

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

Esta entrega del INFOPOB en tiempos de COVID-19 actualiza el análisis sociodemográfico de las personas positivas a la COVID-19 en el país, hasta enero de 2021, con miradas específicas para La Habana. Además, se ofrecen una serie de recomendaciones para el manejo de la pandemia, derivadas de investigaciones múltiples realizadas desde el CEDEM.

Seguimos haciendo ciencia para la población

Síguenos en @cedemuh

Sumario

[COVID-19 en Cuba: Dos etapas de evolución de la pandemia](#)

[La Habana sigue siendo el epicentro](#)

[Algunas recomendaciones ante la actual situación de la COVID-19 en Cuba](#)

COVID-19 en Cuba: Dos etapas de evolución de la pandemia

Caracterización de los casos positivos. Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero)

Durante la pandemia por la COVID-19, al cierre de esta información¹, Cuba había acumulado 21 824 personas confirmadas con la enfermedad. Con una tasa de incidencia de 194,8 diagnosticados por cada 100 000 habitantes, la Mayor de las Antillas, se enmarca 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 reducir casi al mínimo sus estadísticas de contagios. Hasta la fecha de cierre de este análisis, el país reportaba 197 fallecidos confirmados con la COVID-19, con una tasa de mortalidad de 0,02 defunciones por cada 1 000 habitantes expuestos al riesgo.

El presente informe presenta algunas de las características sociodemográficas de los confirmados con la COVID-19, en dos periodos de evolución de la pandemia. La primera etapa va desde el día primero de julio hasta el primero de octubre, fecha en que se abren los primeros aeropuertos en el país para la entrada del turismo internacional, luego de tres meses con el cierre total de fronteras. La segunda etapa corresponde al periodo comprendido entre el dos de octubre de 2020 y el 24 de enero del 2021.

Cuando se analizan las tasas de incidencia de las personas diagnosticadas con la COVID-19 y se realiza la comparación entre ambas etapas, se observa un incremento notable de este indicador, de 108,9 puntos porcentuales, provocado por el deterioro de las condiciones epidemiológicas en el país como consecuencia de la entrada de viajeros procedentes del exterior, contagiados con la enfermedad y del incumplimiento de las medidas de protección establecidas por parte de las familias y de la población en general.

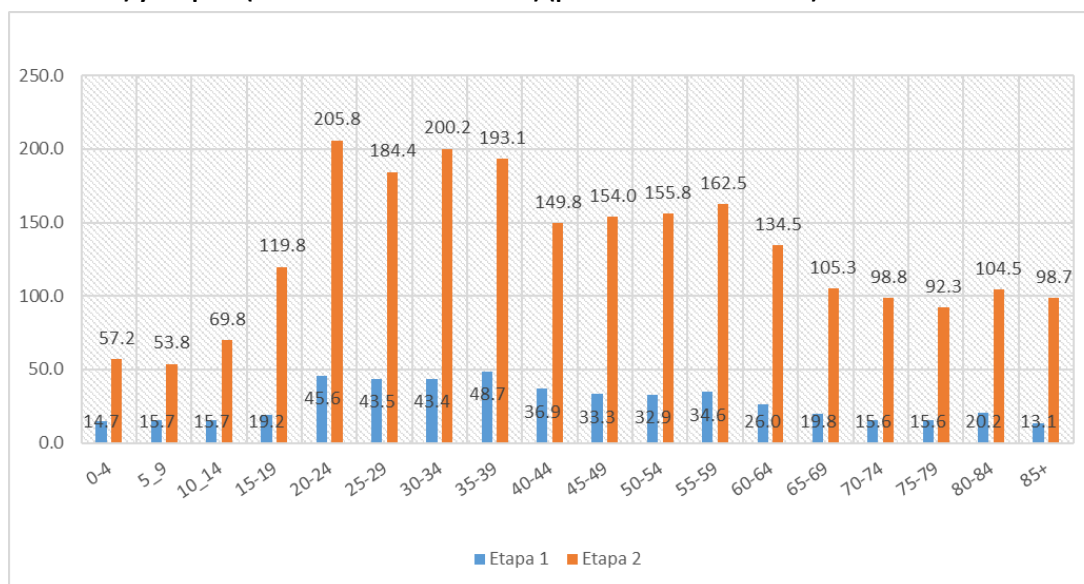
Al observar este comportamiento por grupos de edades, se debe referir que los mayores valores relativos le corresponden al grupo de 30-39 años de edad, en ambas etapas de estudio -con un incremento de 301,1%-, al pasar de una tasa de 92,1 confirmados por cada 100 000 habitantes de este grupo a una de 393,2 diagnosticados por cada 100 000 habitantes del mismo.

Llama la atención, además, el notable incremento de la tasa de incidencia en el grupo infanto-juvenil (0-19 años de edad) al pasar de 65,4 confirmados por cada 100 000 habitantes en la primera etapa a 300,5 diagnosticados por cada 100 000 habitantes de este grupo de edades, en la segunda etapa. Mientras, la tasa de incidencia para los

¹ Al cierre del 24 de enero de 2021

pacientes confirmados con la enfermedad con 60 años y más de edad también asciende considerablemente - 523,9%-, al presentar una tasa de incidencia de 634,2 diagnosticados por cada 100 000 habitantes pertenecientes a este grupo de edades, en la segunda etapa de análisis (figura 1).

Figura 1: Tasas de incidencia de los casos confirmados con la COVID-19 según grupos de edades (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero) (por 100 000 habitantes).

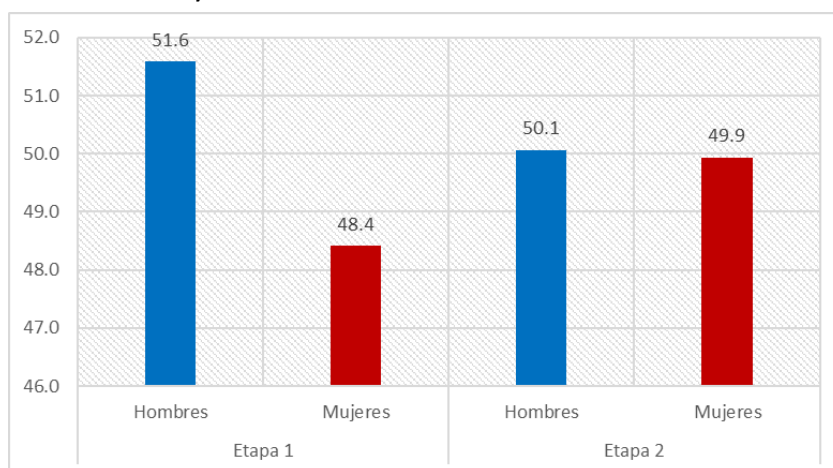


Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Distribución relativa de los casos confirmados por grupos de edades y sexos

Durante la pandemia de COVID-19, Cuba ha reportado un mayor número de confirmados pertenecientes al sexo masculino, situación que se mantuvo durante las dos etapas estudiadas, aunque, como se observa en la figura 2, el contraste está más marcado en la primera etapa objeto de estudio, al pasar de tener una diferencia de 3,2 puntos porcentuales entre ambos sexos, a comportarse con valores relativamente equitativos en el segundo periodo.

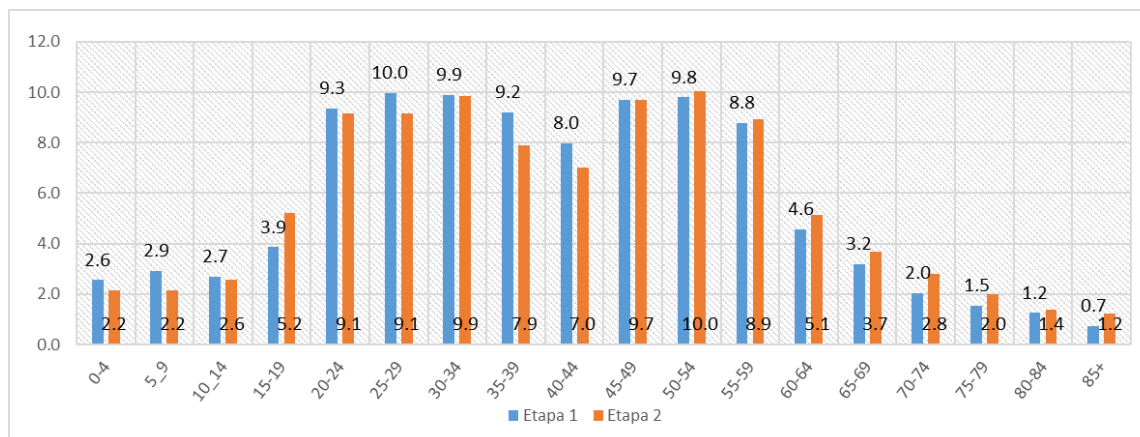
Figura 2: Distribución relativa de pacientes positivos a la COVID -19 por sexo (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).



Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Si se analiza la distribución relativa, por grupos quinquenales de edades, de los casos positivos a la enfermedad, se observa que, en la primera etapa, los mayores valores porcentuales corresponden a las personas de entre 25 y 29 años, con un 10% del total. Mientras, en la segunda etapa, el primer lugar lo ocupan las personas de entre 50 y 54 años y la del grupo de 35 a 39, al representar el 10% y el 9,9% del total de confirmados en el periodo, respectivamente. En consecuencia, se aprecia un ligero desplazamiento en la incidencia de la enfermedad por grupos de edades (figura 3).

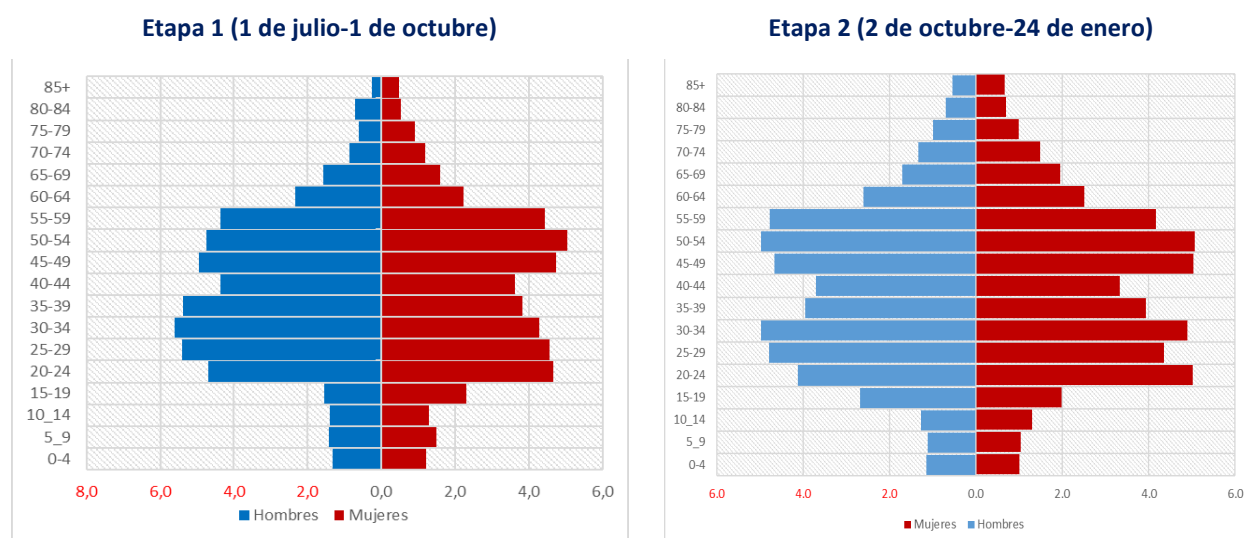
Figura 3: Distribución relativa de pacientes positivos a la COVID -19, por grupos de edades (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).



Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID_19 del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La situación descrita se puede observar, con mayor claridad, en las pirámides de población que se presentan en la figura 4.

Figura 4: Distribución de los pacientes positivos con la COVID-19 por grupos de edades y sexo (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).

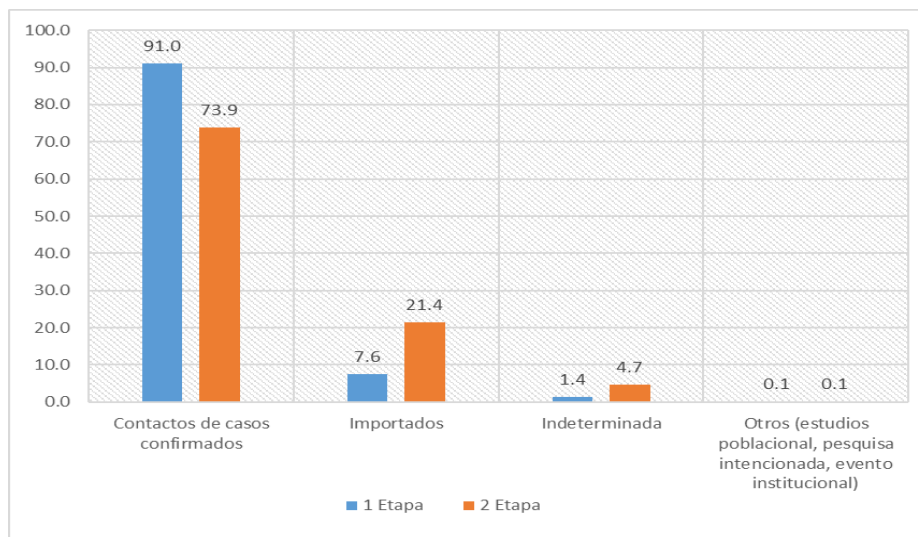


Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Fuentes de infección

La distribución de la población reportada como positiva entre la primera y segunda etapa, según fuente de contagio al momento de la confirmación, tiene una marcada diferencia, pues aunque en ambas etapas el mayor número de casos positivos tuvo como fuente de infección el hecho de ser contactos de casos confirmados (secundaria); en la segunda etapa se destacan los diagnosticados que importan la enfermedad desde exterior del país, lo que está en correspondencia con el reinicio de las labores en la totalidad de los aeropuertos cubanos, incluido el ubicado en la capital, a partir del 15 de noviembre del 2020. Atendiendo este comportamiento, mientras los casos positivos contactos de pacientes confirmados, disminuyen 17,1%, los diagnosticados con fuente de infección en el exterior aumentan su peso relativo en 13,8%. Las personas diagnosticadas con fuente desconocida también presentaron un ligero aumento (3,3%), como consecuencia del resquebrajamiento del cumplimiento de las medidas de contención de la pandemia (figura 5).

Figura 5: Distribución relativa de los casos confirmados según fuente de infección (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).

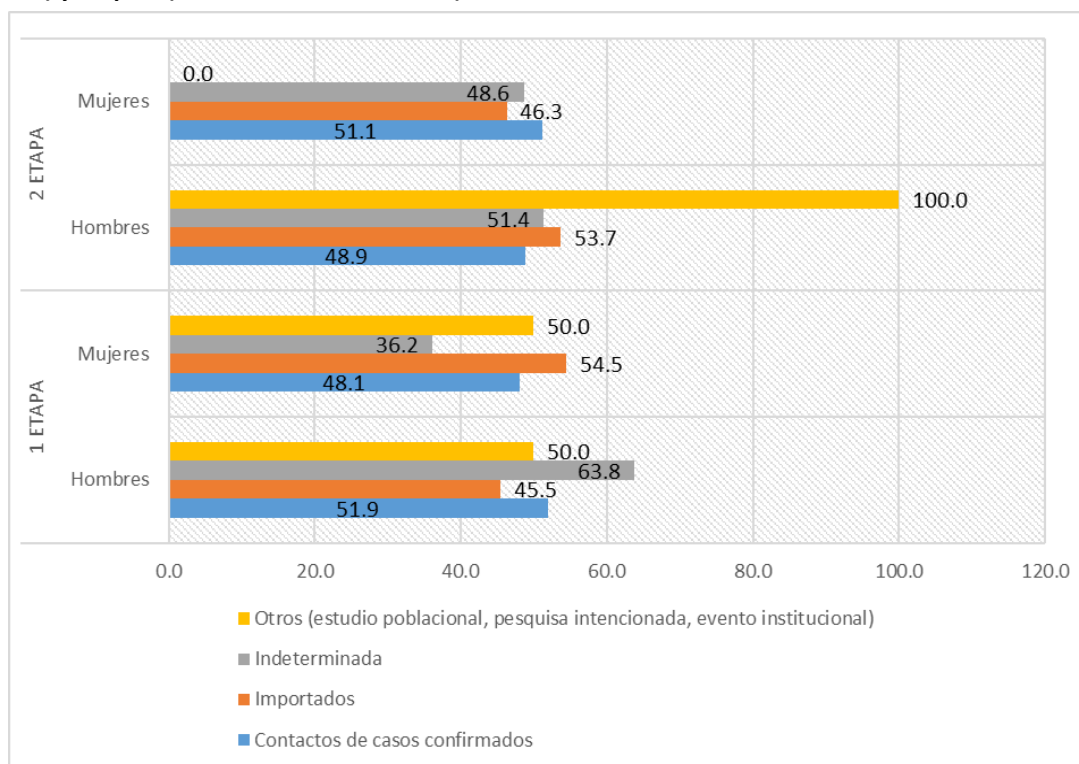


Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19 del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Ahora bien, ¿cómo ha sido este comportamiento según sexo?

Como se observa en la figura 6, los valores relativos de los confirmados con la enfermedad según sexo, que tienen como fuente de infección el extranjero, se comportaron de forma diferente en las dos etapas estudiadas. En la primera etapa de estudio, entre los casos que importaron la enfermedad, tuvieron una mayor representación las mujeres, mientras en la segunda etapa el primer lugar lo ocupan los hombres con el 54%, aproximadamente, del total de casos con fuente de contagio en el exterior.

Figura 6: Distribución relativa de los casos confirmados según fuente de infección y sexo (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).

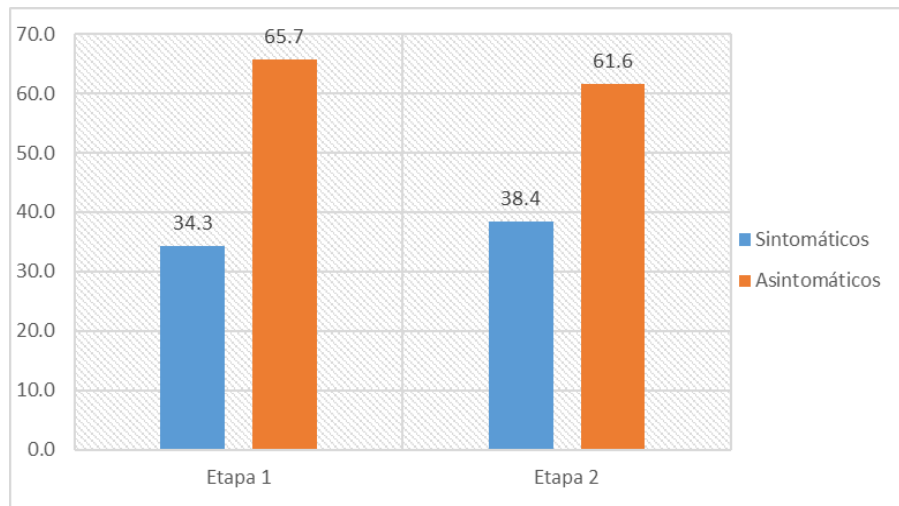


Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Presencia de síntomas al momento de la confirmación

Al tener en cuenta la existencia o no de síntomas al momento de la confirmación de la enfermedad, se puede observar que en las dos etapas fueron mayores los casos asintomáticos, destacándose en tal sentido los valores de los diagnosticados en la primera de ellas, al representar el 65,7% de los confirmados -4,1 puntos porcentuales más que en el segundo periodo de estudio. Esto complejiza aún más el control de la enfermedad, pues el virus puede circular sin ser detectado. Al mismo tiempo, el gran número de casos asintomáticos da muestra de la efectividad de los protocolos de contención de la pandemia, al aislar a los contactos de casos confirmados (figura 7).

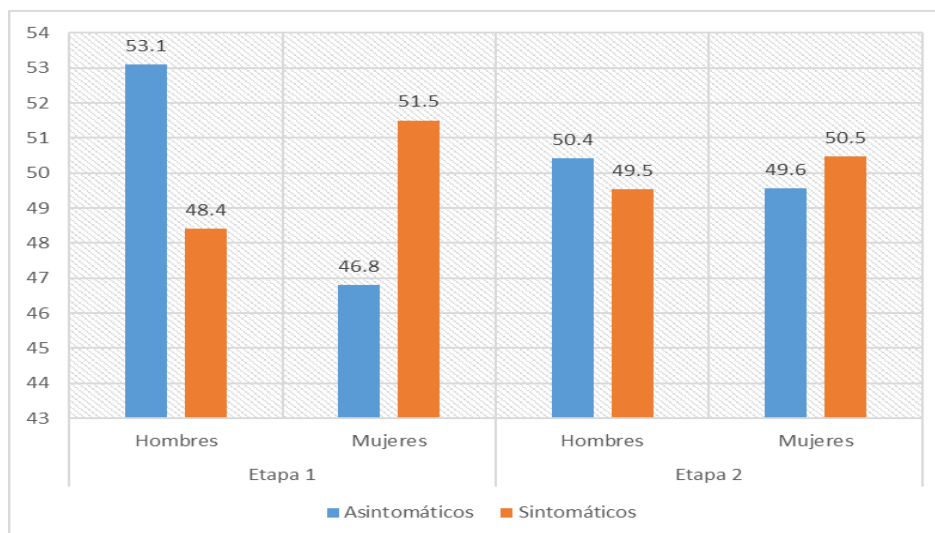
Figura 7: Distribución relativa de los casos confirmados según presencia de síntomas (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).



Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Al analizar este comportamiento según sexo, se evidencia que los casos con presencia de síntomas al momento de la confirmación fueron mayormente mujeres en ambas etapas, aunque existe mayor diferenciación en el primer periodo analizado. En el caso de los pacientes asintomáticos, son las personas del sexo masculino las que presentan los mayores valores relativos en ambas etapas (figura 8).

Figura 8: Distribución relativa de los casos confirmados asintomáticos y sintomáticos según sexo (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).

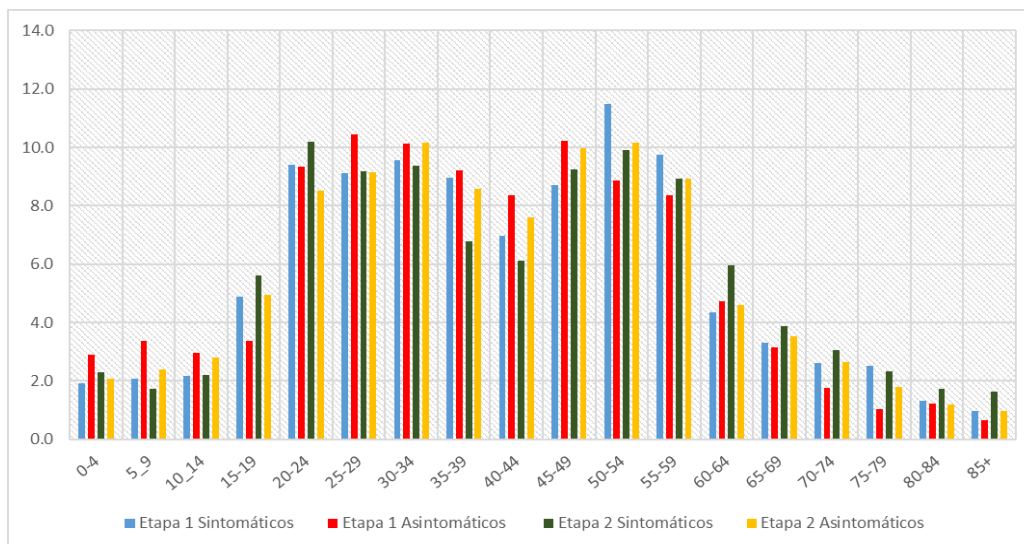


Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Cuando se analiza, por grupos de edades, la distribución de los casos positivos según presencia de síntomas al momento de la confirmación, se aprecia que la mayoría de ellos, tanto sintomáticos como asintomáticos, se

encuentran en las edades centrales, es decir, entre 20 y 59 años. Además, se observa que la mayoría de las personas confirmadas de 60 años y más presenta síntomas al momento del diagnóstico (figura 9).

Figura 9: Distribución relativa de los casos confirmados asintomáticos y sintomáticos según grupos de edades (%). Etapa 1 (1 de julio-1 de octubre) y Etapa 2 (2 de octubre-24 de enero).



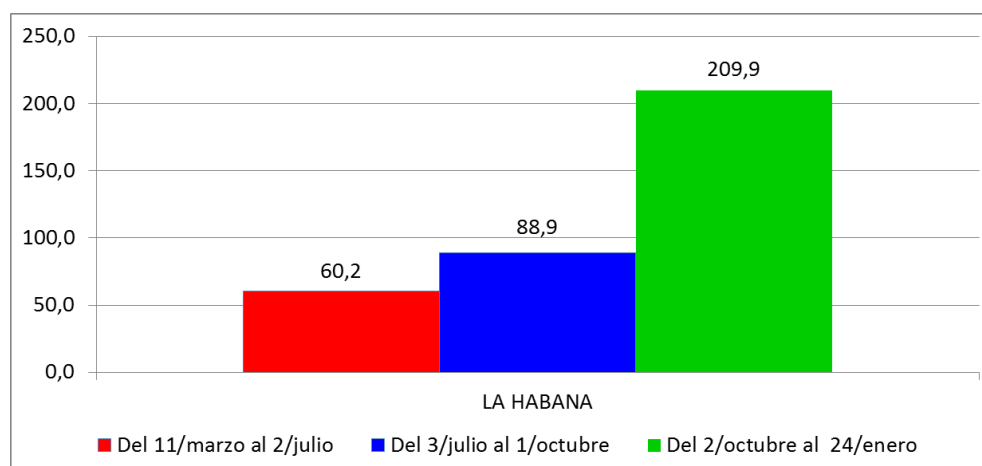
Fuente: Rodríguez, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La Habana sigue siendo el epicentro

Análisis comparativo del comportamiento de la COVID-19 en la capital cubana según tres etapas de análisis (Primera etapa: 11 de marzo hasta 2 de julio; segunda etapa: 3 de julio hasta el 1 de octubre y tercera etapa: 2 de octubre al 24 de enero)

La provincia de La Habana presenta, hasta el momento de cierre de este informe², el 37,5% del total de casos confirmados en el país, con el SARS-CoV-2. Al realizar un análisis por tasas de incidencia se aprecia el aumento de sus tasas por 100 000 habitantes de una etapa a la otra. En la tercera etapa existe un aumento que alcanza las 210 personas confirmadas con la enfermedad por cada 100 000 habaneros. El comportamiento de las tasas de incidencia se aprecia en la figura 1.

Figura 1. Tasas de incidencia de la COVID-19 en La Habana (tasas por 100 000 habitantes) según etapas. Cierre de la información 24 de enero de 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

² Se analizaron los datos hasta el 24 de enero de 2021

Composición por sexo y edad

La composición por sexo de la población diagnosticada con la COVID-19 en la capital, hasta el 24 de enero de 2021, muestra mayor cantidad de personas de sexo femenino con un 51,0% del total, mientras los hombres contabilizan un 49,0%. Los hombres van a predominar en la primera etapa, pero en las siguientes los mayores valores los muestran las mujeres, como puede apreciarse en la tabla 1.

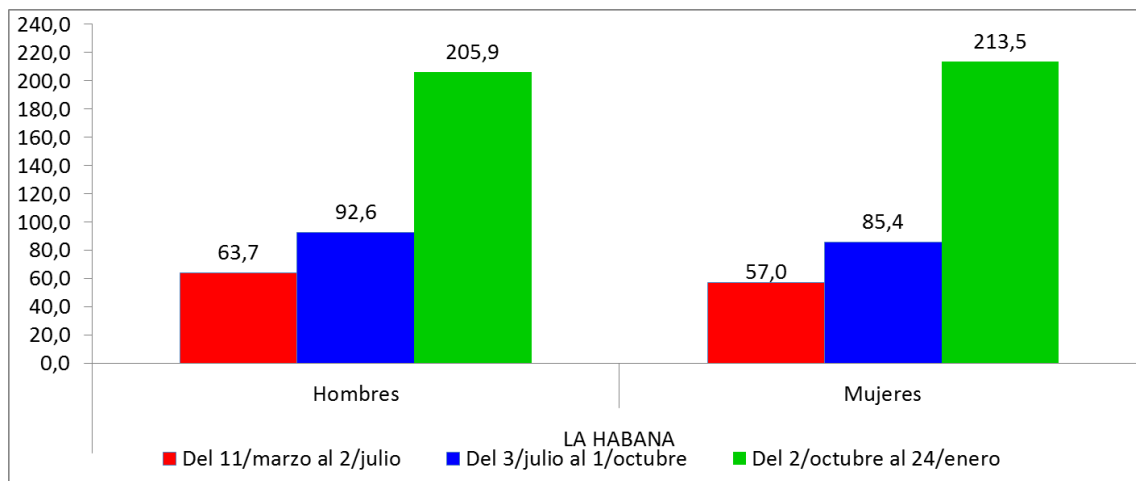
Tabla 1. Composición por sexo de las personas con la COVID-19 en La Habana (porcentaje) según etapas. Cierre de la información 24 de enero 2021

Provincias Etapas	Del 11 de marzo al 2 de julio		Del 3 de julio al 1 de octubre		Del 2 de octubre al 24 de enero	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
La Habana	50,5	49,5	49,8	50,2	46,8	53,2

Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En el territorio de La Habana se aprecia un aumento de las tasas de incidencia para ambos sexos entre etapas, siendo mayor la tasa de los hombres respecto a la de las mujeres en las dos primeras etapas (figura 2).

Figura 2. Tasas de incidencia por sexo de la COVID-19 en La Habana (tasas por 100 000 habitantes del sexo y territorio) según etapas. Cierre de la información 24 de enero de 2021

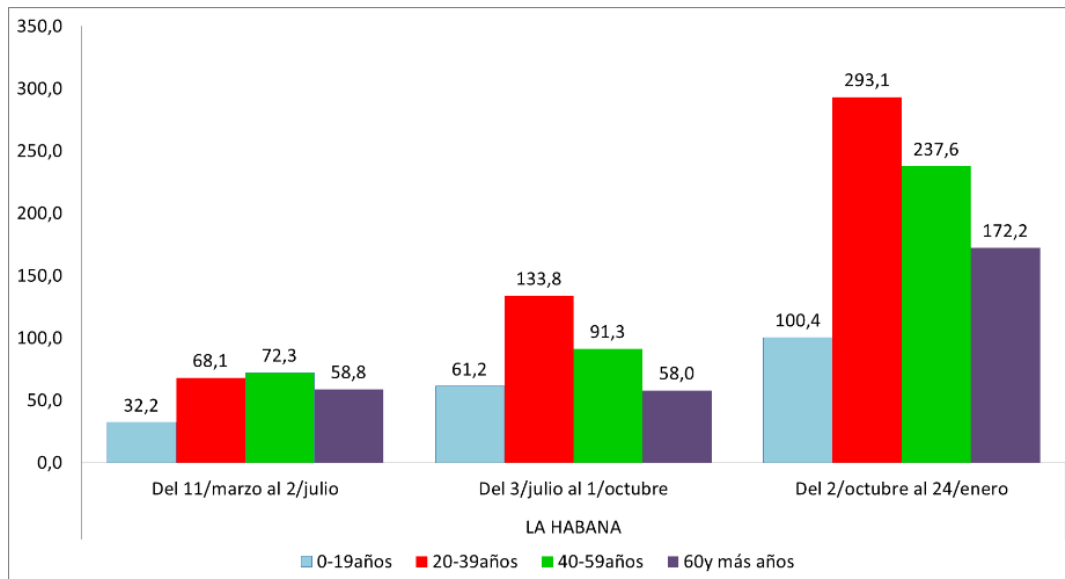


Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La figura 3 muestra las tasas de incidencia de la enfermedad por grupos de edades en las tres etapas. Se aprecia como en la primera etapa las mayores tasas están en el grupo de 40-59 años, mientras, en las dos siguientes, es el grupo de 20-39 años el que reporta los mayores valores. Igualmente, puede apreciarse como las tasas de los grupos de 0-19 años y de 20-59 años aumentan entre las etapas en tanto. En los mayores de 60 años, disminuye la tasa de la primera a la segunda etapa, pero aumenta en el período final.

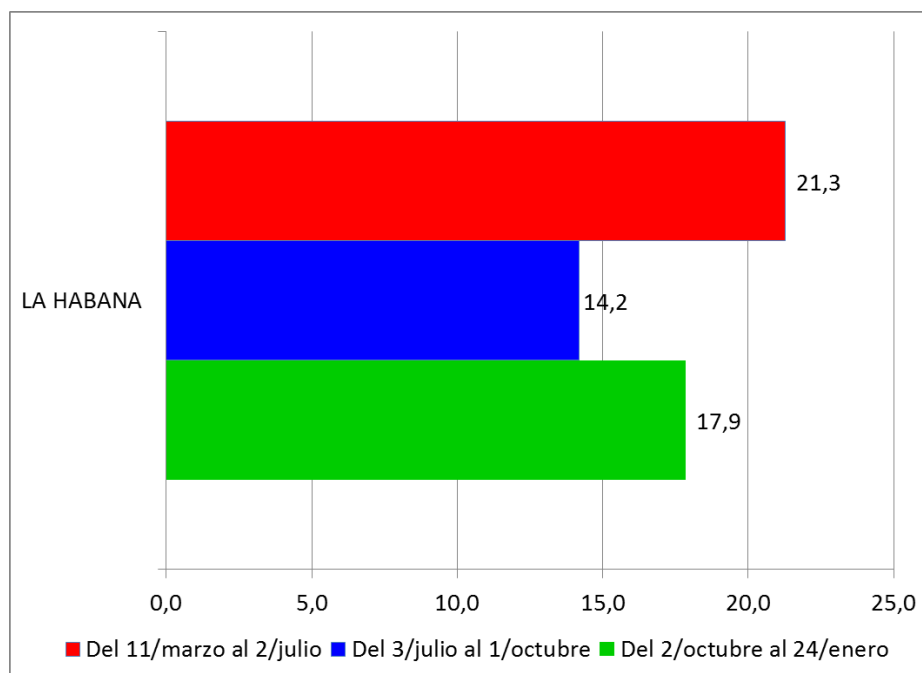
Los porcentajes de las personas con 60 y más años disminuyen de la primera a la segunda etapa, pero aumentan entre la segunda y la tercera (figura 4). Es válido destacar que se hace necesario el análisis según las tasas de incidencia para poder apreciar con mayor claridad el impacto en las poblaciones estudiadas.

Figura 3. Tasas de incidencia de la COVID-19 en La Habana (tasas por 100 000 habitantes del grupo etario y territorio) según grupos de edades y etapas. Cierre de la información 24 de enero de 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Figura 4. Grado de envejecimiento de los casos confirmados con COVID-19 en La Habana (%) según etapas. Cierre de la información 24 de enero 2021

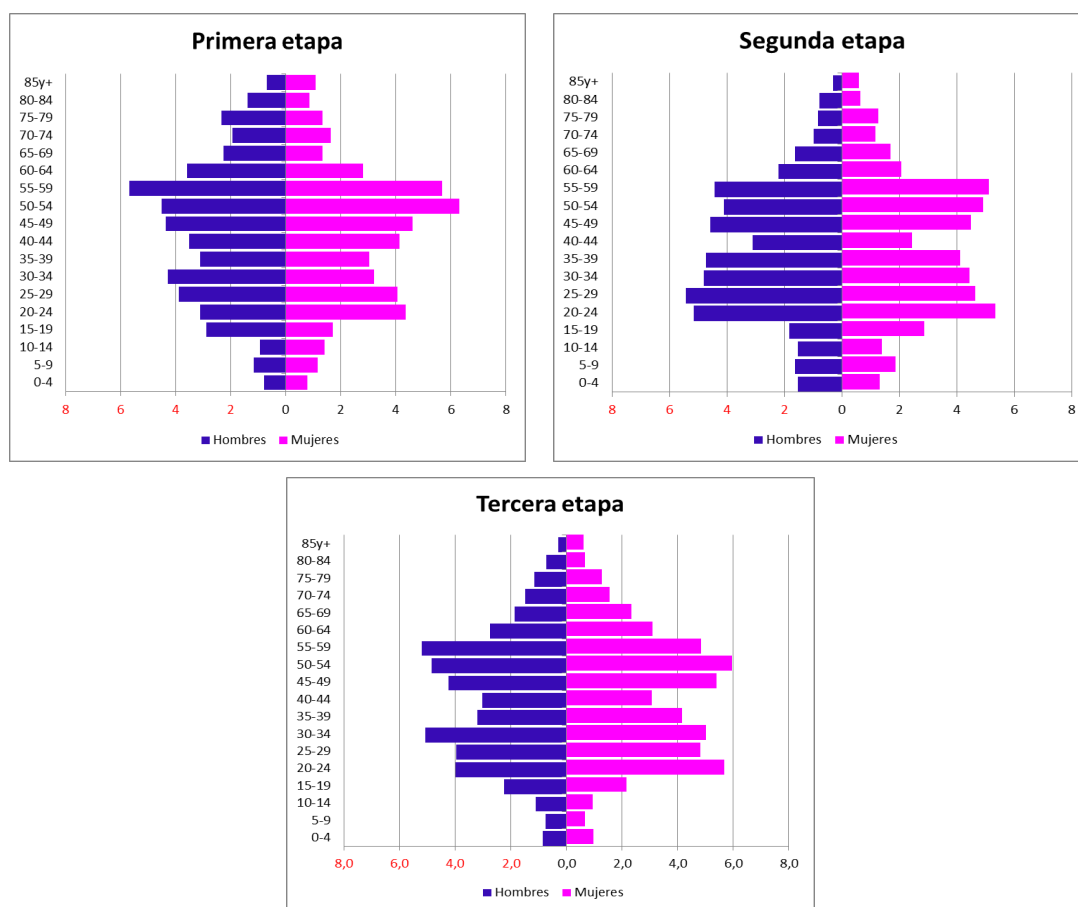


Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Por grupos quinquenales de edad

En la figura 5 se aprecia cómo ha sido la evolución por grupos quinquenales de edad, según las etapas de análisis. En la primera etapa son mayores los porcentajes en los grupos de 50-59 años; en la segunda, los grupos de 20-24 y 25-29 años y en la tercera, los grupos de 30-34, 50-54 y 55-59 años.

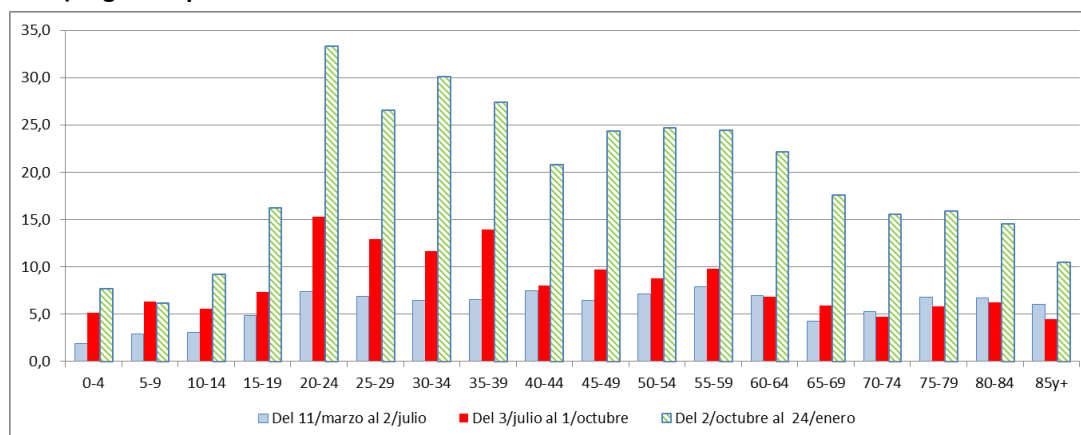
Figura 5. Estructura por edades de la población de los casos confirmados con COVID-19 en La Habana (%) según etapas. Cierre de la información 24 de enero 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Al tener en cuenta las tasas de incidencia por cada 10 000 habaneros del grupo de edad, se aprecia que en la primera etapa estas son mayores en los grupos de 55-59, 20-24 y 40-44 años. En la segunda etapa, son mayores en los grupos de 20-24 y 35-39 años y en la tercera, en los grupos de 20-24 años y 30-34 años. En general, existe un aumento de todas las tasas en esta última etapa (figura 6).

Figura 6. Tasas de incidencia de los confirmados con la COVID-19 en La Habana (por cada 10 000 habaneros del grupo etario) según etapas. Cierre de la información 24 de enero 2021.

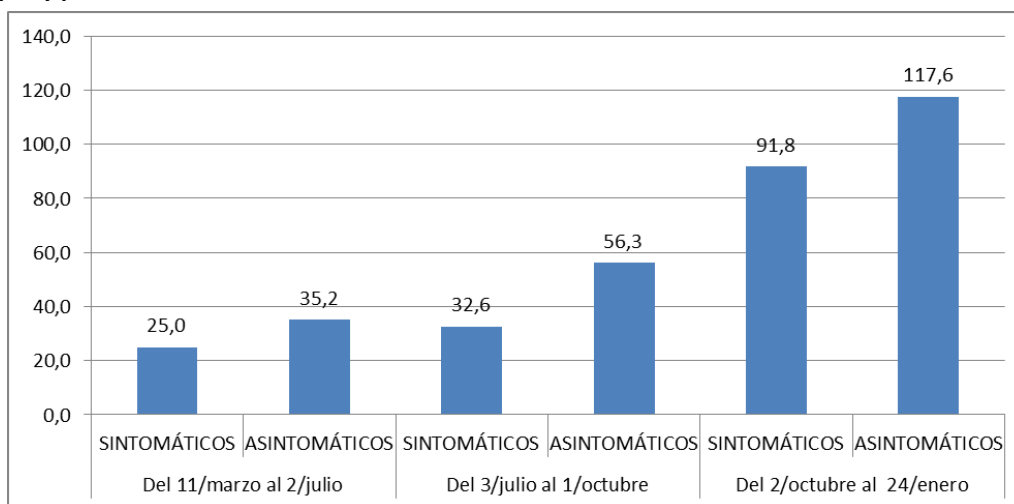


Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Si se analiza el **comportamiento de la mortalidad** por COVID-19, puede apreciarse que en la primera etapa se reportaron 47 decesos; en la segunda, 17 y en la tercera, 14. El 82,5% de los fallecidos tienen más de 60 años y el 53,8% son del sexo masculino. El índice de letalidad es de 1,0% y la tasa de mortalidad por COVID-19 es de 3,7 fallecidos por 100 000 habitantes.

Según la **presencia de síntomas** en el momento de la confirmación, es destacable que en las tres etapas las tasas de las personas asintomáticas son mayores que las de quienes presentaron síntomas de la enfermedad. En la última etapa, por cada 100 000 habaneros, existen 20 personas asintomáticas más que aquellas que presentan sintomatología (figura 7)

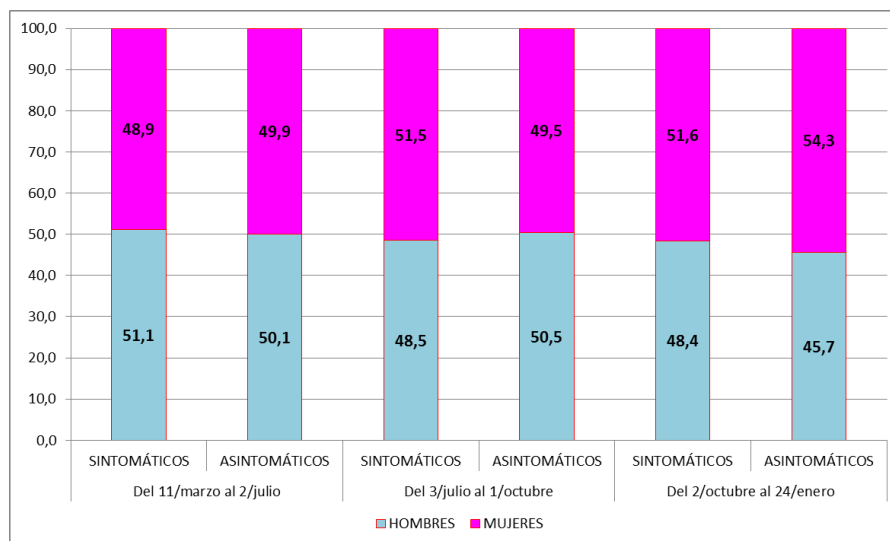
Figura 7. Tasas de incidencia de casos confirmados con la COVID-19 en La Habana (por cada 100 000 habaneros) según etapas y presencia de síntomas. Cierre de la información 24 de enero 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Cuando se realiza este análisis según sexo, en la primera etapa predominan las mujeres –tanto asintomáticas como sintomáticas- frente a los hombres. En la segunda etapa, las mujeres sintomáticas presentan mayor porcentaje que los hombres en la misma condición; pero en el caso de los asintomáticos, son los hombres la mayoría. En la etapa final, tanto para sintomáticos como para asintomáticos, las mujeres presentan los mayores valores porcentuales (figura 8)

Figura 8. Distribución porcentual de los confirmados con la COVID-19 en La Habana (%) según etapas, sexo y presencia de síntomas. Cierre de la información 24 de enero 2021

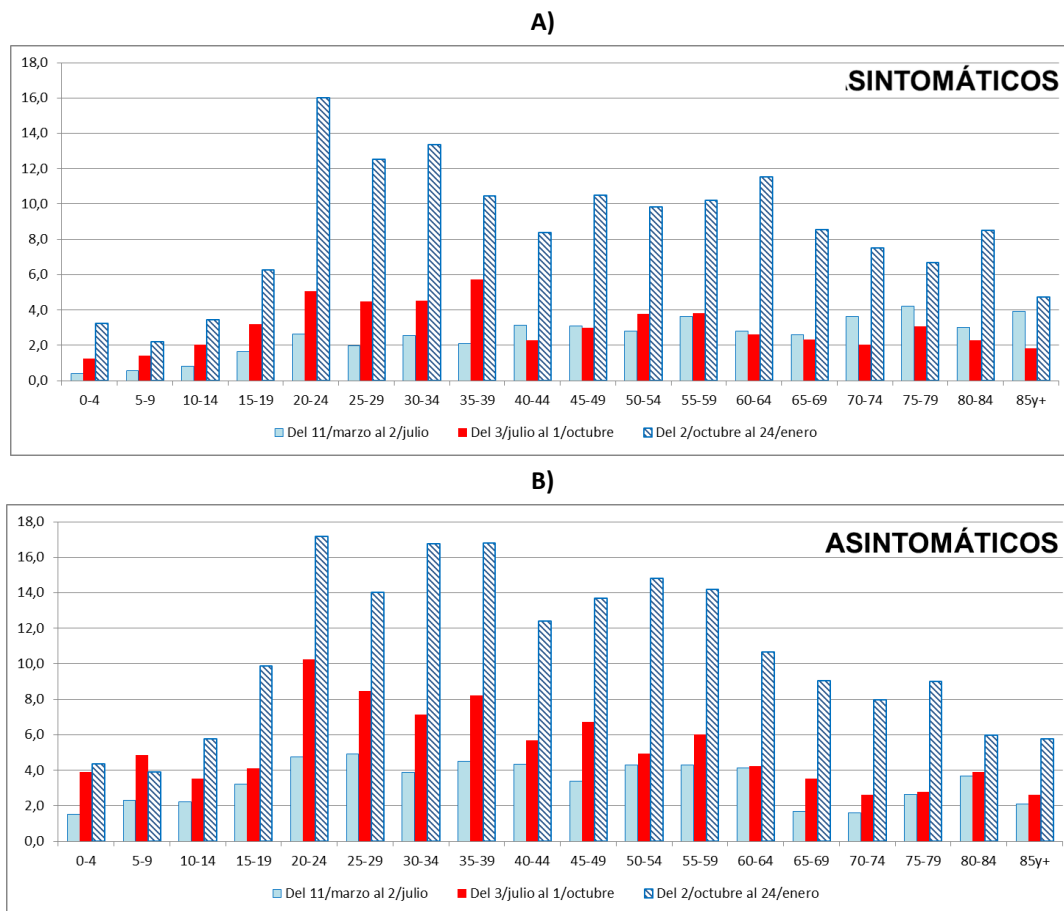


Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Por grupos quinquenales de edad y presencia de síntomas, en la primera etapa las mayores tasas de personas sintomáticas se concentran en los grupos de 75-79 años y 85 y más. En el caso de las asintomáticas, tienen mayor peso en los grupos de 20-29 años. En la segunda etapa, las mayores tasas de personas sintomáticas se presentan en los grupos de 35-39 años y de 20-24 años, mientras que las de asintomáticas, en los grupos de 20-29 años y 35-39 años.

En tanto, en la tercera etapa, el grupo de 20-24 años concentra las mayores tasas tanto de sintomáticos como de asintomáticos. En el caso de estos últimos también se registran tasas importantes en el grupo de 30-39 años (figura 9).

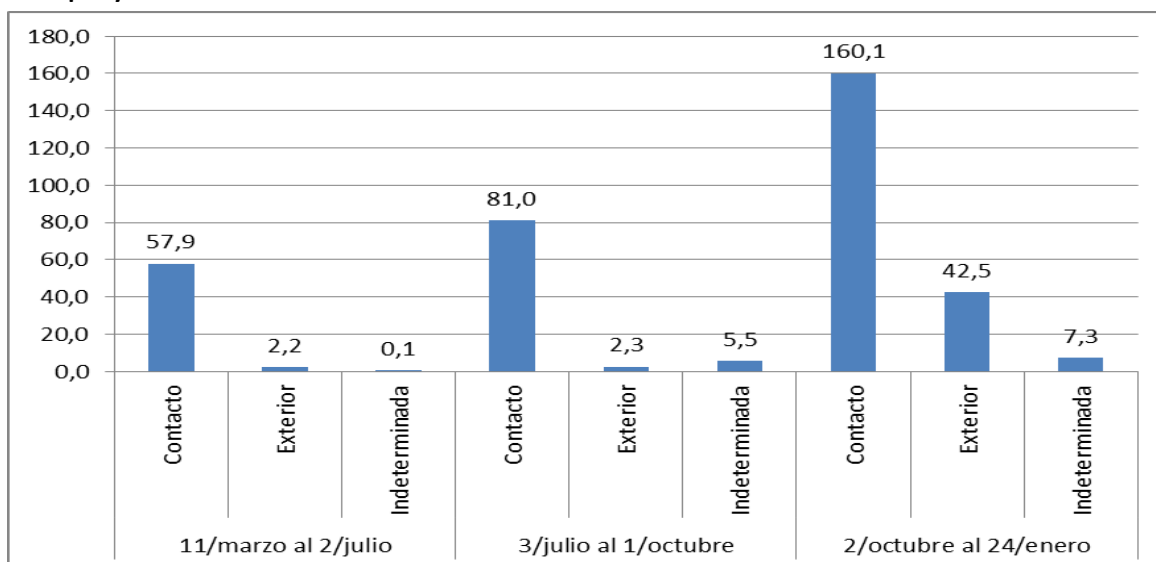
Figura 9. Tasas de incidencia de casos confirmados con la COVID-19 en La Habana (por cada 10 000 habitantes del grupo de edad) según etapas y presencia de síntomas. A) Sintomáticos y B) Asintomáticos. Cierre de la información 24 de enero 2021.



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Al realizar un análisis por fuente de infección, se aprecia que en la provincia las mayores tasas de incidencia son por contacto de casos confirmados con la enfermedad en las tres etapas, seguido de las personas con fuente de infección en el exterior. Los menores valores corresponden a los casos en que no fue posible precisar la fuente de infección; aunque en la segunda etapa las tasas de incidencia por fuente de infección indeterminada fueron mayores que las tasas de las personas llegadas desde el exterior (figura 10).

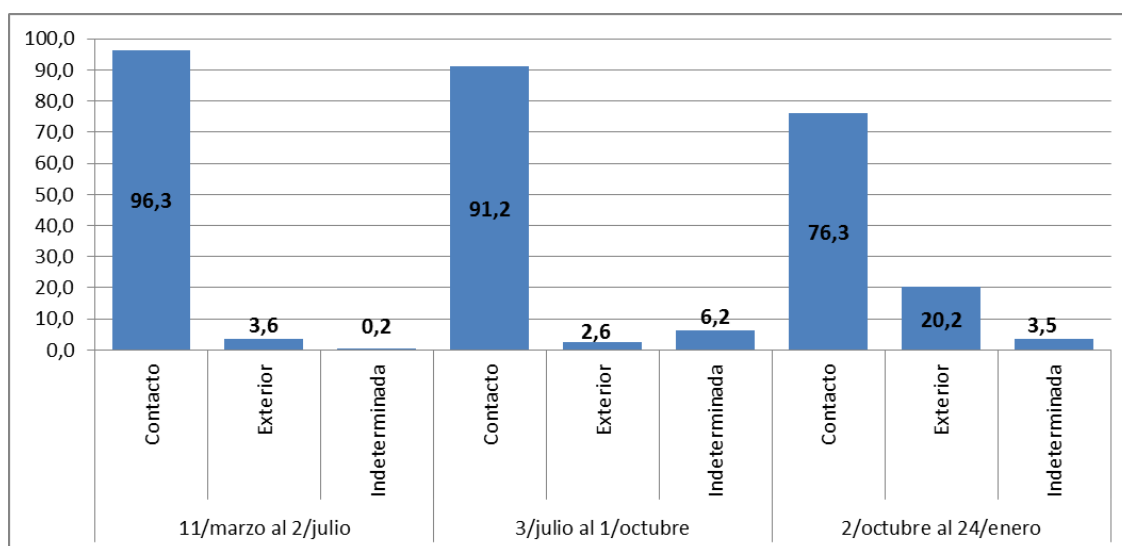
Figura 10. Tasas de incidencia de casos confirmados con la COVID-19 en La Habana (por cada 100 000 habitantes) según etapas y fuente de infección. Cierre de la información 24 de enero 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Si se tiene en cuenta la distribución por tipo de fuente de infección, se aprecia que el mayor porcentaje, en las tres etapas, corresponde a las personas contagiadas por contacto con casos confirmados. La mayor proporción por contacto con casos confirmados se aprecia en la primera etapa. En el caso de las personas que adquirieron la COVID-19 en el exterior, el mayor porcentaje se presenta en la tercera etapa y en el caso de las personas en que no fue posible precisar la fuente de infección, la mayor proporción se concentra en la segunda etapa (figura 11).

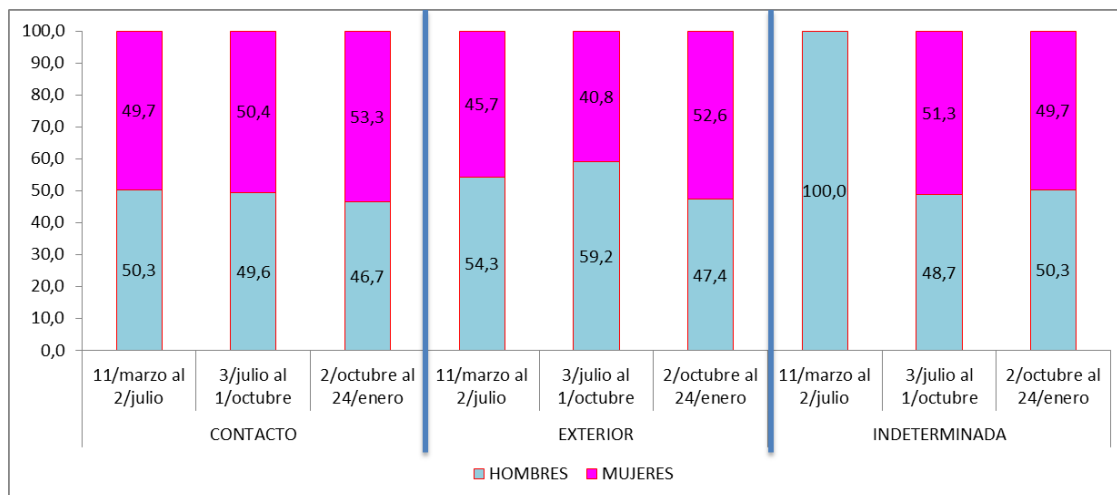
Figura 11. Distribución porcentual de casos confirmados con la COVID-19 en La Habana (%) según etapas y fuente de infección. Cierre de la información 24 de enero 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En el análisis por sexo y fuente de infección, en la primera etapa predominan los hombres entre las personas contagiadas por contacto con casos confirmados; mientras en las siguientes etapas son las mujeres la mayoría en esta situación. Con fuente de infección en el exterior, predominan los hombres en las dos primeras etapas, mientras en la tercera se invierte ese comportamiento. En aquellos casos en que no fue posible determinar la fuente de infección, en la primera etapa hubo un predominio absoluto masculino, en la segunda etapa las mujeres presentan mayor porcentaje y los hombres vuelven a ser mayoría en la tercera etapa (figura 12).

Figura 12. Distribución porcentual de casos confirmados con la COVID-19 en La Habana (%) según etapas, sexo y fuente de infección. Cierre de la información 24 de enero 2021



Fuente: Mora, A. (2021). Cálculos realizados a partir de la Base de Datos de la COVID-19, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Algunas recomendaciones ante la actual situación de la COVID-19 en Cuba

El análisis incluye elementos vinculados al cumplimiento de los protocolos sanitarios, la comunicación y el seguimiento al curso de la pandemia.

La COVID-19 es un grave problema de salud y, como todo problema de salud, es también social. En este caso, queda probado que el comportamiento de las personas interviene decisivamente en la contención de pandemias como esta, que afecta al planeta hace ya más de 12 meses.

Es necesario modificar el comportamiento humano, lo cual resulta un complejo y largo proceso que exige acciones estratégicas en el plano educacional, comunicativo y de control que se combinen y articulen de forma armónica a nivel social, nacional, territorial y local, sobre la base del conocimiento de las características de la población que está expuesta a ese riesgo.

El protocolo de enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba debe tener éste entre sus principales principios y propósitos, lo que además serviría ante otras enfermedades futuras y aportaría a un mejor desenvolvimiento de nuestra sociedad y de las personas que son parte de ella.

Para conseguirlo, desde el Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), de la Universidad de La Habana, hemos sistematizado una serie de recomendaciones, fruto de diferentes análisis, procesamiento de datos e investigaciones específicas en las que hemos estado trabajando desde la detección de los primeros casos de la enfermedad en el país.

De esta forma, consideramos que los siguientes elementos resultan esenciales para cumplir este empeño:



Adicionalmente, resulta muy importante **revisar y reelaborar los protocolos de cumplimiento en cada una de las fases**. En ese sentido, se debe tener en cuenta:

Para todas las fases y la nueva normalidad
(en este caso hasta que se determine que el riesgo queda eliminado en lo esencial)



- ☐ Uso correcto y obligatorio del nasobuco.
- ☐ No realización de fiestas y actividades recreativas u otras públicas, incluidas religiosas que provoquen aglomeración de personas.
- ☐ Control sanitario estricto y real del movimiento de personas entre todas las provincias del país.

Para la 1ra, 2da y 3ra fases



- ☐ Mantener la interrupción del transporte interprovincial de la población, público y privado, en las tres fases. Solo permitirlo bajo aprobación excepcional.
- ☐ Mantener la suspensión de actividades docentes presenciales en las tres fases.
- ☐ Eliminar el confinamiento en las casas y retornar a la variante de centros de aislamiento al efecto.
- ☐ Mantener el protocolo de control y medidas epidemiológicas sobre los viajeros internacionales y nacionales, y en relación con la población que intenta acudir para recibir o despedir visitantes, *en las tres fases y en todas las provincias con aeropuertos.*

Otras recomendaciones



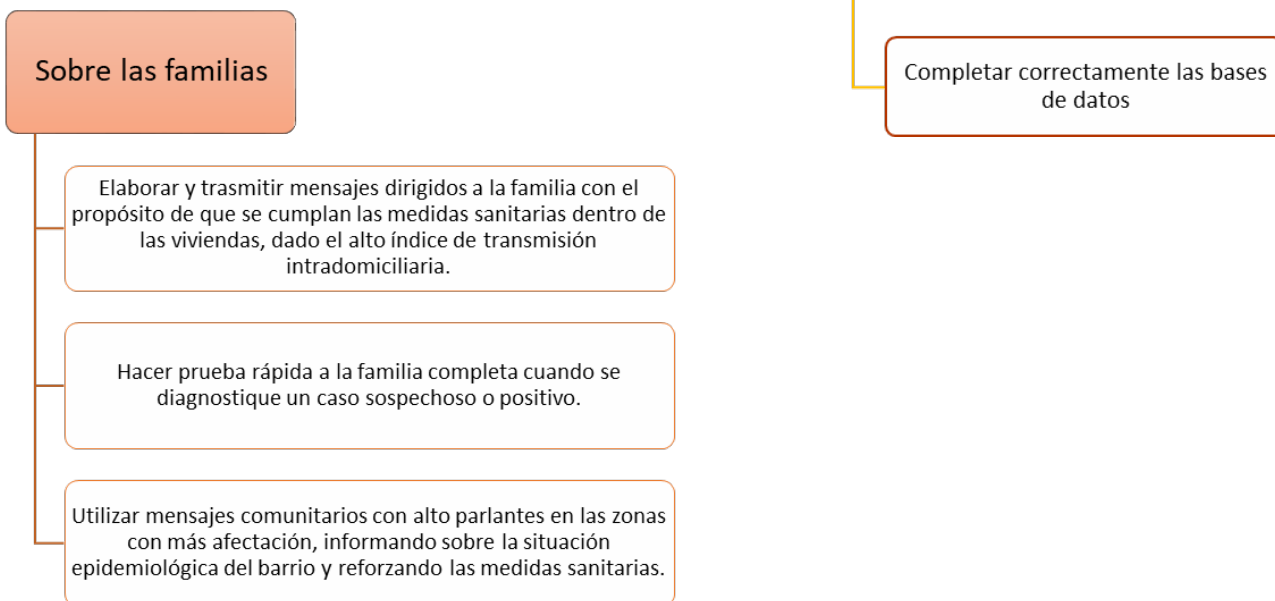
- ☐ Desarrollar el turismo internacional **a partir de la tercera fase** como regla, según los diferentes polos turísticos.
- ☐ Permitir el funcionamiento de instituciones turísticas para turismo nacional **solo en la nueva normalidad** y manteniendo el cumplimiento de los protocolos sanitarios estrictamente.

En el caso de los **procesos de dirección y conducción del enfrentamiento**, se recomienda:

- Elevar la percepción de riesgo permanente en las estructuras de gobierno provinciales e intendencias municipales, acorde al comportamiento que presenta la pandemia en sus territorios y las vulnerabilidades de su población, particularizando en su movilidad interprovincial, municipal e internacional.
- En particular para la provincia de La Habana, crear un grupo de expertos integrado por especialistas de la salud, estadísticas y ciencias sociales que evalúen la complejidad epidemiológica, demográfica, económica y social en general de cada uno de sus municipios, y de la provincia en su conjunto y el estado de las fuerzas con que se cuenta para enfrentar la compleja situación. Este grupo debe proponer o ratificar la estrategia de trabajo.
- Revisar el óptimo uso del teletrabajo y su real control.

Con relación al **Plan de ciencia e innovación existente**:

- Articular el plan de investigaciones que se realizan centralmente, con las potencialidades con que cuentan las provincias en temas específicos y pertinentes.
- Impulsar los estudios de las ciencias sociales, en particular desde la psicología y la demografía.



COVID-19: Medios de prensa y percepción de riesgo

Informar a la población acerca de los riesgos para la salud que puede representar la COVID-19, así como las medidas que puede tomar para protegerse resulta clave para reducir las probabilidades de que las personas se

infecten y para mitigar la propagación de la enfermedad. Si se facilita información precisa, pronta y frecuentemente de manera que las personas entiendan y a través de canales confiables, la población podrá tomar decisiones y adoptar comportamientos positivos para protegerse a sí misma y a sus seres queridos.

La información es el primer recurso que permite a la población tomar decisiones informadas para cuidar su salud y prevenir rumores y desinformaciones. En ese sentido, se recomienda:

Diseñar una estrategia integral para la cobertura de la COVID-19 en medios de prensa, apostando sobre todo a su mantenimiento a largo plazo.

Cada cambio de protocolo, o de fase, debe acompañarse de indicaciones para articular procesos de comunicación que incorporen la novedad del contexto sanitario, sin desmovilizar aquellas medidas que deben mantenerse. De hecho, a medida que se avanza hacia el control de la enfermedad, se deben generar mensajes atractivos sobre lo que no se debe desmovilizar.

Equilibrar de manera creativa la necesidad de no crear pánico, con la urgencia de mostrar el alto nivel de riesgo, preferiblemente priorizando lo último.

La reiteración de un mensaje ya conocido genera rechazo. Esta idea es válida para todo tipo de recurso comunicacional. La clave es la renovación, desde otras estéticas, de nuevas maneras de narrar buscando el mismo objetivo.

La urgencia por enfrentar la contienda no se puede traducir en la obviedad del mensaje. La sociedad, y los jóvenes en particular, demandan otros lenguajes, otros resortes.

Diversificar mensajes según públicos. Importante diseñar líneas de mensaje para las familias, de acuerdo al impacto que están teniendo en la propagación del virus.

Aprovechar experiencia de realizadores de video clip para construir mensajes que se distingan por la síntesis.

Aprovechar la capacidad movilizativa de la gráfica y el humor desde el conocimiento de la situación sanitaria y sus intersecciones

Uso de recursos popularizados desde las redes sociales como bots, carteles, infografías o memes. Su “simpleza comunicacional” facilita su rápida multiplicación. Más de 6 millones de cubanos están conectados a internet a través de los móviles.

Reforzar los mensajes dirigidos a elevar la percepción de riesgo a través de: testimonios de personas que han padecido la enfermedad y expliquen cómo se contagiaron, entrevistas a personas en lugares públicos que se muestran expuestas (mal uso del nasobuco, no guardar la distancia física, entre otras. Hacérselos ver frente a cámara y preguntarles por qué lo hacen), entre otros.

Temas esenciales a mantener con creatividad

La cimentación social sobre el uso prologando del nasobuco, independientemente de la fase en que se encuentre el territorio. Es importante subrayar la necesidad de asumirlo como parte de nuestra cotidianeidad

No se trata de generar una paranoia colectiva o desatar una sicología social que apunte al miedo, pero NO es posible construir una actitud responsable, sin el debido conocimiento del tema y la comprensión del riesgo real.

La vacuna no es una varita mágica. Es necesario no desmovilizar las medidas, ni la intensidad del tratamiento mediático, aunque mejore coyunturalmente la contingencia sanitaria.

La urgencia de acudir a los servicios de salud ante el primer síntoma. Importante mostrar con claridad la relación entre demora en acceder a los servicios y la evolución hacia formas graves de la enfermedad.

Mantener la protección también al interior de los hogares y centros laborales o de estudio. No se trata solo de lavarse las manos o de aplicar el hipoclorito a las superficies, también lavar la ropa inmediatamente, redoblar la limpieza del hogar, tomar las medidas de aislamiento para cortar los contagios. Esto ha estado menos presente en las líneas de mensajes.

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 / Lic. Juliette Fernández / Dra. Consuelo Martín Fernández / MSc. Maydeé Vázquez Padilla / Dr. Rafael Araujo / Dra. Alina Alfonso León / MSc. Patricia Pérez Alonso / Lic. Odalis Machandi.

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

