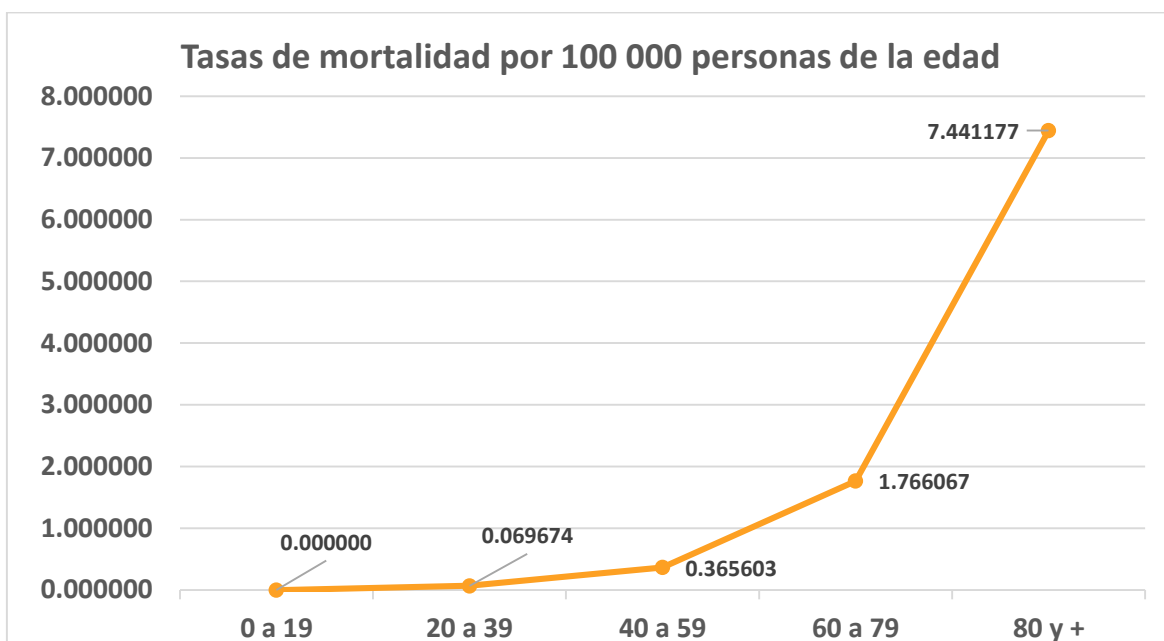
ABC demográfico

En Cuba se están llevando a cabo estudios de seroprevalencia y de prevalencia asociados a la COVID-19. ¿De qué se trata?

Con el estudio de seroprevalencia se busca el grado en que ha circulado el virus en la población, al medir la presencia de anticuerpos generados por el organismo, una vez que es atacado por el patógeno.

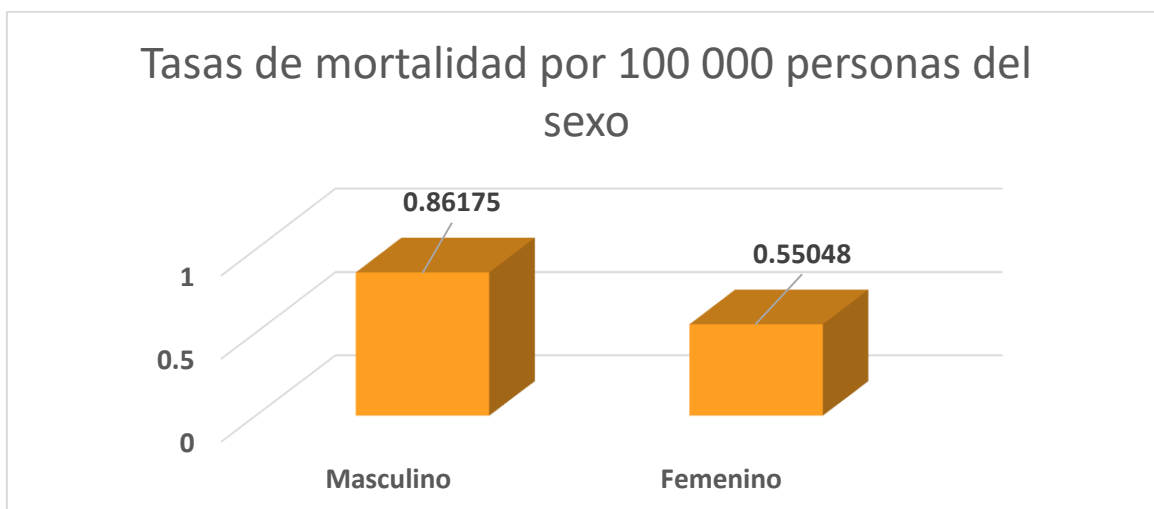
En tanto, el de prevalencia identifica el grado en que los sujetos tienen la enfermedad en el momento de la medición, o la han tenido en los 14 días previos a su aparición en el organismo.

Figura 2. Tasas de mortalidad por 100 000 personas de la edad



Fuente: Araujo, R. y Farnós, A., a partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#) (MINSAP).

Figura 3. Tasas de mortalidad por 100 000 personas del sexo

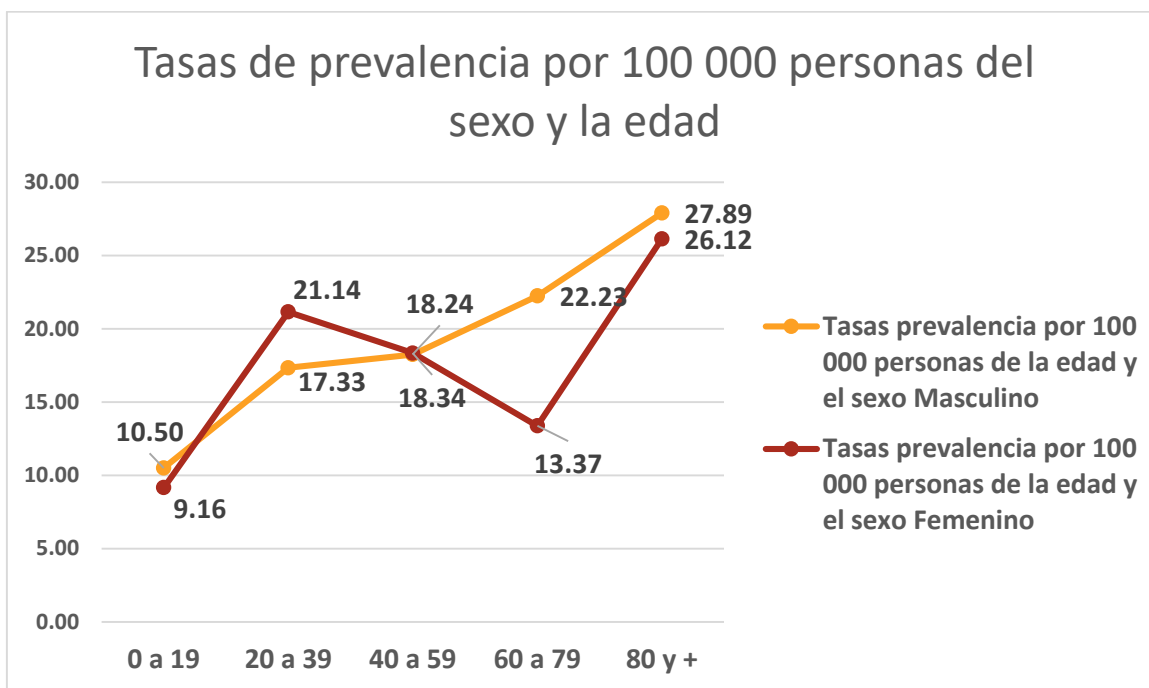


Fuente: Araujo, R. y Farnós, A., a partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#) (MINSAP).

Interesante resulta el comportamiento observado cuando se cruzan las variables edad y sexo. Las tasas de prevalencia oscilan entre hombres y mujeres, a medida que transcurren los grupos de edades. En la figura 4 puede observarse un ligero comportamiento superior de infección del sexo femenino en los grupos de 20 a 59 años, posiblemente motivado porque la doble carga mantiene a las mujeres de esos grupos de edades más dedicadas a las labores de búsqueda del sustento alimentario, donde suelen concentrarse mayor aglomeración de personas, además del peligro que supone el ya conocido papel de la mujer de cuidadora, donde los riesgos de contactos aumentan. Ya a partir de los 60 años, el hombre se infecta más, sobre todo en

el grupo de 60 a 79 años, provocado quizás por el ya mencionado fenómeno de la inmunodepresión en la senectud y la inercia de la protección estrogénica que trae la mujer desde su período fértil.

Figura 4. Tasas prevalencia por 100 000 personas del sexo y la edad



Fuente: Araujo, R. y Farnós, A., a partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#) (MINSAP).

Respecto a la mortalidad, la figura 5 muestra la sobremortalidad masculina para todos los grupos de edades. Obsérvese como los fallecidos en el sexo femenino comienzan a aparecer a partir del grupo de 60 años y más, mientras en los hombres las muertes comienzan a aparecer a partir de los 30 años.

Figura 5. Tasas de mortalidad por 100 000 personas del sexo y la edad



Fuente: Araujo, R. y Farnós, A., a partir de estadísticas oficiales del [Ministerio de Salud Pública](#) (MINSAP).

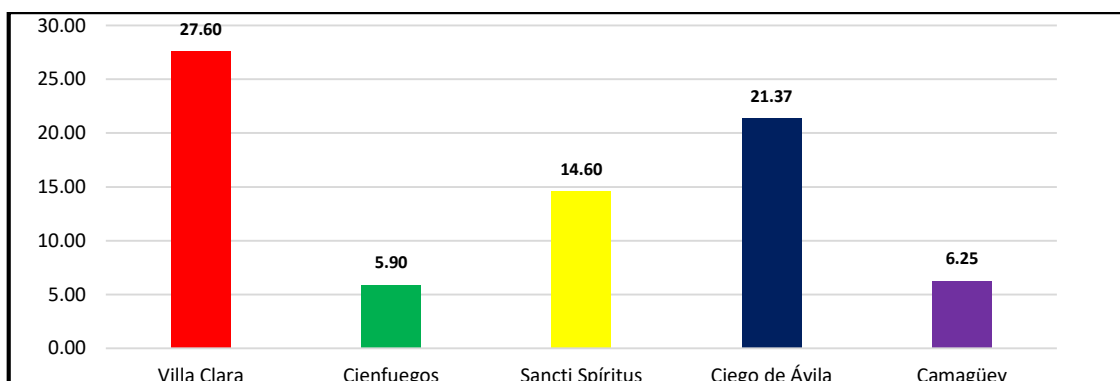
Región central de Cuba: dos territorios por encima de la media nacional

Las tasas de incidencia durante los primeros 20 días del mes de mayo confirman a Villa Clara, seguida de Ciego de Ávila y de Camagüey como las provincias más afectadas en la región⁴.

La región central⁵ presenta el 23,5% de los casos detectados en el país y Villa Clara es la segunda provincia a nivel nacional con mayor cantidad de enfermos (216) y a su vez acumula el 48,1% de casos del total regional.

Las tasas de incidencia por provincias (figura 1) dan cuenta de que Villa Clara es -en la actualidad- la provincia más afectada de la región central de Cuba. Sin embargo, Ciego de Ávila también se encuentra por encima de la media nacional que, hasta la fecha de cierre de este material, reportaba aproximadamente 17 contagiados por cada 100 000 habitantes.

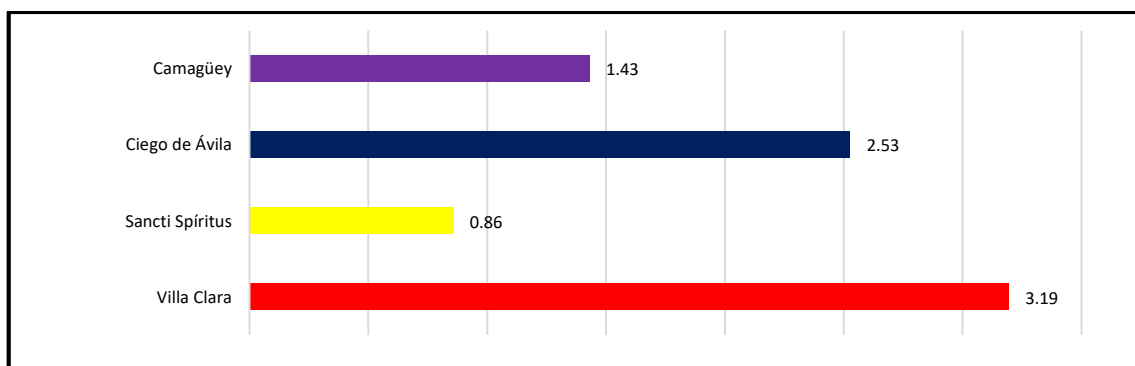
Figura 1. Cuba. Región central. Incidencia acumulada de la COVID-19 según provincias, mayo de 2020. (Tasa x 100 000 habitantes)



Fuente: Orbea, M. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba y de Estudios y Datos de la Población Cubana, 2018.

Las tasas de incidencia según casos confirmados durante los primeros 20 días del mes de mayo (figura 2) demuestran que continúa siendo Villa Clara la que concentra las mayores cifras de la región, seguida de Ciego de Ávila y de Camagüey.

Figura 2. Cuba. Región central. Incidencia de la COVID-19 según provincias, mayo de 2020. (Tasa x 100 000 habitantes)



Fuente: Orbea, M. (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba y de Estudios y Datos de la Población Cubana 2018.

⁴ Tasas de incidencia al cierre del 20 de mayo de 2020.

⁵ La región central de Cuba comprende a las provincias de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y Camagüey.

Un análisis desglosado por los municipios de la región nos permite constatar que -durante el mes de mayo- varios se mantuvieron sin reportar casos positivos a la COVID-19.

- En Villa Clara: 9 de los 13 municipios de la provincia, para un 69%.
- En Sancti Spíritus: 6 de los 8 municipios de la provincia, para un 75%.
- En Ciego de Ávila: 6 de los 10 municipios de la provincia, para un 60%.
- En Camagüey: 10 de los 13 municipios de la provincia, para un 77%.

Es de destacar el caso de la provincia de Cienfuegos que no reportó ningún enfermo en todo el mes; particularmente los municipios de Rodas, Palmira y Abreus no han tenido casos positivos durante todo el período de la COVID-19 en Cuba.

Tabla 1⁶. Cuba. Región central. Municipios con 0 casos positivos a la COVID-19, mayo de 2020.

VILLA CLARA	SANCTI SPÍRITUS	CIEGO DE ÁVILA	CAMAGÜEY
Quemado de Güines	Yaguajay	Chambas	Carlos Manuel de Céspedes
Sagua la Grande	Jatibonico	Primero de Enero	Esmeralda
Encrucijada	Cabaiguán	Ciro Redondo	Sierra de Cubitas
Caibarién	Fomento	Florencia	Minas
Remedios	Trinidad	Majagua	Guáimaro
Placetas	La Sierpe	Baraguá	Sibanicú
Cifuentes			Vertientes
Santo Domingo			Jimaguayú
Manicaragua			Najasa
			Santa Cruz del Sur

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

Según provincias, los municipios que mayores incrementos han tenido durante el mes son: Ranchuelo (Villa Clara), Taguasco (Sancti Spíritus), Bolivia (Ciego de Ávila) y Florida (Camagüey). Otros municipios de interés por sus cifras son Camagüey y Santa Clara, este último con el mayor número de casos confirmados en el país (135), para un 7,1% del total de casos (tabla 2).

⁶ Los municipios resaltados en rojo se mantienen con 0 casos desde la entrada de la COVID-19 en Cuba.

Tabla 2. Cuba. Región central. Diferencias en la incidencia de la COVID-19 por provincias y municipios, del 1ro de mayo de 2020 al 20 de mayo de 2020. (Tasas x 100 000 habitantes)



Provincias	Tasa de incidencia (al 1ro de mayo de 2020)	Tasa de incidencia (al 20 de mayo de 2020)	Diferencia
VILLA CLARA	24.54	27.60	3.07
Corralillo	11.67	15.56	3.89
Camajuaní	40.46	42.15	1.69
Santa Clara	47.94	54.85	6.91
Ranchuelo	3.77	13.18	9.42
SANCTI SPÍRITUS	13.74	14.60	0.86
Taguasco	47.20	53.10	5.90
Sancti Spíritus	4.20	5.61	1.40
CIEGO DE ÁVILA	19.31	21.37	2.07
Morón	28.61	32.90	4.29
Bolivia	6.43	12.87	6.43
Ciego de Ávila	10.97	13.55	2.58
Venezuela	64.34	68.13	3.78
CAMAGÜEY	4.81	6.25	1.43
Nuevitas	4.89	6.52	1.63
Camagüey	7.86	10.28	2.42
Florida	7.05	9.87	2.82

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

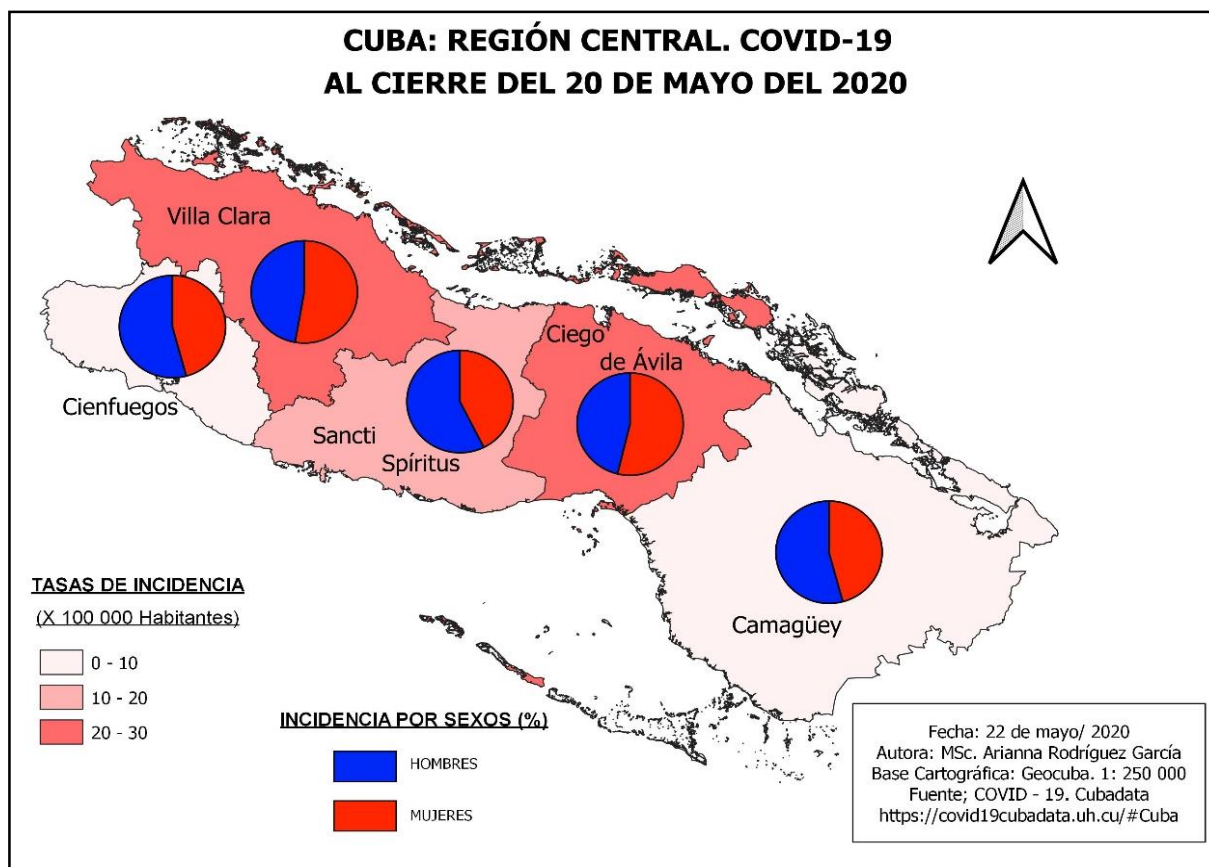
Composición por sexo y edad⁷

La composición por sexo de la población diagnosticada con la COVID-19 en la región central está bastante equilibrada, pues los hombres representan el 49,9% del total y las mujeres el 50,1%. Por territorios, se aprecia que en las provincias de Cienfuegos, Sancti Spíritus y Camagüey predomina el sexo masculino, con valores por

⁷ Al 20 de mayo de 2020

encima de 54,0% y resalta el territorio espirituario con un 57,7% del total de enfermos. Como se puede observar en la figura 3, en las provincias de Villa Clara y Ciego de Ávila existe un predominio de mujeres que resultaron positivas a la enfermedad, contrario a lo que sucede en los totales acumulados del territorio nacional.

Figura 3. Cuba. Región central. Tasas de incidencia y composición por sexo de la COVID-19 al 20 de mayo de 2020

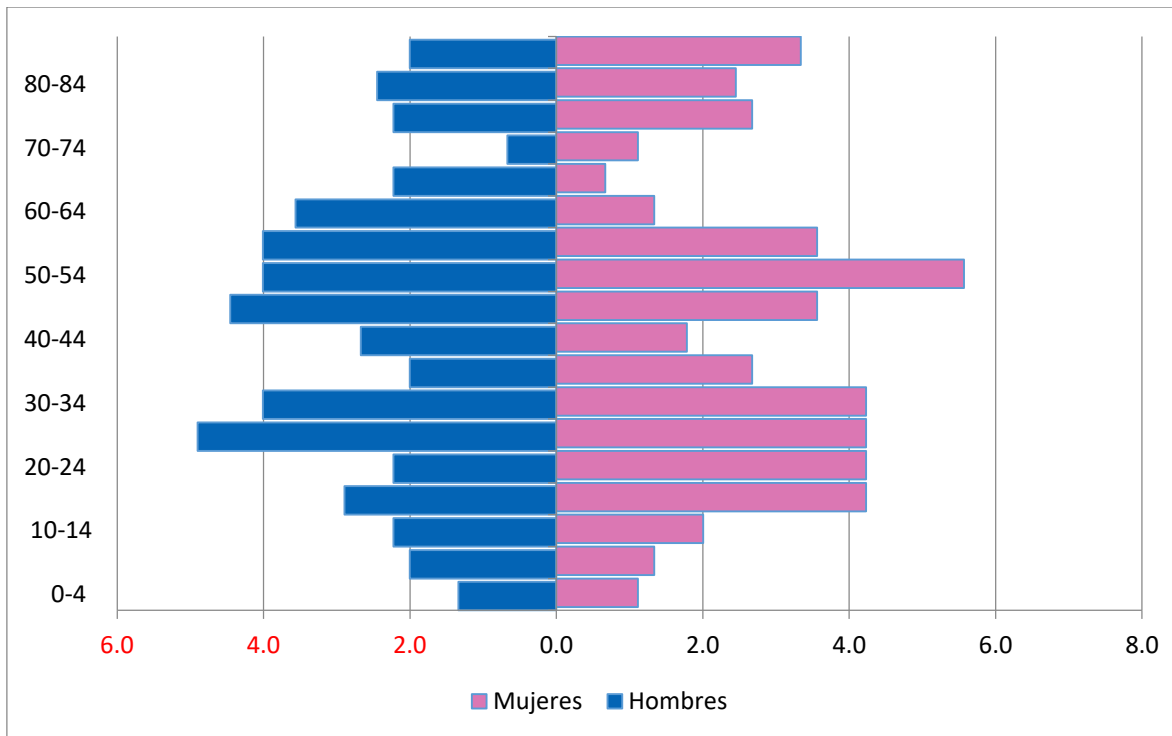


Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de las estadísticas del tablero [COVID19 Cuba Data](#).

La figura 4 muestra la composición por sexo y grupos de edades de la población diagnosticada con la COVID-19 en la región central de Cuba. Se aprecia que el mayor número de confirmados se encuentra en el grupo de edad de 50-59 años, con un 17,1% del total de confirmados, comportamiento observado también en la región occidental y en el total nacional. Al analizar la composición por sexo, según grupos de edades, se aprecia una ligera mayoría de mujeres en los grupos de 20-29 y de 50-59 años. Las personas con 60 años y más representan el 24,7% del total de enfermos. Destaca el caso de Villa Clara, con un 31,9% de personas infectadas mayores de 60 años, es decir, cerca de un tercio de los enfermos pertenece a este grupo de edad.

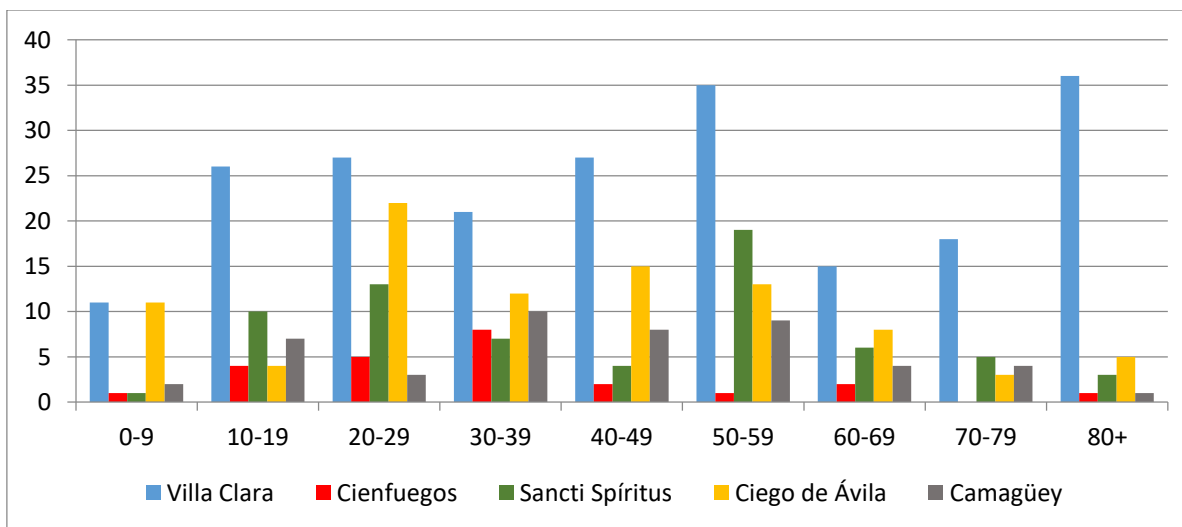
Un análisis por rango de edades permite apreciar que en Ciego de Ávila los mayores porcentajes de personas infectadas se encuentran en el rango etario de 20-29 años; en Cienfuegos y Camagüey se encuentran en el grupo de 30-39 años y, en Sancti Spiritus, en el de 50-59 años. Mientras, en la provincia Villa Clara el mayor valor relativo de casos confirmados con la COVID-19 le corresponde al grupo de más de 80 años (como se aprecia en la figura 5). En esta cuantía influyó el evento ocurrido en el Hogar de Ancianos No. 3 del municipio de Santa Clara.

Figura 4. Cuba. Región central. Pirámide de población de los confirmados con la enfermedad al 20 de mayo de 2020



Fuente: Mora, A. (2020). A partir de las estadísticas del tablero [COVID19 Cuba Data](#).

Figura 5: Cuba. Región central. Estructura por edades de los confirmados con la enfermedad al 20 de mayo de 2020



Fuente: Mora, A. (2020). A partir de las estadísticas del tablero [COVID19 Cuba Data](#).

Isla de la Juventud: Análisis para poblaciones pequeñas

Un campo poco abordado en la demografía es el análisis de las áreas con poblaciones pequeñas. Este enfoque coloca elementos importantes en el debate relacionados con el tamaño de los territorios, de las poblaciones y de los eventos.

Como ya es conocido en Cuba, la pandemia de COVID-19 no ha afectado de la misma manera a todos los territorios del país. Inicialmente las cifras solían mostrarse en términos absolutos, lo cual no indica directamente la incidencia, pues la cantidad absoluta puede estar relacionada con la cantidad total de personas que residen o se encuentran en un lugar. En este sentido, en el país se comenzaron a relativizar las cifras y a mostrar tasas de incidencia por cada 100 000 habitantes, lo que aportó un panorama más adecuado de lo que estaba pasando en cada provincia, en función de su población total.

Siguiendo esa línea queremos realizar algunas reflexiones acerca de los números y su interpretación en términos demográficos, especialmente enfocado en el caso de la Isla de la Juventud, territorio que, efectivamente, ha tenido una alta incidencia de la COVID-19, pero en términos de población tiene características de municipio, y está siendo comparado regularmente con provincias.

Un campo que no ha sido muy abordado en la demografía, y que ahora está tomando mayor importancia, es el de las poblaciones pequeñas. Este enfoque coloca elementos importantes en el debate, relacionados con el tamaño de los territorios, de las poblaciones y de los eventos. Siguiendo la ley de los grandes números y de las probabilidades, cuanto menor sea el número de población y menores sean los eventos, mayores serán las fluctuaciones que sufrirán los indicadores con cualquier movimiento en las cifras.

Atendiendo a las tasas por cada 100 000 habitantes, los tres primeros lugares en el país, en términos de incidencia, son: Isla de la Juventud, La Habana y Villa Clara.

El primer detalle a anotar es que esto supone que por cada 100 000 habitantes existe X número de personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad. Sin embargo, en el caso de la Isla de la Juventud, su población total asciende a 83 907 habitantes, según el último Anuario Demográfico publicado por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), con datos de 2018. Es decir, este territorio no tiene 100 000 habitantes. La segunda provincia con menor número de habitantes en el país es Mayabeque, con 382 931, o sea, más de 4 veces la población de la Isla de la Juventud.

Al analizar la incidencia en la Isla de la Juventud se constata que realmente cuando se calcula la tasa, la proporción o cualquier indicador con las cifras reales, el impacto de la pandemia ha sido elevado. La importancia del fenómeno no debe ser minimizada. Sin embargo, se debe llamar la atención sobre las variaciones que pueden provocar pequeños aumentos en las cifras de infectados, además de que es un territorio con una población mucho menor a la del resto de las provincias analizadas, lo cual incide en el cálculo de sus indicadores.

Solo para mostrar esta realidad se realizó un ejercicio donde se aumenta un caso positivo a cada una de las provincias, y al municipio especial de la Isla de la Juventud, y se analiza la variación en la tasa por cada 10 000 habitantes (se tomó 10 000 para ajustar a la población de la Isla de la Juventud que no alcanza los 100 000 habitantes). Con los datos recogidos hasta el 20 de mayo se obtuvieron los resultados que muestra la tabla 1.

Tabla 1. Cuba y sus territorios. Variación en la Tasa de incidencia por cada 10 000 habitantes

Territorio	Casos Positivos	Tasa por cada 10 000 habitantes	Aumento en 1 caso	Tasa por cada 10 000 habitantes con un caso más	Proporción en el aumento en la tasa
La Habana	908	4.26	909	4.27	0.11
Villa Clara	216	2.76	217	2.77	0.46
Matanzas	181	2.54	182	2.55	0.55
Ciego de Ávila	93	2.14	94	2.16	1.08
Holguín	92	0.89	93	0.90	1.09
Sancti Spíritus	68	1.46	69	1.48	1.47
Pinar del Río	52	0.89	53	0.90	1.92
Santiago de Cuba	49	0.47	50	0.48	2.04
Mayabeque	48	1.25	49	1.28	2.08
Camagüey	48	0.62	49	0.64	2.08
Isla de la Juventud	42	5.01	43	5.12	2.38
Artemisa	33	0.65	34	0.67	3.03
Cienfuegos	24	0.59	25	0.61	4.17
Las Tunas	17	0.32	18	0.34	5.88
Guantánamo	17	0.33	18	0.35	5.88
Granma	12	0.15	13	0.16	8.33
Cuba	1900	1.69	1901	1.69	0.05

Fuente: Rodríguez Javiqué, D. (2020). Elaboración propia a partir de los datos del [MINSAP](#) y la ONEI.⁸

Las provincias y el municipio especial están organizados de mayor a menor, atendiendo al número de casos, con el objetivo de que se pueda observar mejor el fenómeno que se explica. La última columna está referida a cuánto aumenta la tasa si se incrementa un caso positivo en cada territorio. Si seguimos la secuencia, podemos comprobar que mientras menor es el número de casos registrados, mayor es el aumento y, por tanto, mayor la fluctuación en la tasa.

La menor diferencia se observa en el caso de Cuba, donde obviamente se registran los mayores números: al aumentar un caso, la tasa solo sufre un aumento del 0.05%. En el caso de las provincias, se pasa de un aumento del 0.11% en La Habana (que registra la mayor población y el mayor número de casos) a un aumento del 8.33% en Granma, que es la provincia que menor cantidad de casos ha registrado. Esto evidencia cómo al trabajar con pequeños números las fluctuaciones son mayores, fluctuaciones que a su vez resultan aleatorias, si se interpretan en términos numéricos.

Con este análisis no se pretende, como ya se ha dicho, restar importancia al fenómeno en ninguno de los territorios. El objetivo es llamar la atención al trabajo con pequeños números, especialmente en función de las comparaciones y del trazado de tendencias.

Personas mayores y pandemia: ¡No al viejismo!

Las personas mayores siguen teniendo alta vulnerabilidad y riesgo para la vida frente a la COVID-19.

Como sabemos, ante la pandemia de la COVID-19, las personas mayores fueron declaradas población de máxima vulnerabilidad. Tal y como se ha reiterado, esto se debe a la disminución de sus sistemas inmunológicos, además de la existencia más frecuente en estas edades de enfermedades de carácter no

⁸ Se utilizó la población media del 2018, que es la última que aparece publicada en el Anuario Demográfico 2019. Si no existe coincidencia exacta con las tasas oficiales podría ser que no se está utilizando la misma población en el denominador. Sin embargo, para los efectos del presente trabajo se consideró que se podría utilizar la última cifra de población publicada.

trasmisible como la diabetes y la hipertensión, las cardiovasculares u otras. Todo ello determina factores de comorbilidad que acrecientan complicaciones graves en situaciones de contagio lo cual, de hecho, es demostrado en las estadísticas por países y sobre la letalidad. En otras palabras, de contagiarse este sector de la población, es el que mayor número de fallecidos aporta. En tal sentido, los mayores han sido -y siguen siendo- de alta vulnerabilidad en riesgo para la vida y, por tanto, los primeros llamados al denominado aislamiento social.

De alto riesgo para la vida, además, han sido las graves violaciones de los derechos humanos cuando países, ante el colapso de sus sistemas sanitarios o del llamado “dilema de la última cama”, han determinado descartar a las personas mayores por ser menos recuperables, y correspondiente con ello, importantes instituciones internacionales han publicado declaraciones de reclamos ante semejante decisión.

Ahora bien, en el transcurso de este proceso de la pandemia, ha ido apareciendo una segunda vulnerabilidad en la población adulta mayor. Ya no vulnerabilidad con riesgo para la vida, pero sí con riesgo para la autonomía. En un terreno aún minado de gerofobia, y en proceso de construcción de entornos amigables y de cuerpos conceptuales que describan las peculiaridades del cambio generacional, aparece el factor de protección del *Quédate en Casa*, bien intencionado, pero mal manejado por muchas familias, especialistas y comunicadores.

Se ha retornado al uso de la necesidad de cuidar a “los abuelitos”, se imponen rutinas y custodias por parte de muchas familias a las personas mayores sin contar con ellas, se les tiende a infantilizar e, inclusive, en otros países se toman medidas de restricciones exclusivas y dirigidas a este sector poblacional.

Con tal motivo, el gremio de gerontólogos latinoamericanos, en su perspectiva multi e interdisciplinaria y también las asociaciones de mayores a nivel mundial y regional, se colocan hoy a la vanguardia de preservar los logros en el camino de esa nueva cultura gerontológica deseada y aún en construcción, libre de discriminación, exclusión y paternalismo.

¡No al viejismo! constituye una esencia de campañas que ya hoy acompañan el transcurso de la pandemia y, muy especialmente, durante el proceso de desconfinamiento que va comenzando a producirse en la región y fuera de ella.

Aprovechemos este periodo de visibilidad de las personas mayores desde la vocación de protección de la vida para también promover su capacidad de decisión consciente y voluntaria de asumir el aislamiento, por cierto, nunca social, y menos aún emocional. Es menester que todos los científicos sociales nos llamemos a una plataforma que continúe trabajando por la persona mayor como sujeto de derechos y deberes, desde lo diverso y lo inclusivo, como parte de la trama social del país.

Fuentes de información empleadas para todos los análisis:

- <https://salud.msp.gob.cu>
- www.cubadebate.cu
- www.es.statistic.com/estadisticas
- www.prensa-latina.cu
- <https://www.paho.org/es>
- <https://www.cepal.org>
- <http://covid19cubadata.uh.cu>

Invitación:

*El Centro de Estudios Demográficos se complace en invitarlo a colaborar y publicar sus resultados de investigación en la **Revista Novedades en Población**.*

Las propuestas de trabajos podrán ser enviadas a: yanniscamila@cedem.uh.cu / matilde@cedem.uh.cu

Para profundizar: COVID-19 y demografía

INFOPOB pone a su disposición otros recursos informativos para seguir el curso de la pandemia desde un enfoque sociodemográfico.

Prevención y tratamiento de la COVID-19 en la población desde una perspectiva familiar y comunitaria

Es fundamental conocer la especificidad de este proceso en la población infantil, así como las recomendaciones específicas para una adecuada prevención y cuidado de los niños durante la pandemia por la COVID-19. Este artículo tiene como objetivo analizar la evidencia científica sobre las recomendaciones específicas para la atención pediátrica desde el ámbito familiar y comunitario.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303016/pdf?md5=f996d3560d871293aa8dd3d287ba2a03&pid=1-s2.0-S1130862120303016-main.pdf>

Distribución temporal, geográfica y por población de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19) desde el 20 de enero hasta el 10 de febrero del 2020, en China

Desde diciembre del 2019 se está detectando en el mundo un incremento de casos de una nueva enfermedad causada por el coronavirus 2019 (COVID-19). El objetivo de este artículo es proporcionar recomendaciones científicas para la prevención y el control de la COVID-19 en todo el mundo.

Se han recopilado características demográficas generales, antecedentes epidemiológicos y síntomas clínicos de la COVID-19 recogidos en los sitios web de múltiples Comisiones Municipales de Salud en China. Aquí describimos las distribuciones temporales, geográficas y de población de la COVID-19.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301077/pdf?md5=0f0b10f2de5c5259800b91a180af65c4&pid=1-s2.0-S0014256520301077-main.pdf>

Vulnerabilidad a formas graves de COVID-19: una análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil / Vulnerabilidad socioespacial y formas graves de COVID-19: un análisis intramunicipal en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil

Ante la pandemia de la COVID-19, y la escasez de instrumentos para orientar las acciones de vigilancia, control y asistencia a las personas infectadas, el objetivo de este artículo persigue resaltar las áreas de mayor vulnerabilidad, donde se producen los casos graves de la enfermedad en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, caracterizada por una gran heterogeneidad socioespacial. Para el establecimiento de esas áreas se elaboró un índice de vulnerabilidad con los casos graves de COVID-19, a partir de la creación, ponderación e integración de tres planos de información: el de densidad intradomiciliar media, el de densidad de personas con 60 años o más (ambas por sector de censo), y la incidencia de tuberculosis por barrios en el año 2018.

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000506001&lang=es

Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España

En marzo de 2020, el virus SARS-CoV-2 procedente de China ha llegado a España y desde el 14 de marzo se ha declarado el estado de alarma en todo el Estado español, llevando al confinamiento a toda la población. La presente investigación se contextualiza en la Comunidad Autónoma Vasca (situada al norte de España). Se han analizado los niveles de estrés, ansiedad y depresión a la llegada del virus y se han estudiado los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento. Los resultados demuestran que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>

Educación en Población: ¡Multiplica los mensajes!

La población adulta mayor es la más vulnerable ante la COVID-19. Ahora que casi toda la familia está en casa, su tarea es cuidarse. Cuando el confinamiento pase, su aporte será imprescindible.

#CuidateParaSerÚtil

- Lleve un estilo de vida saludable para ayudar a su sistema inmunológico: una alimentación ordenada y en lo posible equilibrada, suficientes horas de sueño (una infusión relajante antes de dormir puede ser de ayuda).
- Manténgase en actividad: No pase largos ratos en la cama o frente al televisor. Camine dentro de casa o haga algún ejercicio moderado.
- Pida ayuda a sus familiares o vecinos para garantizar los medicamentos que necesite.
- Use calzado cómodo y que no resbale: evite las caídas dentro de la casa.
- Si posee alguna habilidad manual o pasatiempo, este es el momento de reencontrarlos y desarrollarlos.
- Escuche música.
- Hable por teléfono con sus seres queridos.
- Si convive con familiares, no se aísle dentro de la casa.

Próximamente será convocado por el CITMA el Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación: “Las Ciencias Sociales y las humanidades. Desafíos ante la estrategia de desarrollo de la sociedad cubana”.

No pierda la oportunidad de contribuir al perfeccionamiento del proyecto económico, político y social cubano, enviando sus propuestas al programa.

EQUIPO DE REALIZACIÓN:

MSc. Arianna Rodríguez García (Coordinadora).

Dra. Matilde Molina Cintra / Dra. Otilia Barros Díaz / Dra. Daylín Rodríguez Javiqué / Dr. Rafael Araujo González / Dr. Alfonso Farnós Morejón / MSc. Marbelis Orbea López / MSc. Arelis Mora / Dra. Dixie Edith Trinquete / MSc. Yoannis Puente / Lic. Juliette Fernández / MSc. Ailyn Martín Pastrana.

Con la colaboración de: Teresa Orosa Fraíz, Presidenta Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana y de la Sección Psicogerontología de Sociedad Cubana de Psicología.

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

