



Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

Boletín INFOPOB

Edición Especial COVID-19

#QUEDATEENCASA #CUBAVSCOVID
#CEDEMUHVSCOVID

No. 10, 10 de septiembre de 2020

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

Esta entrega del INFOPOB en tiempos de COVID-19 llega en un momento en que los contagios vuelven a crecer en el país, en provincias como Artemisa, Villa Clara, Matanzas, Pinar del Río y más recientemente Ciego de Ávila, con una muy compleja situación, aunque La Habana continúa concentrando la mayoría de los casos activos. Se realizan grandes esfuerzos para contener eventos y focos de transmisión. En esta edición estaremos mirando con lupa la situación de Artemisa, las poblaciones más jóvenes y las personas asintomáticas. Igual, reflexionaremos sobre la familia y la migración en el contexto de la pandemia

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

Síguenos en @cedem.uh

Sumario

[COVID-19 en Cuba: Las edades se desplazan](#)

[Artemisa: Territorio en rebrote](#)

[Una mirada demográfica a los pacientes asintomáticos positivos a la COVID-19 en Cuba](#)

[Familia y migraciones: experiencias para el bienestar psicológico](#)

COVID-19 en Cuba: Las edades se desplazan

El corrimiento de la edad en la infección por SARS-CoV-2 en el país. Una mirada al grupo de 15-29 años.

Hasta el 5 de septiembre de 2020, el mundo reportaba un total de 26 941 918 personas contagiadas por SARS-CoV-2, de ellas 881 295 fallecidas¹. La región de las Américas es hoy el epicentro de esta pandemia, con Estados Unidos y Brasil como los países más afectados.

Resulta evidente que el perfil de los casos en todo el mundo ha ido cambiado, en la medida en que fue evolucionando la pandemia y se aproximó la temporada veraniega: la media de la edad de los casos ha disminuido con relación al inicio de la COVID-19. Así lo han confirmado los datos y las autoridades sanitarias y se divulga en artículos periodísticos que siguen el comportamiento de esta contagiosa y persistente enfermedad.

"La pandemia está cambiando ... Y las personas de 20, 30 y 40 años están ahora impulsando con más frecuencia la propagación... Muchos de ellos sin saber que están contagiados", declaró Takeshi Kasai, director regional para el Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud (OMS)².

Según el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que analiza la situación desde el 10 de mayo, de los nuevos contagios que se han detectado en España a partir de esa fecha, el tramo de edad con mayor número de afectados se concentra entre

¹Worldometers, 2020. Worldometers. COVID-19 Coronavirus Pandemic. [Online] Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> [Accessed 5 9 2020].

² BBC News Mundo (2020). BBC News Mundo. [Online] Available at: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53822037> [Accessed 5 septiembre 2020].

los 15 y los 29 años. Le sigue de cerca la población entre 40 y 49 años, y entre los 30 y 39 años³. **Cuba no es la excepción**, también la media de edad de la población contagiada con la COVID-19, ha disminuido, como se puede constatar en la tabla 1.

Si se analizan las medidas de tendencia central de la edad de los casos positivos, se evidencia que la media de la edad, desde comienzo de la pandemia en Cuba hasta el 2 de julio (últimos casos diagnosticados antes de pasar la última

Tabla 1: Medidas de tendencia central para la Edad.
Tres períodos de tiempo, del 11 de marzo al 2 de septiembre

Período	11/3 al 2/9	11/3 al 2/7	3/7 al 2/9
Casos	4214	2361	1853
Media	42,49	44,08	40,47
Mediana	43,00	45,00	40,00
Moda	57	52	32
Mínimo	1	1	1
Máximo	101	101	97

Fuente: Molina M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#).

provincia, La Habana, a la fase 1), era de aproximadamente 44 años. Este valor, después del 3 de julio y hasta el inicio de septiembre, es de aproximadamente 40 años. Se constata un rejuvenecimiento del perfil de los enfermos de 4 años menos en el segundo período, es decir, en el rebrote acontecido en los meses de julio y agosto. De manera que la media actual de la COVID-19 en Cuba hasta el 2 de septiembre es de 42,5 años de edad.

Se muestra, además, en la tabla, que el 50% de los enfermos al 2 de septiembre tienen 40 años de edad, mientras al 2 de julio esta misma proporción de casos tenían 45 años. Al explorar la edad que más se repetía en estos dos períodos de la evolución de la pandemia, existe una diferencia de 20 años. De 52 años el 2 de julio, descendió a 32 años a inicios de septiembre.

Las edades extremas de contagio se mantienen sin grandes diferencias entre los mismos grupos de edad, lo cual se puede observar también en la tabla 1.

Este descenso de la edad en el comportamiento de la epidemia tiene sus particularidades, para ello vale preguntarse cuáles son los grupos que están protagonizando esta caída o rejuvenecimiento del perfil de la COVID-19 en Cuba.

Antes es necesario hacer algunas **precisiones teóricas y metodológicas relacionadas con las edades**. Existen diferentes enfoques para definir los grupos etarios, desde lo biológico, psicológico, sociológico, demográfico, entre otros. También desde diferentes dimensiones: evolutivas, epidemiológicas, generacionales, culturales, económicas, etc. Establecer los límites para una periodización del desarrollo humano no ha sido fácil y se asumen criterios dependiendo de las ciencias del conocimiento, situación y condiciones estructurales y culturales de las sociedades; pero sí hay un consenso en la existencia de diferentes etapas, más allá de los límites que la definan. A partir de aquí se identifica la edad de la niñez o infancia (en la COVID-19 se asume el concepto de edad pediátrica para infantes de 0 a 17 años, declarado por la UNICEF en la Convención Internacional de los Derechos de las Niñas y los Niños), la adolescencia, la juventud, la adultez media y las personas mayores.

A partir de estas precisiones, cómo podríamos definir la edad de la juventud. El manejo de la edad, para definir la juventud, es flexible y se dan diferencias entre los países, incluso en América Latina se asumen distintos intervalos. En el marco de la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) se aceptó por consenso el rango de 14 a 30 años y se distinguen tres subgrupos a su interior. Según las notables diferencias entre esas edades, se considera: *juventud temprana* (de 14 a 17 años), *juventud media* (de 18 a 24 años) y *juventud madura o tardía* (de 25 a 30 años)⁴. Este es el espacio cronológico que asumimos para esta reflexión, con la peculiaridad de que el límite se establece a los 29 años como terminación de un periodo quinquenal, que para la demografía responde a un aspecto operacional al contener, cada grupo, cinco edades partiendo del CERO.

Según CELADE, división de población de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) el criterio más simple, para identificar la población joven es la edad, puesto que su medición no entraña mayores problemas de confiabilidad y es una variable investigada por la gran mayoría de las fuentes disponibles de recolección periódica de datos. Sin embargo, el empleo de la edad como definición operacional no resuelve el problema de fondo, sino que lo desplaza a la determinación de los límites etarios más apropiados para aprehender la “esencia”

³ Pozo, C. (2020). TVE. [Online] Available at: <https://www.rtve.es/noticias/20200721/jovenes-sanos-asintomaticos-nuevo-perfil-contagiado-coronavirus/2030741.shtml> [Accessed 21 julio 2020].

⁴ CEDEM (2016). *Juventud cubana, una mirada desde la Demografía*. 2da ed. La Habana: Editorial CEDEM.

del fenómeno de la juventud... A su vez, la cota superior se identifica —hechas todas las salvedades antes mencionadas— con el momento en que los individuos llegan —en diversas circunstancias específicas y con ritmos diversos en cada esfera particular— al cierre del ciclo educativo formal, enfrentando el ingreso al mercado de trabajo y la formación de un hogar propio, con lo que pasan a la categoría de adultos⁵.

Un aspecto importante que aporta la psicología a la periodización del desarrollo psicológico, desde el enfoque histórico cultural, es el concepto de edad psicológica, donde se precisa comprender el desarrollo como un proceso que no ocurre de manera automática, ni determinado fatalmente por la maduración del organismo⁶. Se aporta a la comprensión de los comportamientos, aunque no siempre existe correspondencia entre la edad cronológica y la edad psicológica.

Composición de la juventud cubana

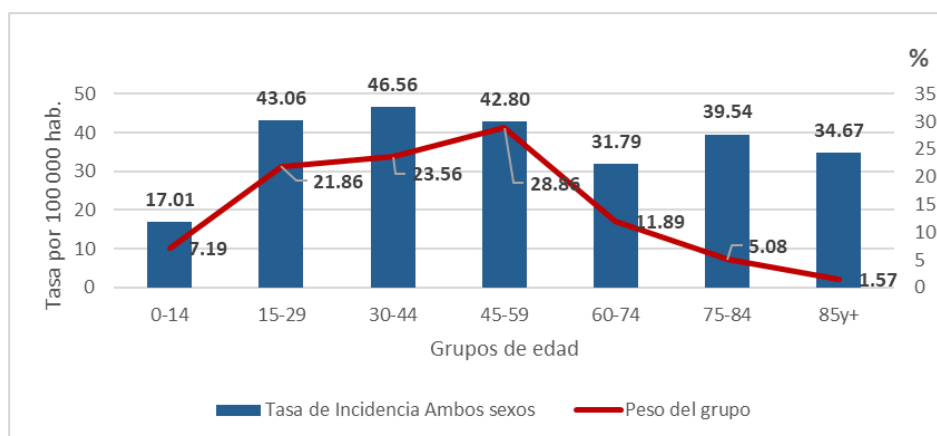
Teniendo en cuenta la heterogeneidad de la juventud, es importante conocer que ella representa el 18,88% de la población. O sea, aproximadamente una quinta parte de la población cubana pertenece a este grupo de edad, entre 15 y 29 años, donde, además, hay más hombres que mujeres, con un diferencial del 3%. En esta etapa una gran parte de los jóvenes aún permanece estudiando, otros se han insertado en su vida laboral, otros se encuentran buscando trabajo y una parte menor no están insertados socialmente, ni al estudio ni al trabajo. Una parte de ellos puede tener entre sus proyectos la formación de una familia, mientras otros ya la han formado. Las condiciones de vida para los jóvenes también son diversas y forman parte de todo el contexto en que se desarrolla su vida.

Volviendo al descenso de la edad en el contagio por el virus SARS-CoV-2, existen datos que nos pueden ubicar en el comportamiento de los diferentes grupos de edades durante este periodo de la COVID-19 en Cuba, particularizando en los jóvenes.

Al analizar las tasas de incidencia de los grupos poblacionales los datos muestran (figura 1) que, desde el comienzo de la enfermedad el 11 de marzo, hasta el 2 de septiembre, el grupo de mayor tasa de incidencia es el de 30-44 años, seguido por el de los jóvenes (15-29 años) y, en tercer lugar, el grupo de 45-59 años. La tasa de incidencia del grupo de 15 a 29 años es aproximadamente de 43 por 100 000, es decir, se enferman 43 jóvenes por cada 100 000 habitantes de este grupo de edad.

Cuando se caracteriza por la edad a las personas enfermas por COVID-19 se muestra que el 28,86% pertenecen al grupo de 45-59 años; el 23,56%, al grupo de 30-44 años y una proporción cercana a la quinta parte de los enfermos corresponden al grupo de 15-29 años (21,86%). Hasta la actualidad se constata el desplazamiento de la pandemia hacia las edades menores de 60 años.

Figura 1: Tasa de incidencia de la COVID-19 y distribución de los grupos según frecuencia relativa (11 de marzo-2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

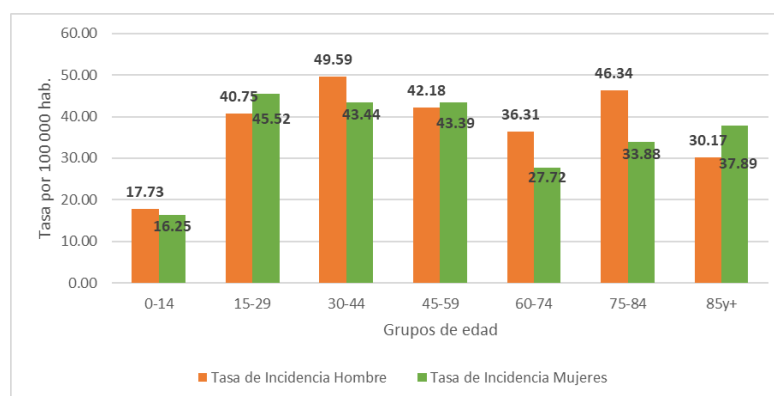
⁵ CEPAL, 2000. Juventud, población y desarrollo en América latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos. Primera ed. Santiago de Chile: CEPAL.

⁶ Domínguez, L., 2003. Psicología del desarrollo. Adolescencia y Juventud. Primera ed. La Habana: Pueblo y Educación.

Un análisis **por sexo** (figura 2) describe que el grupo poblacional de los hombres se enferma más que el de las mujeres; así lo confirman las tasas de incidencia más elevadas de los hombres y una relación de masculinidad de 105 hombres por 100 mujeres.

Sin embargo, el resultado no es el mismo por grupos de edad. Los hombres son mayoritarios en los grupos de 0-14 años, 30-44 años, 60-74 años y 75-84 años. Mientras, en los grupos de 15-29 años, 45-59 años y más de 85 años, son las mujeres las que más se contagian. Varias pueden ser las hipótesis para explicar este comportamiento. Entre ellas, los roles que asumen las mujeres en el cuidado de niños y ancianos -estereotipados y patriarcales-, el aumento de las mujeres en la jefatura de hogar, todo lo cual implica una movilidad mayor para la búsqueda de alimentación y otros medios y recursos para el cuidado. Otra posible hipótesis está relacionada con una alta participación de la mujer en tareas relacionada con los sectores imprescindibles, lo cual conlleva movilidad y contacto sistemático. Y por último, al ser una sociedad matricéntrica, la mujer se convierte en centro de contacto, siendo una cadena importante de la transmisión del virus. Solo un estudio con enfoque de género puede aproximarnos a algunas de estas hipótesis o develar otras.

Figura 2: Tasa de incidencia de la COVID-19 por grupos de edad, según sexo (11 de marzo - 2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)

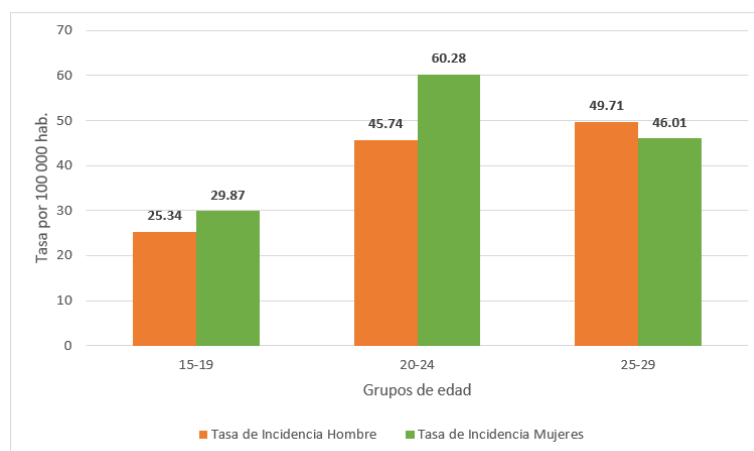


Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

Realizar un análisis con enfoque de género sería interesante, a partir de otros indicadores del comportamiento de mujeres y hombres ante el afrontamiento a esta enfermedad.

En este grupo de 15 a 29 años (figura 3) son los jóvenes de 20 a 24 años los que más aportan a esta enfermedad, luego los de 25 a 29 años, por último, los de 15 a 19 años.

Figura 3: Tasa de incidencia de la COVID-19 según sexo en los grupos de 15 a 29 años (11 de marzo - 2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



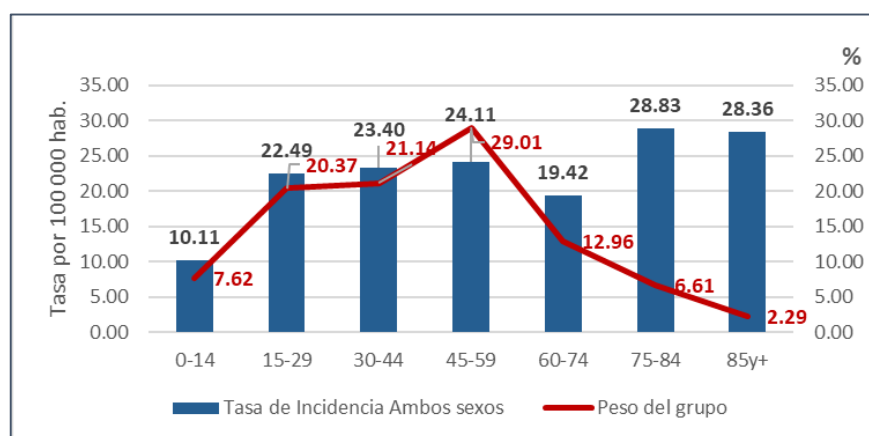
Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

Resulta interesante el predominio de las mujeres en el grupo de los jóvenes, y particularmente en el grupo de 20-24 años, en el cual se enferman aproximadamente 60 por cada 100 000 mujeres de este grupo de edad. Profundizar en un estudio con enfoque de género e interseccional podría aportar mucho para comprender este comportamiento: quiénes son, qué nivel de escolaridad poseen, cuál es su inserción social, si estudian o trabajan, su color de la piel, la situación conyugal, las condiciones socioeconómicas, los patrones de co-residencia familiar y laboral y cómo se intersectan unas características con otras.

A partir del **cambio observado**, en el mundo y en Cuba, del perfil de los casos de la COVID-19 por el rebrote de los meses de julio y agosto, se hace necesario un **análisis de período** para demostrar la ocurrencia y las características del desplazamiento de la pandemia hacia las edades menores de 60 años.

Si analizamos por separado los períodos del 11 de marzo al 2 de julio, y del 3 de julio hasta la actualidad, se observa que las mayores tasas de incidencia en el primer período (figura 4) se concentraban en los grupos de 75-84 años y mayores de 85 años. Es decir, en este grupo enfermaron en cada uno alrededor de 28 personas de esta edad por cada 100 000 habitantes de este grupo. Luego le siguió el grupo de 45-59 años, 30-44 años, 15-29 años, 60-74 años y 0-14 años, en ese orden. En el grupo de los jóvenes enfermaron aproximadamente 22 por cada 100 000 habitantes de este grupo de edad.

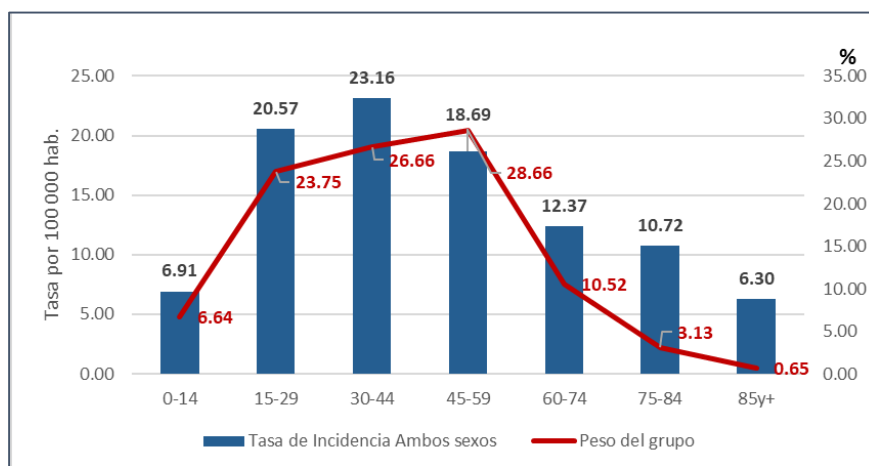
Figura 4: Tasa de incidencia de la COVID-19 y distribución de los grupos según frecuencia relativa según sexo en los grupos de 15 a 29 años (11 de marzo - 2 de julio) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

En período del 3 de julio al 2 de septiembre, presenta una situación diferente con relación a la edad (figura 5).

Figura 5: Tasa de incidencia de la COVID-19 y distribución de los grupos según frecuencia relativa (3 de julio- 2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)

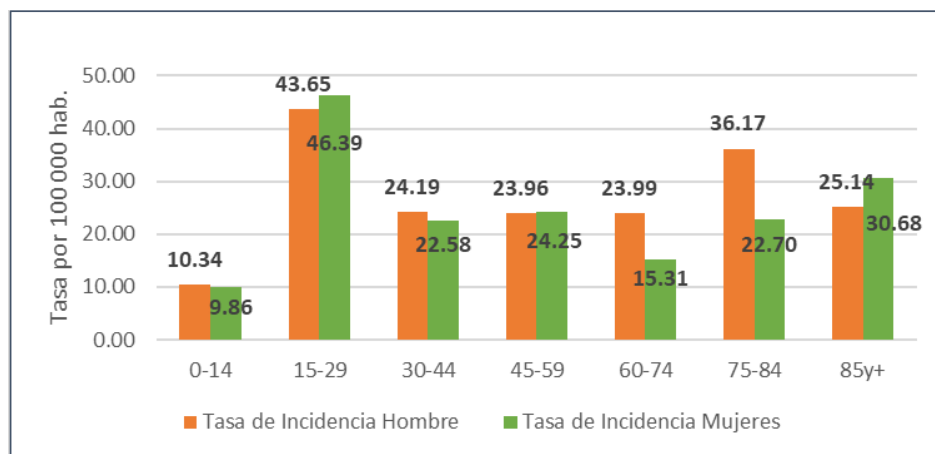


Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

Se evidencia el desplazamiento significativo hacia las edades menores de 60 años, concentrándose en los grupos de 30-44 años, 15-29 años y 45-59 años. Es interesante que las diferencias mayores con relación a la tasa de incidencia se observan en los grupos 75-84 años y más de 85 años, y nótese que en los grupos entre los rangos de edad de 15 a 44 años no hay un cambio significativo en el valor de las tasas.

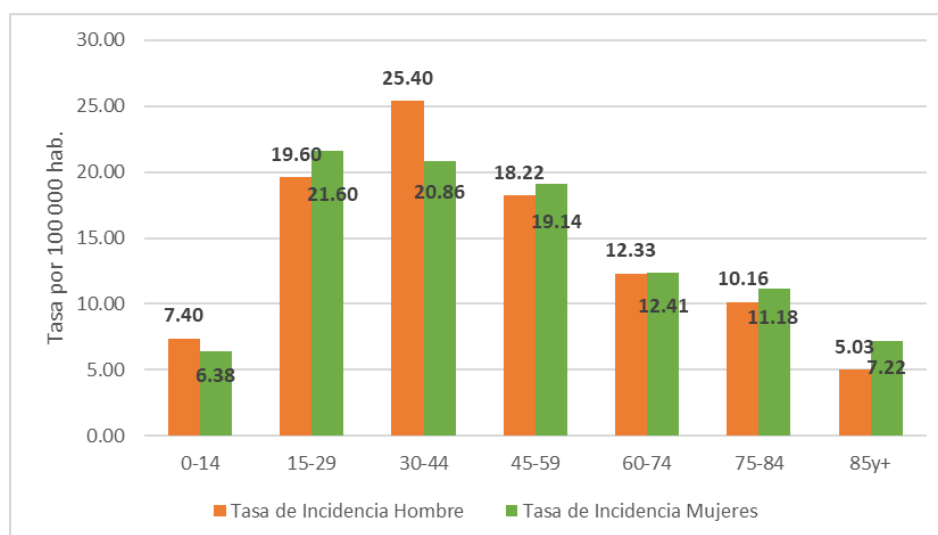
Según el sexo (figura 6 y 7) se muestra que se mantiene la relación entre la proporción entre hombres y mujeres, en ambos periodos, en todos los grupos. El índice de masculinidad es mayor (107 hombres por cada 100 mujer) en el primer periodo, y de 103 hombres por cada 100 mujeres en el segundo periodo. Sin embargo, en los grupos mayores de 60 años, son más representadas las mujeres que los hombres en el rebrote, es decir en el periodo del 3 de julio al 2 de septiembre.

Figura 6: Tasa de incidencia de la COVID-19 según Sexo. (11 de marzo - 2 de julio) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

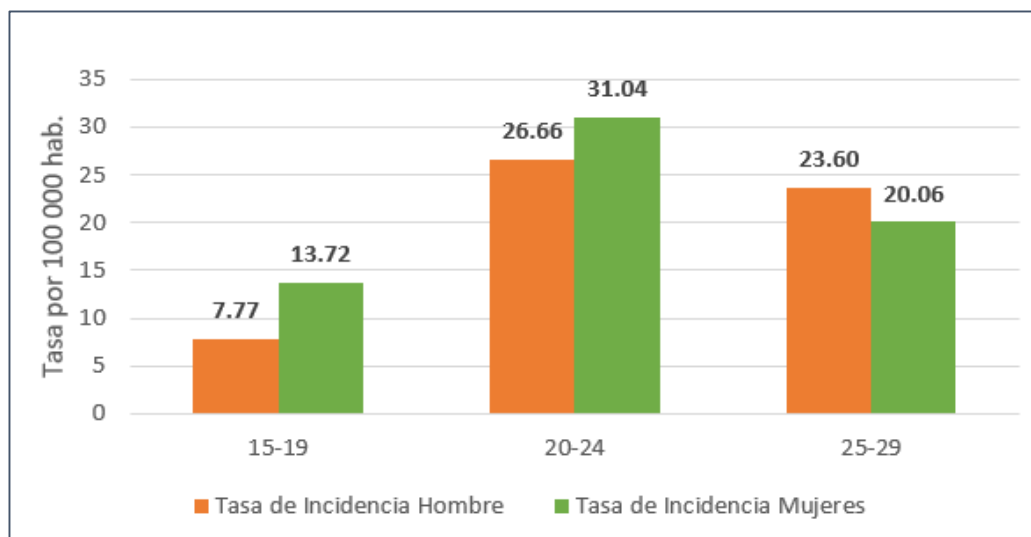
Figura 7: Tasa de incidencia de la COVID-19 según sexo. (3 de julio - 2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

En el grupo de los jóvenes (15-29 años) prevalecen las mujeres y solo en el grupo de 25 a 29 años predominan los hombres en el caso del rango temporal del 3 de julio al 2 de septiembre (figura 8).

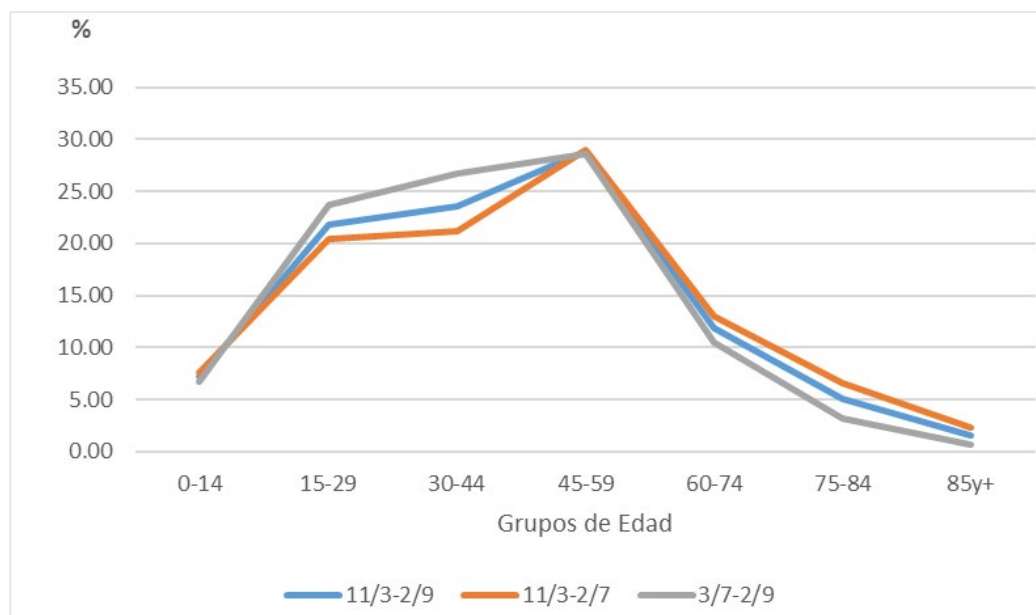
Figura 8: Tasa de incidencia de la COVID-19 según sexo en los grupos de 15 a 29 años. (3 de julio- 2 de septiembre) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

Analizando la distribución porcentual de los grupos de edades en ambos periodos (figura 9) se observa que se mantiene estable el grupo de 45-59 años siendo, en los dos periodos, el grupo con mayor porcentaje. El cambio fundamental en la distribución según la edad se muestra en el grupo de 30-44 años, donde se amplían las distancias en los dos periodos (figura 9).

Figura 9: Distribución porcentual de los casos por grupos de edad en diferentes momentos de la COVID-19 (11 de marzo al 2 de septiembre)

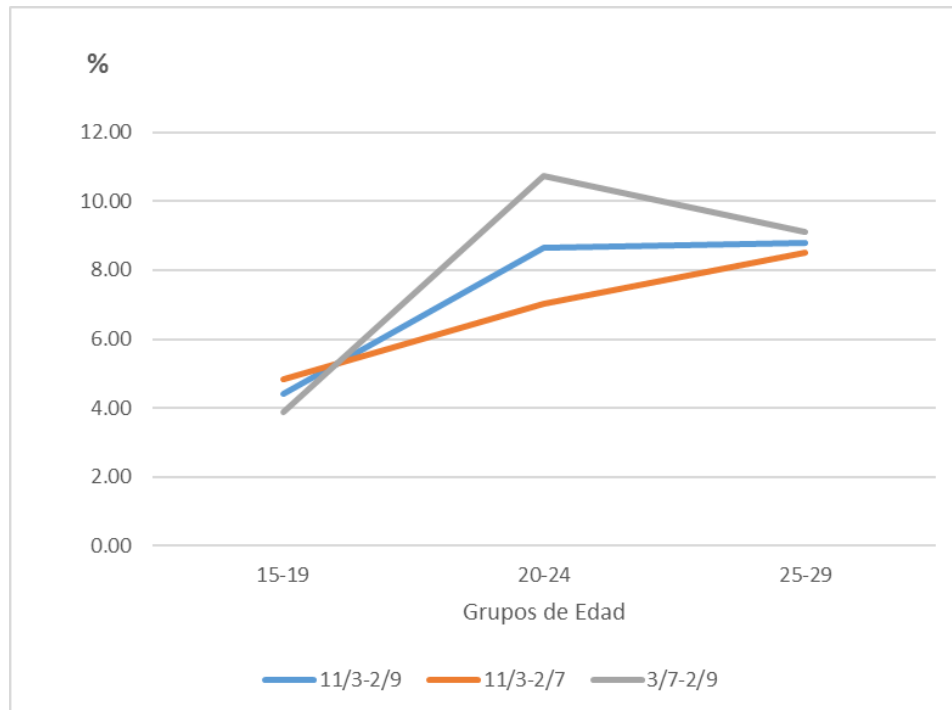


Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#)

En el grupo de los jóvenes (15-29 años) también se nota un aumento de su proporción con relación al total de enfermos en el período del rebrote. Nótese, además, que en los mayores de 60 años su predominio ocurrió en el comienzo de la pandemia, primer periodo, disminuyendo en el rebrote, particularmente en el grupo de 75-84 años.

Con relación a los subgrupos de jóvenes, de 25-29 años se mantiene estable el comportamiento en ambos periodos, en el grupo de 15-19 años disminuyó en el rebrote, y la diferencia mayor hacia el aumento en este periodo aconteció en el grupo de 20-24 años, como muestra la figura 10.

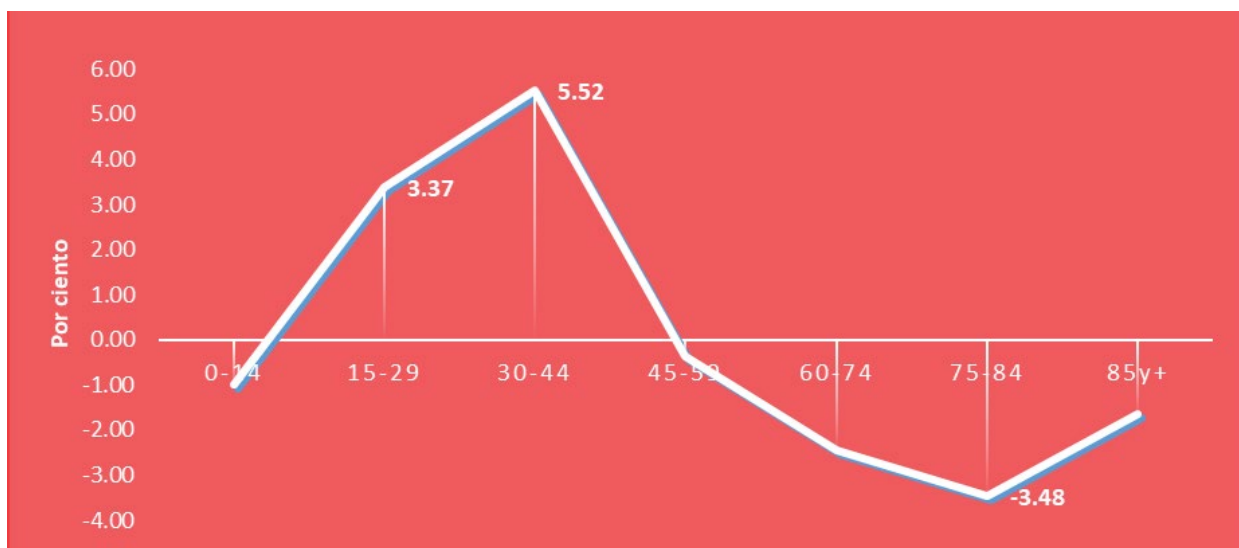
Figura 10: Distribución porcentual de los casos por grupos de edad de 15 a 29 años, en diferentes momentos de la COVID-19 (11 de marzo al 2 de septiembre)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#)

Al análisis de las distancias que existen entre ambos periodos, descrito anteriormente, se observa en la figura 11, un aumento de un 5,52% para el grupo de 30-44 años y de 3,37% en el grupo de los jóvenes. El descenso de las personas mayores de 60 años se hace evidente, teniendo su máxima expresión en el grupo de 75-84 años (-3,48%).

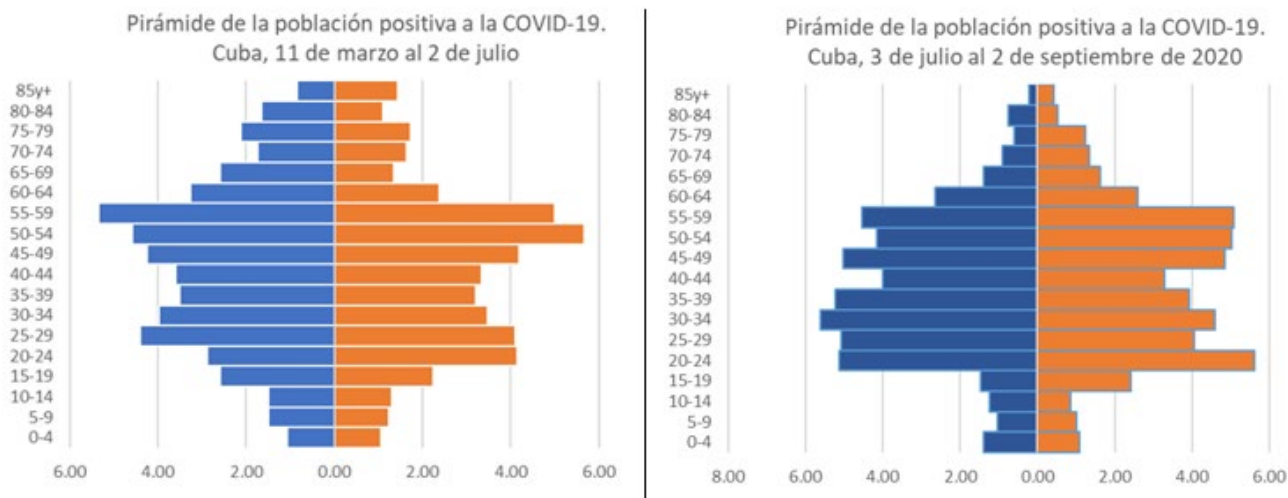
Figura 11: Distancia en la distribución porcentual del comportamiento de la COVID-19 según grupos de edad entre dos periodos (11 de marzo al 2 de julio y del 3 de julio al 2 de septiembre)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#)

Sintetizando, se constata el desplazamiento del patrón de la pandemia a los menores de 60 años. Ello lo refleja la estructura por edad y sexo de la población con infección por SARS-CoV-2 en el país y se muestra en las pirámides de población (figura 12) de ambos periodos de análisis.

Figura 12: Cuba. Pirámides de la población positiva a la COVID-19 (11 de marzo al 2 de julio y del 3 de julio al 2 de septiembre)



Fuente: Molina, M. (2020) a partir de [COVID-19 Cuba Data](#) y datos de población de la ONEI, 2020.

Este desplazamiento de las edades se caracteriza por:

- El descenso de la edad media de los casos positivos a la COVID-19 en Cuba.
- La disminución de las tasas de incidencia en el periodo del rebrote en los grupos mayores de 60 años.
- El aumento de la frecuencia relativa de los grupos entre las edades 15 y 44 años en el periodo del 3 de julio al 2 de septiembre.
- Prepondera este desplazamiento el grupo de 30 a 44 años con una distancia entre ambos periodos de 5,52% a favor del periodo del rebrote.
- Se mantiene la relación de la proporción entre hombres y mujeres en ambos periodos, con una disminución del índice de masculinidad en el periodo del rebrote.
- Se identifican diferencias con relación al sexo en los grupos de 15-29 años y en los grupos de 60 años y más, con un aumento de las mujeres.
- En el grupo de 15 a 29 años se produce un aumento de su representación en el periodo del 3 de julio al 2 de septiembre. Son los jóvenes de 20 a 24 años los que más aportan a la enfermedad COVID-19, luego los de 25 a 29 años y, por último, los de 15 a 19 años. Predominan las mujeres.

Artemisa: Territorio en rebrote

Comparación entre los casos confirmados en dos periodos de evolución de la COVID-19: 11 de marzo-2 de julio y 3 de julio-27 de agosto.

La provincia de Artemisa tiene una población de 513 141 habitantes, para una densidad de 128,2 hab/km², lo que la coloca en el tercer lugar en el país si se tiene en cuenta este indicador. Durante la pandemia por la COVID-19, al cierre de esta información, esta provincia había reportado el 7,2% de los casos totales de Cuba, con un acumulado de 277 confirmados. Con una tasa de incidencia de 53,9 confirmados con la enfermedad por cada 100 000 habitantes y un diferencial de 39,2 por cada 100 000 entre los dos periodos de evolución de la enfermedad,⁷ se encuentra enmarcada

⁷ Entre los periodos del 11 de marzo-2 de julio y 3 de julio-27 de agosto.

en un contexto de retroceso de la situación epidemiológica, con un rebrote de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2, luego de haber logrado permanecer sin incidencias de casos confirmados desde el 28 de mayo hasta el 20 de julio y encontrándose en la fase 3 de la primera etapa de recuperación pos-COVID-19.

Al cierre de esta información, Artemisa reportaba 1 fallecido confirmado con la COVID-19, el 1,1% de las muertes totales acumuladas en el país. Asociada a la enfermedad, la provincia tiene una tasa de mortalidad de 2 defunciones por cada 100 000 habitantes expuestos al riesgo y una tasa de letalidad de 0,36%.

Análisis comparativo de la incidencia de la enfermedad entre dos periodos de evolución

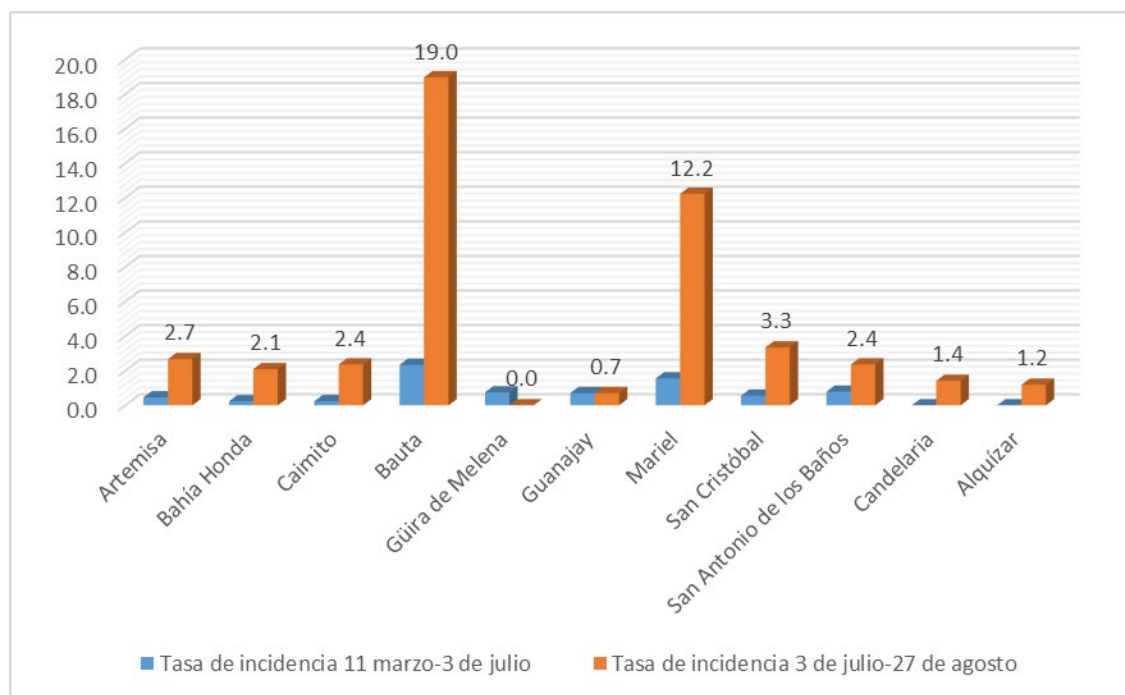
Si se realiza un análisis comparativo tomando dos periodos de evolución de la COVID-19 en la provincia se evidencia, como ya se ha expresado, un marcado rebrote de la pandemia en el territorio artemiseño. En el primer periodo que se estudia, del 11 de marzo hasta el 2 de julio, esta provincia solo reportó como casos positivos 38 habitantes, para una tasa de incidencia de 7,4 por cada 100 000 personas residentes en este occidental territorio. Mientras del 3 de julio al 27 de agosto Artemisa presentó un aumento, seis veces mayor, en el número absoluto de casos confirmados en el periodo anterior, con una tasa de incidencia de 46,6 por cada 100 000 habitantes.

Si se observa la distribución de la tasa de incidencia en los once municipios que conforman el territorio, se puede apreciar que es el municipio de Bauta el que presenta el mayor valor, con 19 personas detectadas por cada 10 000 habitantes, en el segundo periodo de estudio. Este tuvo un aumento considerable de 16,7 pacientes positivos por cada 10 000 residentes en el territorio municipal.

El municipio de Mariel, por su parte, refleja también valores desalentadores, pues de presentar una tasa de incidencia de 1,6 confirmados por cada 10 000 habitantes en el primer periodo, tuvo un aumento del número de casos, con 55 confirmados en el segundo periodo de análisis, para una tasa de incidencia de 12,2 contagiados confirmados por cada 10 000 personas.

Ambos municipios tuvieron este fuerte retroceso producto de dos eventos de transmisión local cuya araña epidemiológica provocó una dispersión de la enfermedad al resto de los municipios de la provincia y otros territorios pertenecientes a algunas provincias del país (figura 1).

Figura 1: Artemisa y sus municipios. Tasa de incidencia de la COVID-19 (por 10 000 habitantes). Del 11 de marzo-2 de julio y del 3 de julio-27 de agosto



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

Al cierre de esta información se mantenían abiertos *tres eventos de transmisión local*: dos en Bauta y uno en el Mariel.

Composición por sexo

Como se observa en la figura 2, en el territorio artemiseño fueron confirmadas 17 mujeres (47,2%) y 21 hombres (55,3%) en el periodo desde el 11 de marzo hasta el 2 de julio. En el segundo periodo de análisis, aunque se mantienen predominando los hombres, se produce un aumento del peso que ocupan las mujeres entre los casos positivos con tres puntos porcentuales más que en el periodo anterior. En valores absolutos las cifras superan la centena con 124 hombres (52%) y 115 mujeres (48%).

Figura 2: Artemisa. Composición por sexo (%) de los casos positivos a la COVID-19. Del 11 de marzo-2 de julio y del 3 de julio-27 de agosto

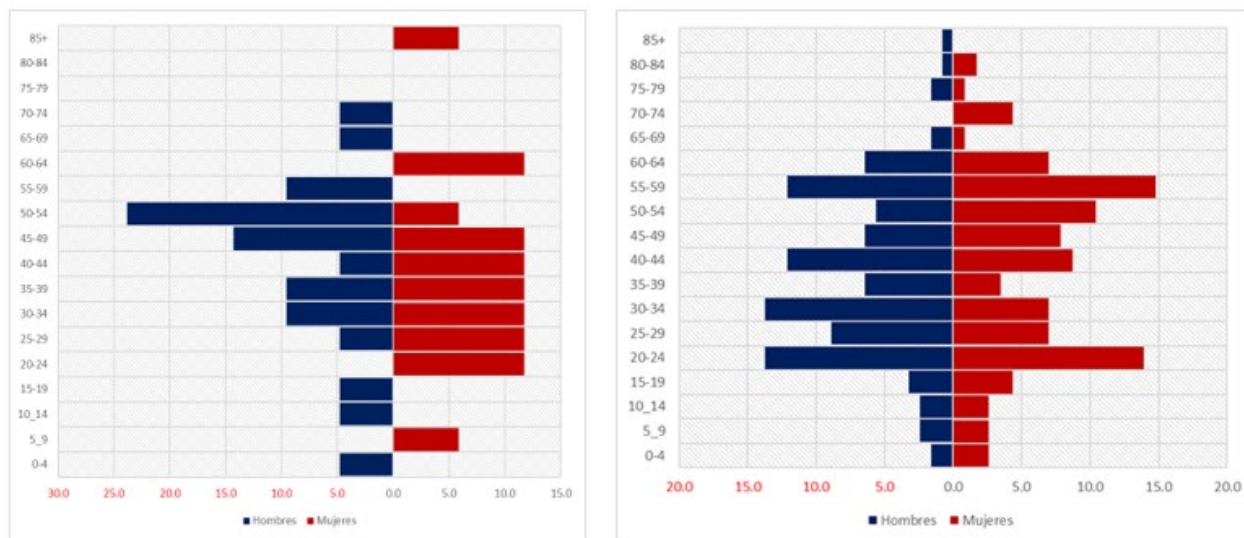


Fuente: Rodríguez, A., (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba.

Estructura por grupos de edades y sexo

Un análisis por rango de edades permite apreciar que en el primer periodo analizado en este informe los mayores porcentajes de personas infectadas se encuentran en el rango etario de 50-54 años, con un 15,8% (6 confirmados). Mientras en el segundo periodo de estudio se destacan los pacientes confirmados en las edades jóvenes de 20-24 años con un valor relativo de 13,8% para un total de 33 personas detectadas en ese grupo etario, con un ligero predominio masculino. A este grupo le siguen los representantes del grupo de 55-59 años al ocupar el 13,2% (32) del total de personas detectadas con el virus, con una mayoría de mujeres entre los confirmados (figura 3).

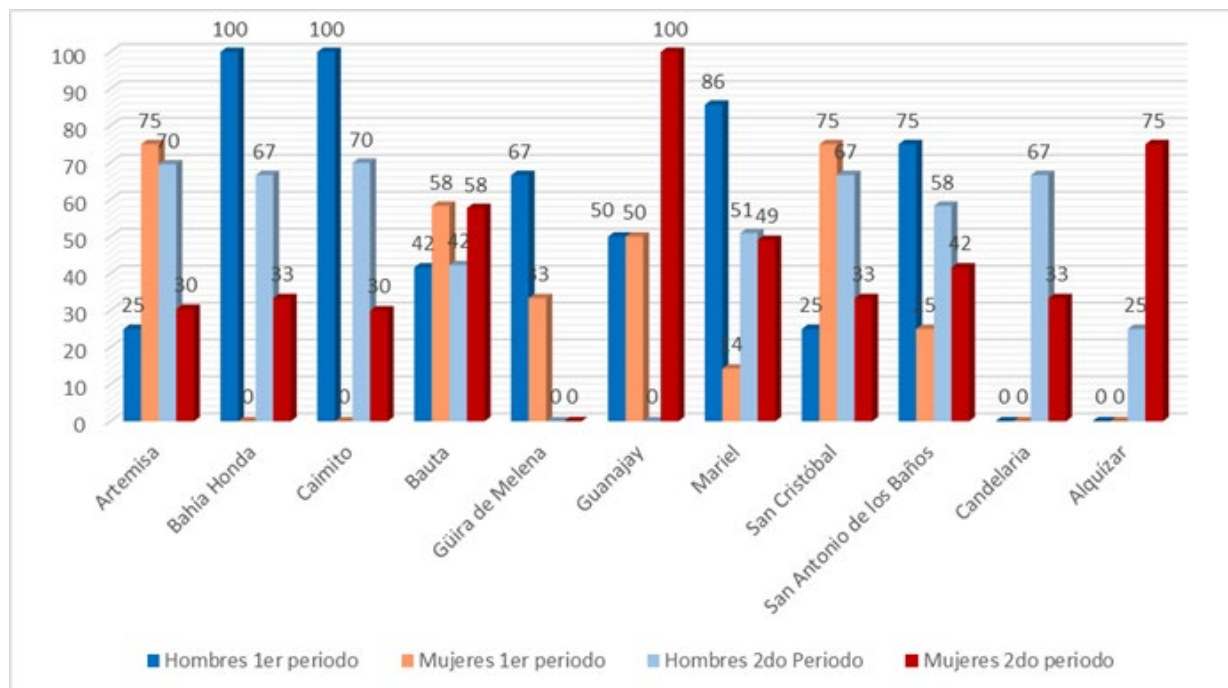
Figura 3: Artemisa: Composición por sexo y grupos de edades de los casos confirmados. Del 11 de marzo-2 de julio y del 3 de julio-27 de agosto



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

Al realizar un análisis por sexo a nivel municipal, la figura 4 muestra que en el primer periodo de análisis los municipios de Bahía Honda, Caimito, Güira de Melena, Mariel y San Antonio de los Baños tuvieron un predominio de hombres entre los confirmados con la enfermedad, mientras en Artemisa, Bauta y San Cristóbal fueron las mujeres las de mayor incidencia.

Figura 4: Artemisa y sus municipios: Composición por sexo de los casos confirmados (%). Del 11 de marzo-2 de julio y del 3 de julio-27 de agosto

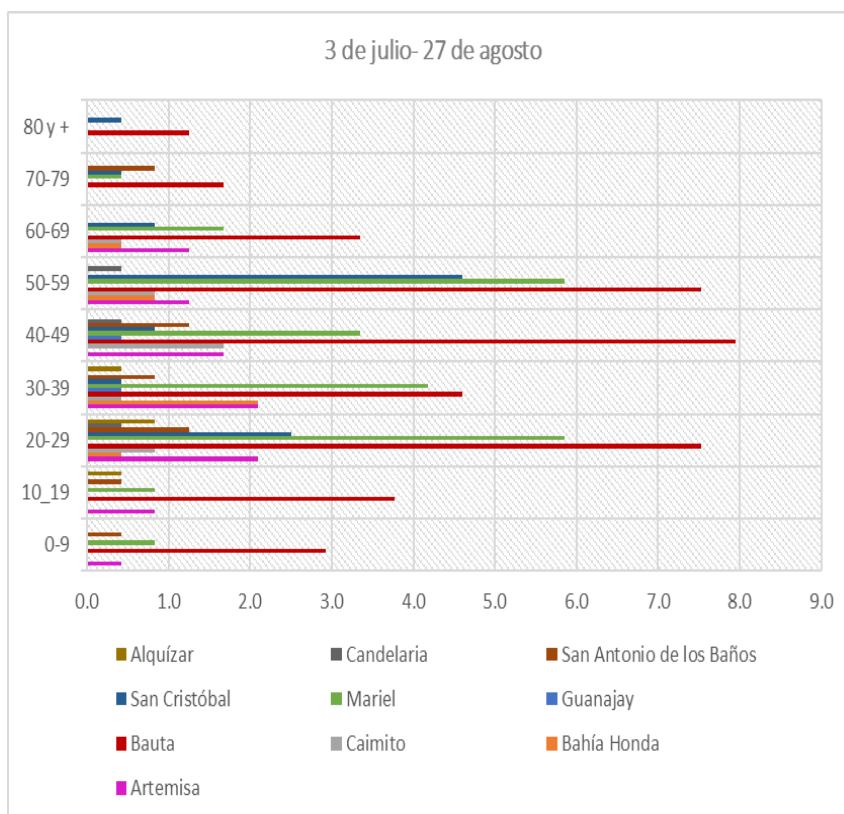
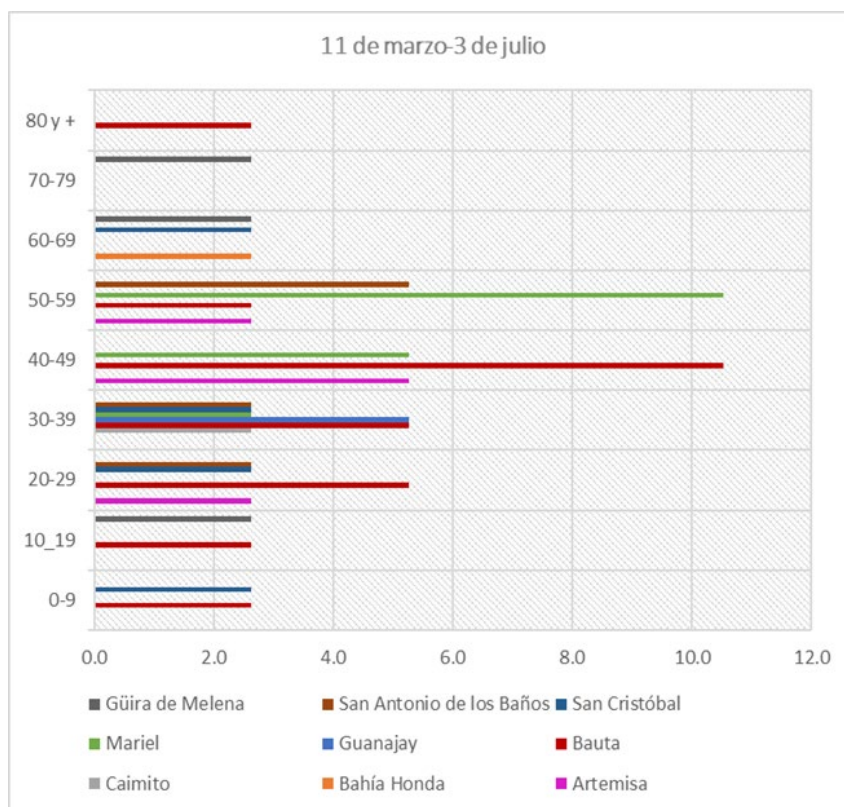


Fuente: Rodríguez, A., (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba

En el periodo del 3 de julio al 27 de agosto los territorios de Artemisa, Bahía Honda, Caimito, Mariel, San Cristóbal, San Antonio de los Baños y Candelaria se destacaron por tener, entre los casos confirmados con la COVID-19, un mayor número de hombres. Por su parte, los municipios de Bauta, Guanajay y Alquízar presentan mayor número de mujeres entre las personas detectadas con el virus.

En términos relativos, en el municipio de Bauta predominan las personas confirmadas con la enfermedad del grupo de 40-49 años, en ambos periodos de análisis. No obstante, en el periodo comprendido entre el 3 de julio y el 27 de agosto los jóvenes entre 20-29 años de edad tuvieron un alto peso en las estadísticas de los casos confirmados con la enfermedad, así como el grupo etario de 50-59 años de edad. En el municipio de Mariel también existe una notable diferencia en este comportamiento entre los dos periodos de análisis, pues en el primero tuvieron una mayoría de contagios en los habitantes de 50-59 años de edad, mientras en el segundo periodo se destaca el grupo de jóvenes entre 20-29 años, seguido por el grupo de adultos de 50-59 años de edad (figuras 5 y 6).

Figuras 5 y 6: Artemisa y sus municipios: Distribución de los casos confirmados por grupos de edades (%). Del 11 de marzo-2 de julio y del 3 de julio-27 de agosto



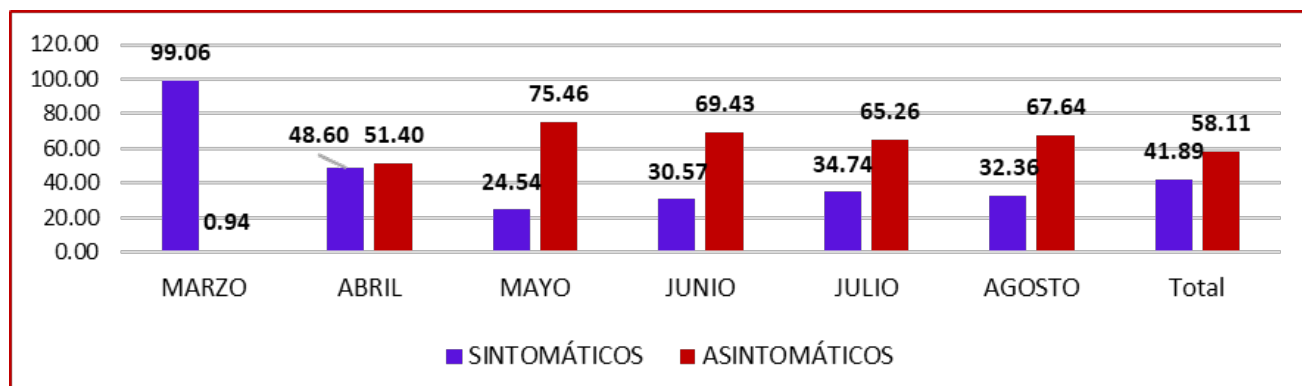
Fuente: Rodríguez, A., (2020). A partir de la información oficial del [Ministerio de Salud Pública](#) de Cuba

Una mirada demográfica a los pacientes asintomáticos positivos a la COVID-19 en Cuba

Desde el comienzo de la pandemia en Cuba, los pacientes asintomáticos han tenido un comportamiento oscilante.

Desde el comienzo de la pandemia en Cuba, los pacientes asintomáticos no han tenido un comportamiento estable, definido. A nivel nacional, durante el período de análisis, hasta el 15 de agosto, de los 3 316 positivos a la COVID-19, 1 389 (41,89%) estaban sintomáticos y 1 927 (58,11%) asintomáticos al momento del diagnóstico. En la figura 1 se observa, por meses, la diferencia entre los pacientes diagnosticados con síntomas y los asintomáticos. En proporción destaca mayo con la mayor representación de asintomáticos (75,46%) en Cuba.

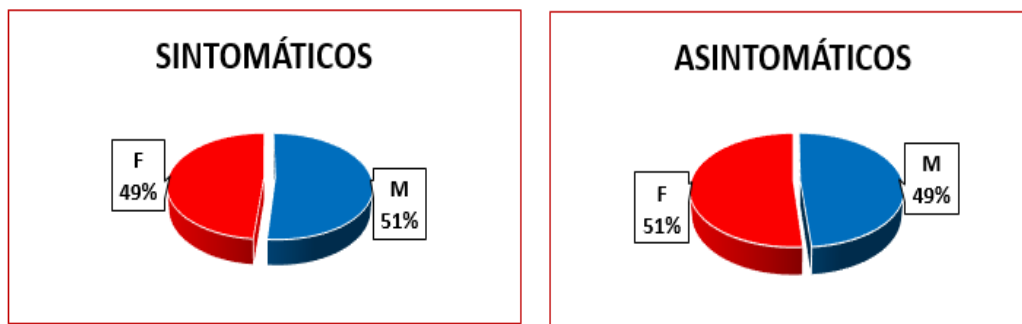
Figura 1: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes sintomáticos y asintomáticos según meses de confirmación. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (%)



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

En el comportamiento según sexos, se observa una diferencia más marcada entre mujeres y hombres sintomáticos. De los 1 389 pacientes con síntomas al momento del diagnóstico, 715 (51,48%) eran del sexo masculino, contra 614 (48,52%) del femenino. Por otro lado, existe una ligera supremacía de las mujeres asintomáticas al momento del diagnóstico (988 mujeres y 939 hombres). Ello difiere del comportamiento general de la epidemia en el que se confirma una presencia ligeramente superior de la enfermedad en el sexo masculino (figura 2).

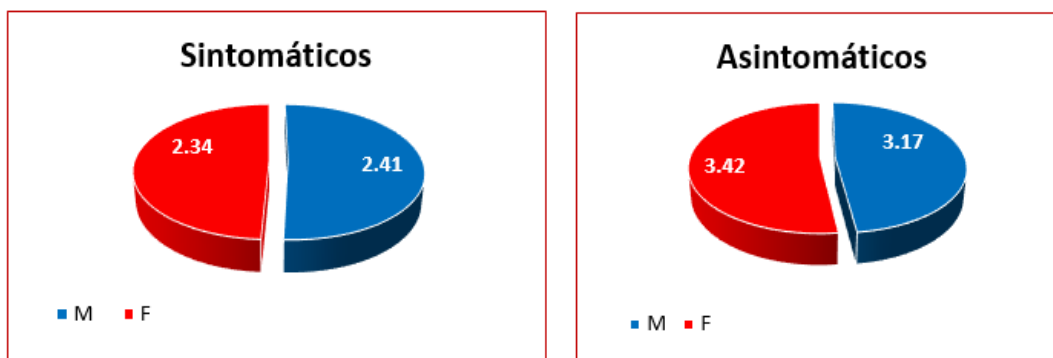
Figura 2: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes sintomáticos y asintomáticos según sexos. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

Este comportamiento se confirma al calcular las tasas de incidencia de sintomáticos y asintomáticos, por sexos, de lo que se obtiene una tasa de 2,41 sintomáticos masculinos por cada mil hombres y 2,34 mujeres sintomáticas por cada mil de ellas en Cuba. Con relación a los asintomáticos, las tasas son de 3,17 asintomáticos por cada mil hombres y 3,42 asintomáticas por cada mil mujeres en Cuba (figura 3).

Figura 3: Cuba, COVID-19. Tasas de pacientes sintomáticos y asintomáticos según sexos. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (por cada 1 000)

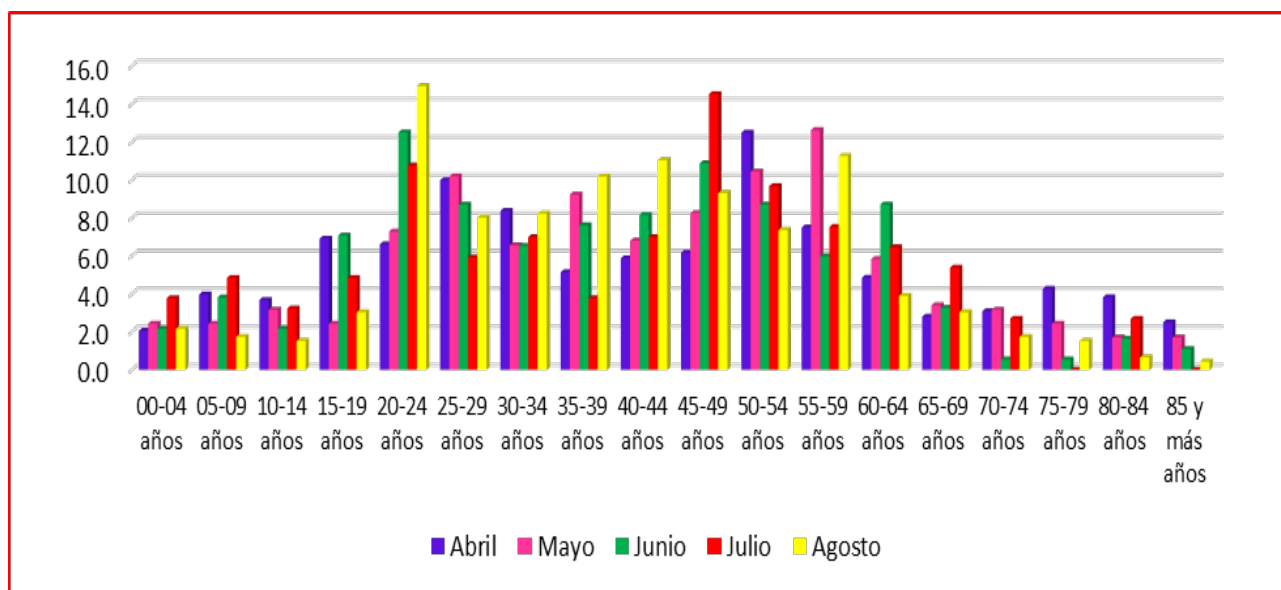


Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

En la figura 4 se observa la concentración de asintomáticos en las edades intermedias 20-24 años y 45-49 años. Dentro de ellas, el grupo más representativo en el mes de julio fue el de 45-49 años seguido por el de 20-24. En agosto es el grupo de 20-24 años, seguido por el de 55-59 y el de 40-44 años los que mayores valores relativos presentan.

Nótese que la mayor agrupación de personas asintomáticas se encuentra en edades productivas o laborales, por tanto, en edades de gran movilidad para las personas, máxime cuando en muchos casos no trabajan en el mismo lugar en el que residen. Por otro lado, pueden tener bajo su responsabilidad el cuidado de otros miembros del hogar más dependientes y/o vulnerables, lo cual los obliga a salir con más frecuencia en función de garantizar la satisfacción de necesidades básicas en el hogar, y esto —en su condición de asintomáticos— los convierte en un factor potenciador para la propagación de la epidemia.

Figura 4: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes asintomáticos según grupos quinquenales de edad y meses de confirmación. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (%)

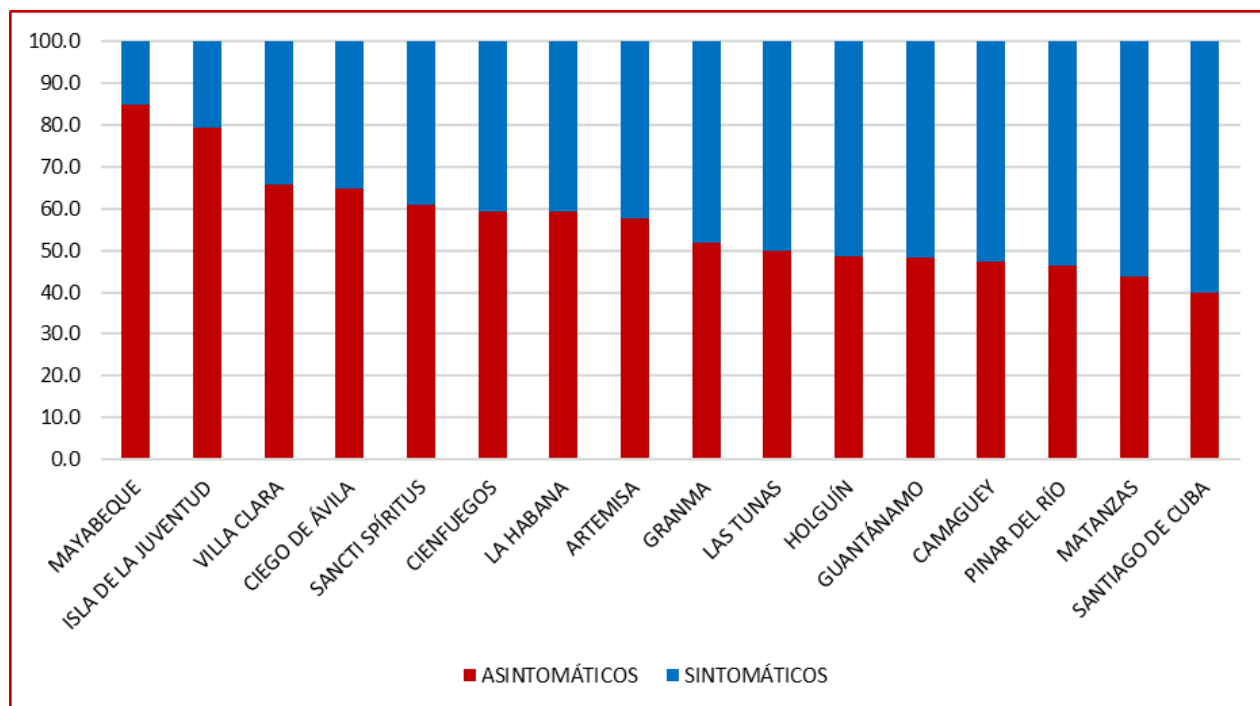


Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

Al analizar la proporción de sintomáticos y asintomáticos con relación al total de confirmados, por provincias, se observa que en nueve provincias y el municipio especial Isla de la Juventud la cantidad de asintomáticos representa más de la mitad de los confirmados en el territorio. Solo Holguín, Guantánamo, Camagüey, Pinar del Río, Matanzas y

Santiago de Cuba presentan mayores números de sintomáticos al momento del diagnóstico. En el caso de Las Tunas la distribución se encontraba al 50% hasta el 15 de agosto de 2020 (figura 5).

Figura 5: Cuba, COVID-19. Proporción de pacientes sintomáticos y asintomáticos según confirmados, por provincias. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020. (%)



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

De los 88 de fallecidos por la COVID-19 hasta el 15 de agosto de 2020, el 83% fueron sintomáticos y el 17% fueron asintomáticos al momento del diagnóstico.

Al analizar las tasas de letalidad se obtiene que, de los 1 927 pacientes asintomáticos, evolucionaron hasta el fallecimiento 15 personas para una tasa de 0,8%. Mientras, de los 1 389 pacientes sintomáticos al momento del diagnóstico evolucionaron hasta el fallecimiento 73 personas para una tasa de letalidad de 5,3% (figura 6).

Con relación a los contactos asociados a los pacientes asintomáticos en Cuba, en la figura 7 se observa que la mayoría de los asintomáticos declaró entre 10 y 19 contactos (37,70%), seguidos por los que declararon entre 1 y 9 contactos (36,13%), lo cual significa que el 73,83% de los asintomáticos tuvo de 1 a 19 contactos declarados.

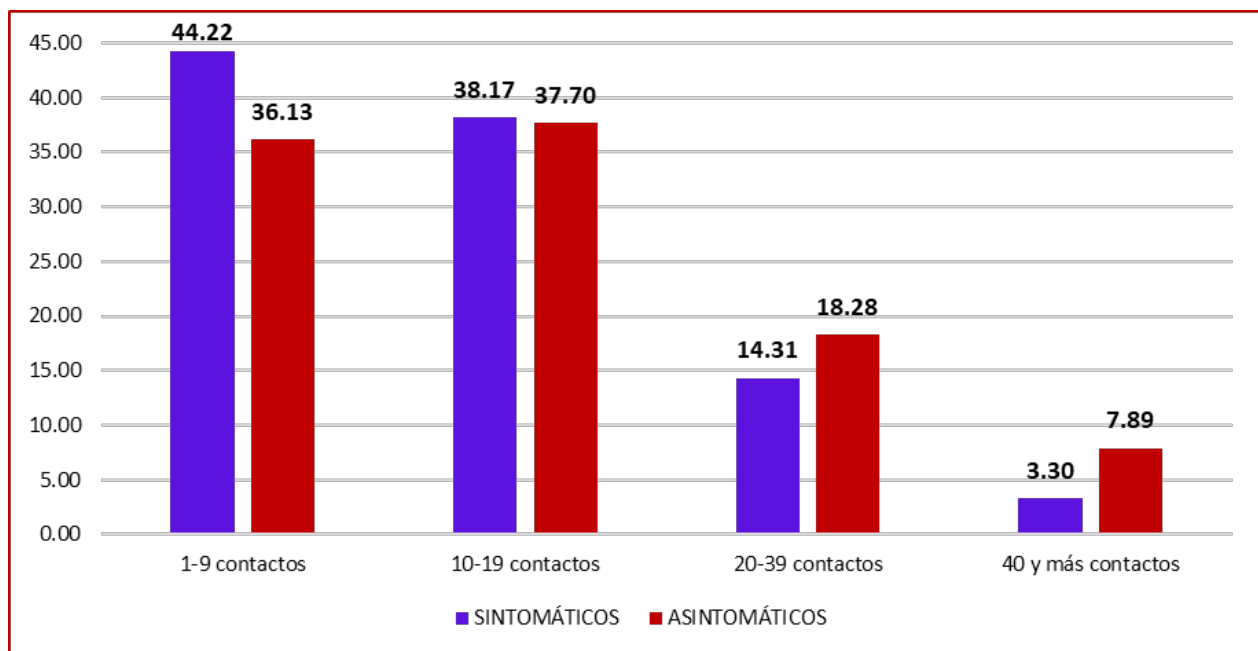
También es significativo que el 7,89% declaró tener por encima de los 40 contactos asociados lo cual habla de la necesidad de continuar insistiendo en la importancia del distanciamiento físico como medida preventiva ante la transmisión de la COVID-19.

Figura 6: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes sintomáticos y asintomáticos según mortalidad. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (% de fallecidos y tasas de letalidad)



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

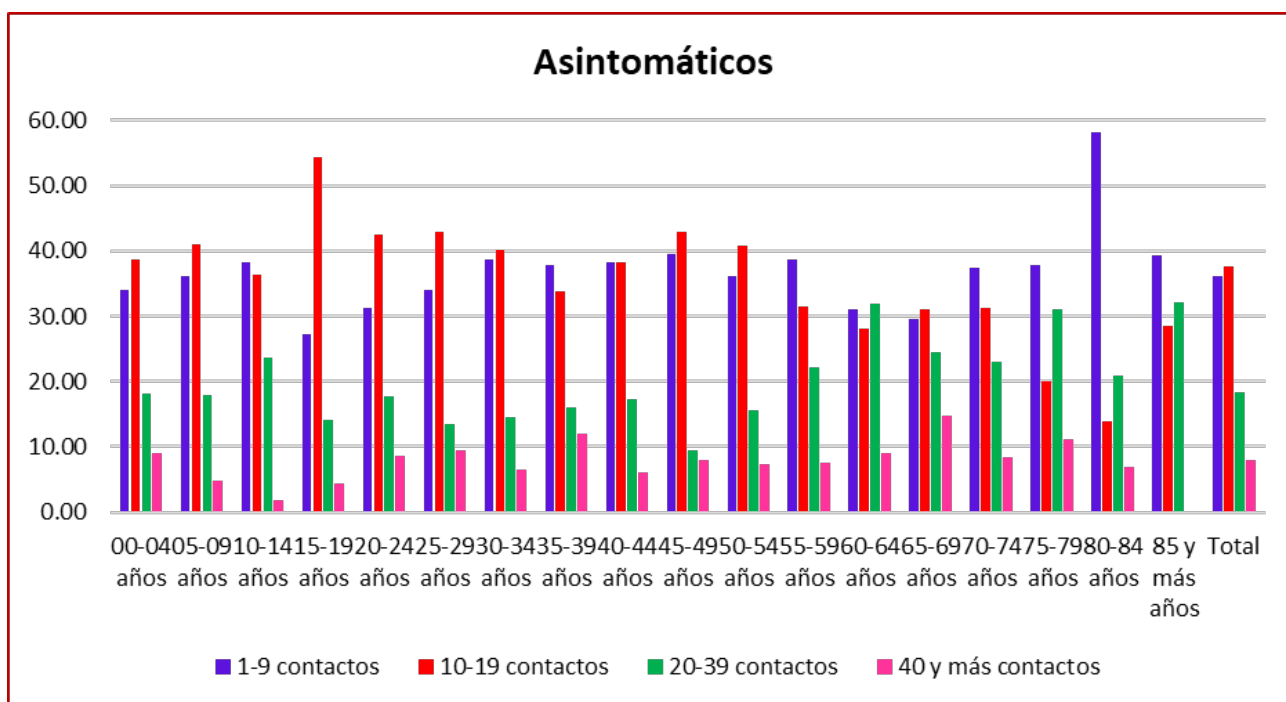
Figura 7: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes sintomáticos y asintomáticos según número de contactos. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (%)



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

Tomando en cuenta los grupos de edades y el número de contactos asociados a los pacientes con COVID-19, en la mayoría de los grupos de edades de los pacientes sintomáticos predominan los que declararon de 1 a 9 contactos, seguidos por aquellos que declararon de 10 a 19 contactos. Sin embargo, esta tendencia se revierte para el caso de los asintomáticos, donde prevalecen los que declararon de 10 a 19 contactos. Resulta interesante, además, el predominio de asintomáticos que declaran de 20 a 39 contactos en los grupos de edades más avanzados, superando en ocasiones (en cifras relativas) a los que declaran de 10 a 19 contactos (figura 8).

Figura 8: Cuba, COVID-19. Distribución de pacientes asintomáticos según número de contactos y grupos de edades. Del 11 de marzo al 15 de agosto de 2020 (%).



Fuente: Orbea, M. (2020). Cálculos realizados a partir de Base de datos del MINSAP, actualizada hasta el 15 de agosto de 2020.

Familia y migraciones: experiencias para el bienestar psicológico

¿Qué piensan, sienten y hacen las familias con vínculos migratorios?

Vivir alejadas de las familias durante la crisis actual por la COVID-19 no ha sido difícil para las personas. Manejar la incertidumbre, la angustia, el miedo y otros estados emocionales negativos generados por el aislamiento físico, resulta aún más complejo cuando hay seres queridos que están en otros países, incluyendo las estancias temporales, los colaboradores y los cubanos que quedaron varados fuera al cierre de las fronteras. En todos esos casos están lejos de casa y por situaciones diversas se afectan los miembros de las familias dentro y fuera del país.

Desde la experiencia del psicogrupo de WhatsApp Familia y Migraciones, se evidencia que la pandemia genera otras interrogantes para las familias en Cuba. ¿Cómo entender la percepción de riesgo, si no la priorizan? ¿Se estarán cuidando bien? ¿Si no podemos estar juntos, cómo ayudar? ¿Cuándo nos volveremos a ver? ¿Qué hacer cuando siento que quiero y no puedo?

Estas preguntas vienen acompañadas de sentimientos de culpa, de ambos lados, por no poder estar presente en este momento de crisis; de desconfianza en la veracidad de la información que reciben, o miedo por no saber toda la verdad; y de desasosiego e impotencia por no poder hacer nada al respecto. También existe incertidumbre temporal ante los planes de reunificación familiar y la tristeza que esto genera, por expectativas de movimiento migratorio insatisfechas y emergencia de la necesidad sentida de la comunicación familiar cara a cara; sienten frustración por no saber hasta cuándo hay que posponer los viajes de visita al exterior y de regreso a Cuba.

Pareciera que nada puede hacerse porque las fronteras están cerradas y en cada país hay una fase diferente de la pandemia. Pero existen muchas opciones para transformar las emociones negativas que ello genera y sentirse cerca de los familiares en la distancia, incluso estrechar y construir nuevos —o reconstruir viejos— vínculos. Acciones concretas a realizar:

- Dialogar sobre la percepción de riesgo, estar claros de lo que sucede en nuestro entorno, se trata de *no alarmarse* en vano, ni *descuidarse*, solo se trata de *cuidarse*.
- Brindar ayuda y consejos desde la experiencia vivida, confiar en la educación que han recibido en la familia. Expresar la confianza mutua es importante.
- Establecer horarios para hablar, recrear rutinas y actividades compartidas online, con energía positiva, cercanía afectiva, respeto mutuo y fortaleza emocional.
- Ser asertivos en la comunicación, evitar contagiar a los demás con emociones negativas, serenidad para pensar en positivo, reajustar planes y mantener la esperanza.
- Reconocer la certeza de que cuando todo esto pase, con responsabilidad personal, familiar y social, será un buen momento para estar juntos y brindar por la vida.

Ha sido una oportunidad para valorar cada contexto, las fortalezas y debilidades en cada país y lo verdaderamente importante en momentos límites de la vida: la familia, las personas, el bienestar... Se han expresado deseos de potenciar la solidaridad entre los cubanos que están dentro y fuera del país, apoyar a quienes están en situación irregular y a los más vulnerables; fomentar acciones de apoyo a su país (Cuba) por la confianza en el sistema de salud cubano; y retornar, cuando se pueda, por la necesidad del vínculo familiar. Cuba está tomando todas las medidas para minimizar los riesgos y continuar avanzando, nos queda respetarlas y actuar con los aprendizajes y la confianza en la resiliencia y el bienestar de todas las familias cubanas.

EQUIPO DE REALIZACIÓN:

Dra. Dixie Edith Trinquete (Coordinadora).

Dr. Antonio Aja Díaz / Dra. Matilde Molina Cintra / MSc. Arianna Rodríguez García / Dra. Otilia Barros Díaz / MSc. Marbelis Orbea López / MSc. Arelis Mora / MSc. Yoannis Puente / Lic. Juliette Fernández / Dra. Consuelo Martín Fernández / MSc. Gabriela Dujarric / MSc. Maydeé Vázquez Padilla / Dr. José Luis Martín / MSc. Ailyn Martín Pastrana.

CON LA COLABORACIÓN DE: MSc. Jany Barcenas Alfonso / MSc. Claudia Cancio-Bello Ayes, de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

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

