



Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

Boletín INFOPOB

Edición Especial COVID-19

#QUEDATEENCASA #CUBAVSCOV
#CEDEMUHVSCOV

No. 2, 20 de mayo de 2020

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

Esta edición especial del boletín INFOPOB en tiempos de COVID-19 pretende actualizar, con una frecuencia semanal, elementos del comportamiento de la pandemia directamente relacionados con las dinámicas de población de países y territorios. Además, presenta análisis de las estadísticas oficiales de Cuba desde una visión sociodemográfica.

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.

Demografía y COVID-19

La ciencia demográfica crea un contexto específico para el análisis de la configuración de la pandemia debido a que su objeto de estudio está directamente relacionado con las dinámicas de la población y sus diversas intersecciones¹.

¿Por qué la demografía nos ayuda a entender la pandemia de la COVID-19?

En primer lugar, porque la demografía tiene como objeto de estudio la composición y la dinámica de la población, así como los factores sociales, ambientales, económicos, que la determinan. Ello crea un contexto específico, que incide en la configuración de las características de la pandemia. En segundo lugar, porque la mortalidad y morbilidad generada por la COVID-19 en las personas tiene un impacto directo en los componentes demográficos.

Antes de pasar a exponer los elementos demográficos es importante mostrar un indicador esencial para la comprensión del comportamiento de la COVID-19.

El indicador ***R***o es el indicador clave de una pandemia. El ***R***o mide el número de personas que se espera serán contagiadas al inicio de la infección por cada persona infectada. Mide el potencial de transmisión de una enfermedad cualquiera.

¹ Para este análisis se utiliza el contenido de la conferencia impartida por el demógrafo Dr.C José Miguel Guzmán *La demografía del COVID-19. Datos y estadísticas en perspectivas*. Presentación especial en el marco del Día Internacional de la Estadística. Escuela de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana. Mayo 12, 2020.

¿Cómo se interpreta este indicador?:

- si R_0 es mayor que 1, la epidemia seguirá incrementándose exponencialmente,
- si R_0 es igual que 1, no se terminará, pero no constituirá una epidemia,
- Si R_0 es menor que 1, se extingue la epidemia.

Se espera que R_t (la tasa de reproducción de la epidemia en el tiempo) disminuya a medida que la epidemia se contiene porque la población susceptible se reduce.

Ahora, las probabilidades de infección están determinadas por la tasa de contactos, la duración del periodo infeccioso y la probabilidad de infección durante el contacto y, una vez contagiado, de sobrevivir o morir.

Con relación a cada uno de esos determinantes hay medidas que se han implementado para disminuir el riesgo del contagio y la muerte por COVID-19

Determinante de la infección por SARS-Cov-2	Medida implementada para disminuir la transmisión del virus
Tasa de contacto. Cuántos contactos por persona infectada.	Distanciamiento social o aislamiento físico, limitación de la interacción familiar y social
Duración del periodo infeccioso (7-8 días o hasta 21 días).	Cuarentena, internamiento en servicios de salud
Probabilidad de infección durante el contacto.	Medidas de protección sanitaria (lavarse las manos con agua y jabón, uso de nasobuco o máscaras, guantes, desinfección de las superficies con solución alcohólica o hipoclorito, mantener la distancia física de un metro y medio con otras personas).
Una vez contagiado, la probabilidad de sobrevivir o morir. ¿Cómo cambiar esa letalidad?	Hospitalización y tratamiento médico. La hospitalización puede modificar la letalidad, tratando también la comorbilidad (HTA, diabetes mellitus y otras enfermedades y riesgos) que agrava la COVID-19.

El análisis de la conducta de la población y de las decisiones de los gobiernos en relación con el acceso a los servicios de salud y sus recursos, en el cumplimiento de estas medidas es esencial para comprender y explicar las variantes y tendencias del comportamiento de la pandemia en cada país y sus escalas territoriales.

¿Qué elementos de la composición de la población son importantes en el análisis de la pandemia?

Tres son fundamentales:

- El tamaño de la población, densidad y urbanización.
- Distribución por sexo y edad.
- Patrones de co-residencia y relaciones entre generaciones

El tamaño de la población, densidad y urbanización

En principio un tamaño grande de la población puede aumentar el riesgo de aumentar el contagio al menos hasta que no se haya tomado una medida. Una vez que comience la propagación es difícil parar la transmisión. Se necesita de la acción gubernamental, social e individual para detener la misma.

Más que la densidad, es importante controlar cuánta movilidad implica esa densidad. Por otro lado, hay estudios que demuestran que la densidad poblacional no necesariamente está relacionada directamente con la infección. El ejemplo de algunas ciudades en China, que lograron controlar la infección a pesar de su densidad, así lo confirman. Un mejor acceso a los servicios de salud incide en un corte más rápido de la infección.

Esto significa que la densidad, la movilidad de la población y el acceso a servicios mezclan sus efectos y estos cruces deben considerarse en el análisis de la pandemia.

Distribución por sexo y edad

Es el componente más importante, según señala el doctor Guzmán. Las tasas de infección, de letalidad y de mortalidad son mayores para hombres y especialmente aumentan con la edad, refiere el demógrafo. Sin embargo, para Cuba, este comportamiento se constata para las tasas de letalidad y mortalidad. No ocurre exactamente así con la tasa de infección.

La estructura por edad y sexo de una población tiene un impacto en la mortalidad y la morbilidad. Hay una tasa diferencial por edad en la mortalidad por la COVID-19. Es interesante la sobremortalidad por sexo y edad. El riesgo mayor de morir está en la población mayor de 60 años.

Patrones de co-residencia y relaciones entre generaciones

Se habla mucho de los dos primeros componentes y menos de los patrones de co-residencia y relaciones entre generaciones. Pero está claro que el número de contacto y el tipo de contacto que se tiene está muy influenciado por esos patrones de co-residencia.

El riesgo de infección y de muerte puede aumentar o disminuir según el arreglo familiar de co-residencia, y eso puede ir en diferente sentido. Al inicio de la pandemia cuando comenzaron a tomarse las medidas de distanciamiento físico, quedarse en casa, lo adultos se quedaban en casa, pero los hijos se convertían en un elemento de transmisión del virus. Este es un elemento importante que hay que estudiar mejor, para analizar qué ha pasado, qué pasó durante la epidemia. En qué medida los arreglos familiares pueden ser un factor positivo o un factor negativo para detener la pandemia. Pero más importante aún es cómo viven las personas mayores, que son las más afectadas. En los países desarrollados la proporción de personas mayores que no viven con su familia, que viven en hogares de acogida o en residencias es muy elevado. A esa población el virus la ha atacado fuertemente. Se estima que cerca de la mitad de las muertes de personas mayores en países desarrollados ocurrieron en residencias de personas adultas mayores.

De cara a la comprensión de estos comportamientos en el caso de Cuba, sería interesante su análisis.

Posibles impactos de la pandemia en los componentes demográficos:

- Mortalidad por sexo y edad: esperanza de vida.
- Fecundidad
- Migración y ocupación del espacio

Impacto en la mortalidad

El doctor Guzmán señala tres indicadores para medir el impacto de esta pandemia. Ellos son la incidencia de la infección, la letalidad y la mortalidad.

Dada las diversas circunstancias en que cursa la pandemia en los países, este demógrafo advierte de las posibles limitaciones para los cálculos de estos indicadores. Limitaciones que están dadas por la calidad de los datos. Entre ellas destaca la definición de cuáles muertes incluir, el registro tardío de la muerte y el subregistro de las muertes ocurridas en hogares, residencias de ancianos o en la calle.

La ***incidencia de la infección***. La limitación de este indicador está en que el número total de personas infectadas no se conoce con exactitud. La confirmación del contagio se realiza a través de la “prueba”, (PCR en tiempo real), pero pueden existir casos infectados asintomáticos a los que nunca se les realiza este examen, por lo que no se conocerá que estuvo contagiado. Esta es la debilidad del numerador de la tasa. La población expuesta (denominador) tampoco se conoce con exactitud, porque hay que eliminar la población que ya ha sido infectada del total de la población.

Con el indicador de la ***letalidad de la infección***, es decir, cuán letal es este virus, también aparecen sesgos relacionados con la recolección de los datos para su cálculo. El número de fallecidos, muertes ocurridas debido al virus (numerador) y el número de infectados por el virus, también se enfrentan a limitaciones de calidad en su recogida, como ya se mencionó anteriormente.

Guzmán utiliza como tasa de letalidad lo que en inglés se le denomina *Infection fatality rate*. Para el cálculo de esta tasa se necesita el número de muertes por COVID-19 y el número de casos positivos, los cuales son datos que se manejan mejor. Aunque hay que tener en cuenta que el número de casos positivos depende también del número de pruebas que se realizan.

La **mortalidad** es el tercer indicador. Para el doctor Guzmán este es el indicador que mide mejor el impacto de la pandemia. Para su cálculo se necesita conocer cuántas muertes han ocurrido. Este número puede tener limitación en el registro, pero las defunciones suelen recogerse mejor que otros eventos. La población, el denominador, puede venir de fuentes secundarias, de estimaciones de población, de proyecciones que tienen una mejor calidad en la mayoría de los países.

Lo primero que mostraron los datos fue que la tasa de infección, la tasa de letalidad y la tasa de mortalidad eran diferentes por edad y por sexo.

En la letalidad hay un patrón que se repite. A partir de los 60 años, el riesgo de morir aumenta rápidamente con la edad. Antes de los 55 años la letalidad es baja, es decir, si una persona se infecta su probabilidad de morir es baja, pero esta probabilidad aumenta notablemente con la edad.

En la mortalidad hay un patrón que se repite también. A partir de los 60 años, el riesgo de morir aumenta rápidamente con la edad. Como se señaló anteriormente con relación al sexo, se presenta una sobremortalidad masculina en todas las edades. Es decir, los datos hasta la fecha han evidenciado que el riesgo de morir es mucho mayor en los hombres que en las mujeres, el cual se incrementa según aumenta la edad.

El uso de técnicas indirectas en la demografía permite realizar cálculos en países donde el dato de las muertes no es confiable. Una de las técnicas que se está utilizando es calcular la sobremortalidad, es decir, el exceso de muerte sobre la tendencia histórica. A partir de ahí, se puede obtener el porcentaje estimado de muertes adicionales no registradas por COVID-19.

Impacto en la fecundidad

En la fecundidad pueden esperarse dos efectos distintos. En condiciones como las que ha provocado esta pandemia puede esperarse una contracción de la fecundidad por un aplazamiento de los matrimonios y de los nacimientos. Lo que pasará después depende de la manera (o magnitud) en que se produzca la recuperación económica y los avances en el descubrimiento de la vacuna. En el caso de que estos aspectos se desarrollen de manera positiva, es de esperarse un incremento de la fecundidad. Como ha ocurrido en otros periodos de la historia de la humanidad, las personas retoman la cotidianidad de sus vidas y sus proyectos. Los matrimonios y los hijos pospuestos comienzan a materializarse. En los países con baja fecundidad, esta variable va a bajar más, según la hipótesis del doctor Guzmán. ¿Será que, al retomarse los proyectos, el efecto posposición impacta en la cantidad de hijos? Otra hipótesis para estudiar.

El segundo efecto, en los países de alta fecundidad o no tan baja, donde hay mayor restricción en el acceso a los anticonceptivos, es probable que la disminución de la ayuda internacional y la ruptura de la cadena de suministro de anticonceptivos lleve a un aumento de la fecundidad no deseada, los abortos y la mortalidad materna. El embarazo adolescente deviene como una urgencia en este escenario.

Impacto en la migración

El efecto en la migración internacional va a ser enorme, señala el doctor Guzmán, pero no es predecible. Existen propuestas interesantes sobre el abordaje de una forma integral de la migración, en lo cual hay que profundizar.

¿Qué otras variables, indicadores y diferenciales son importantes en el análisis demográfico para explicar el comportamiento de la pandemia?²

² Este análisis se hará próximamente incorporando la mirada desde las discusiones científicas producidas en el CEDEM y en el grupo virtual *Demografía y desafíos ante la pandemia de COVID-19*, coordinado por CEDEM y la oficina del UNFPA en Cuba.

Entre estos se pueden mencionar los diferenciales sociales de la población, en sus intersecciones, y que apenas son analizados.

Entonces, deben ser incorporadas a los análisis características como el color de la piel, el estado conyugal, la situación laboral, los niveles de ingreso, los tipos de familias, las condiciones higiénico ambientales, el acceso a los servicios de salud, entre otros, que pueden ubicar a las poblaciones en mayores o menores condiciones de vulnerabilidad

A este análisis debe ser incorporada, también, la manera en que la afectación a los niveles y el patrón de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones puede incidir sobre la forma y la magnitud del crecimiento de la población y, además, sobre su estructura por edades.

La composición y la dinámica de la población son determinantes del comportamiento y expresión de la epidemia a nivel global y particular en los países -y al interno de sus territorios- y, como consecuencia, resulta también impactada la dinámica demográfica.

Sobre estos elementos estaremos reflexionando en el próximo Boletín **INFOPOB**.

COVID-19 en el mundo: Diseminación vertiginosa

En diciembre de 2019 empezaron a registrarse en la ciudad china de Wuhan casos de una neumonía de causa desconocida. Un mes después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus llamado SARS-CoV-2, que provoca una enfermedad nombrada COVID-19.

Según el sitio web [STATISTIC](#), el día 11 de abril de 2020 se registraron en el mundo aproximadamente 94 932 nuevos casos de COVID-19, la cifra más alta desde el 23 de enero de 2020. El número de nuevos casos contabilizados ha experimentado altibajos durante todo el periodo de estudio, registrando sus valores más altos, a nivel general, durante el mes de abril. Hasta el 14 de mayo de 2020³, se habían registrado en el mundo más de cuatro millones de casos infectados con el también llamado nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este coronavirus se ha extendido a todos los países de la geografía mundial.

Según datos tomados del sitio web del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), e informados en la conferencia de prensa diaria que convoca la institución, al cierre del 14 de mayo 184 países presentaban COVID-19, con unos 4 317 611 de casos confirmados (+85 362) y 296 686 fallecidos (+5 161). La letalidad global ascendía a 6,88% (-0,02).

La pandemia se extiende de forma vertiginosa por todo el planeta. Su configuración por regiones y países cambia por segundo, por lo que resulta una tarea muy difícil poder captar una imagen fidedigna de su comportamiento en un momento determinado. En la figura 1 se muestra la imagen de la presencia de la COVID-19 al cierre del 8 de mayo. Se aprecia con claridad su expansión global de la pandemia y la desigual distribución por regiones y países.

Al cierre del 13 de mayo⁴, China, el epicentro del brote en Asia, había confirmado más de 82 800 casos de COVID-19. Sin embargo, ya no encabezaba la clasificación tras ser superada por Estados Unidos, con alrededor de un millón y medio de positivos confirmados (ver tabla 1).

Por su parte, Francia fue el primer país europeo afectado y hasta esa fecha se habían detectado un total de 178 060 casos. Ahora bien, no es el único país del Viejo Continente al que ha llegado el brote. De hecho, 47 países europeos han registrado infectados entre sus ciudadanos, destacándose España, Rusia, Reino Unido, Italia y Alemania. En el caso del continente americano se destacan Estados Unidos y Brasil.

³ Fecha del cierre editorial de este reporte.

⁴ Las cifras mostradas toman en cuenta el cierre del día 13 de mayo y primeras horas del día 14, teniendo en cuenta que el sitio web ofrece información al minuto (www.es.statistic.com)

Figura 1: Distribución geográfica de la COVID-19 al cierre del 8 de mayo de 2020



Fuente: [Sitio web STATISTIC](#)

Un aspecto significativo es que los países mostrados en la tabla 1 concentran el 68,14% del total de casos confirmados y el 76,22% del total de las muertes en el mundo.

Tabla 1. Número de casos confirmados de coronavirus en el mundo. Países seleccionados. Cierre 13 de mayo 2020.

Países	Casos confirmados	Casos por un millón de personas	Personas recuperadas	Muertes
Todos los países	4 317 611	562	1 562	297 682
Estados Unidos	1 421 061	4 312	243 517	84 763
Rusia	252 245	1 719	53 530	2 305
Reino Unido	229 705	3 458	-	33 186
España	272 640	4 873	143 374	27 321
Italia	222 104	3.687	112 541	31 106
Brasil	192 081	909	78 424	13 276
Francia	178 060	2 098	58 673	27 074
Alemania	174 131	2 094	148 700	7 861

Fuente: Tomado del sitio web www.statistic.com

Al mismo tiempo, la distribución de la pandemia al interior de los países no es homogénea. Si se comentan algunas cifras de los países, se puede referir que en España las comunidades de Madrid y Cataluña acumulan el 44,45% y el 53,45% de los casos confirmados respectivamente. En Italia, el 50,6% de los casos confirmados y el 60% de las muertes se ubican en Lombardia y Piamonte

En el caso de Brasil, los estados de Sao Paulo, Ceará, Río de Janeiro y Pernambuco concentran el 50,06% de los casos confirmados y el 62,6% de las muertes. Según **Cubadebate**, Brasil ya superaba a China en el total de fallecidos y registraba el mayor número de muertos por coronavirus en un día. El presidente ultraderechista Jair Bolsonaro, quien calificó a la COVID-19 como un “resfriadito”, ha sido criticado por el mal manejo de su Gobierno durante la actual crisis sanitaria.

Por su parte, en Estados Unidos, Nueva York, New Jersey, Illinois, Massachusetts y California concentran el 50,26% de los casos confirmados y el 28% de las muertes. EE.UU. es el país que más ha sufrido por causa de coronavirus en el mundo. Sin embargo, el presidente Donald Trump pidió a los gobernadores que consideren seriamente reabrir las escuelas públicas antes del fin de ciclo lectivo en junio. En respuesta a los comentarios de Trump, el sindicato docente Federación Estadounidense de Maestros, uno de los más grandes del país, dijo que todavía resta mucho trabajo por hacer antes de que las escuelas puedan abrir de manera segura.

África registra más de 1 400 fallecidos por COVID-19, según informes de **Cubadebate**. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (CDC), informó que hasta el momento (12 de mayo) el continente registraba un total de 1 467 muertes como consecuencia de la crisis epidemiológica generada por este coronavirus. Según los datos estadísticos publicados en el sitio web oficial de la institución, se contabilizaban 33 273 casos confirmados de la COVID-19 y 10 091 personas se habían logrado recuperar de la enfermedad en los 52 países de la región.

América Latina y el Caribe: La amenaza crece

Después de casi tres meses de haberse identificado el primer caso en la región, al cierre de este reporte ya se contabilizaban 1.932.320 caso confirmados de COVID-19 en la región, lo cual representa el 41% de los casos confirmados en todo el mundo.

Las cifras al cierre de esta edición del **INFOPOB** colocaban a las Américas en segundo lugar en el mundo, ligeramente por detrás de Europa, que ha aportado el 37% de los casos a nivel mundial. La diferencia entre los países en las Américas es notable, siendo Estados Unidos, Brasil y Perú los países que mayor número de casos han identificado, con 1507 773, 233 142 y 88 541 casos positivos, respectivamente.

Si bien es relevante el número de casos, en términos demográficos la incidencia se debería medir en tasa de incidencia, pues es real que Estados Unidos y Brasil aportan el mayor número de casos, pero también son los países que mayor número de población tienen en la región. Según este indicador, Estados Unidos se ratifica como el país con la peor situación en la región, mostrando una tasa de 4 558 casos por cada 100 000 habitantes. Detrás de él se ubican las Islas Malvinas con 3 751 por cada 100 000 habitantes, seguido por Perú con una incidencia de 2 690 por cada 100 000 habitantes. Asimismo, muestran altas tasas de incidencia, por encima de los 1 000 casos por cada 100 000 habitantes países como Chile, Ecuador, Brasil, Canadá, República Dominicana, Bermuda, Islas Caimán, Monserrate y San Martín.

La mortalidad por la pandemia en las Américas ya suma un total de 112 519 muertes, lo cual representa una letalidad del 6%, es decir, mueren 6 personas aproximadamente por cada 100 infectados. En términos absolutos, en los países este indicador se ha comportado con una tendencia semejante al de la cantidad de casos reportados, pues las naciones que mayor número de muertes reportan son también Estados Unidos, con 90 113; Brasil, con 15 633 y el tercer lugar esta vez lo ocupa Canadá, con 5 679.

De la misma manera que en el análisis de la incidencia, en el caso de la mortalidad es importante relativizar los datos, por tanto, es importante analizar la letalidad por países, pues el número absoluto no muestra la verdadera dinámica del fenómeno. En este sentido, la mayor letalidad en América Latina se observa en Nicaragua y México, con 32% y 10,6%, respectivamente, y en algunas islas del Caribe como Bahamas, Antigua

y Barbuda, Islas Vírgenes y San Martín, todas con una letalidad mayor de 10%. No obstante, detrás de estas cifras se esconden desigualdades importantes que deben ser registradas y estudiadas de manera urgente, pues están influyendo de forma decisiva en la incidencia y la letalidad de la pandemia.

Diferenciales como el color de la piel, la escolaridad o el nivel socioeconómico, entre otros, son elementos que apuntan a que no todas las personas están igualmente expuestas al contagio e, incluso, a morir. Un estudio realizado en Estados Unidos por la Fundación para la investigación sobre el SIDA (Amfar), refiere que los negros en ese país podrían estar más en riesgo de contraer la enfermedad, pues los condados donde se ha registrado la mayor contabilidad de negros son los que más muertes aportan por la pandemia.

En uno de cada 5 condados en Estados Unidos se registra una mayoría de afroamericanos, sin embargo, esos mismos condados son los responsables de más del 50% de las muertes totales por coronavirus en ese país. Siendo el aislamiento social una medida primordial en la lucha contra el coronavirus, las personas que viven en situación de extrema pobreza, en hacinamiento y sin condiciones sanitarias están mucho más expuestas a contraer el virus. La situación de las clases bajas en ese país, de los inmigrantes, indigentes y otros grupos sociales en desventaja, podría ser uno de los elementos que está influyendo en que el número de casos y muertes siga aumentando.

En Brasil, por otra parte, se han hecho análisis que relacionan elementos semejantes con la incidencia de la pandemia en determinados estados. Un estudio realizado en la Universidad de Sao Paulo relaciona la incidencia de la pandemia con dos factores principalmente: las condiciones sociales y la pobreza y la importancia de las iglesias evangélicas. El primero de los factores parece obvio, pues elementos como hacinamiento y bajo acceso a recursos y atención médica son factores determinantes en el riesgo, tanto de contraer la enfermedad como de tener una evolución desfavorable. Sin embargo, el papel de las iglesias es un hallazgo interesante. Muchas de estas personas niegan la gravedad de la enfermedad y continúan realizando sus reuniones y, aunque pudiera parecer exagerado, esto también podría tener un elemento político. El actual presidente de ese país profesa ese tipo de creencias religiosas y muchos de los fieles han visto respaldadas sus certezas por este representante del gobierno.

Muchos son los elementos que habría que explicar mejor, y que podrían ser relacionados con la pandemia en la región. La dinámica en los dos países que mayores cifras absolutas presentan (y en el caso de Estados Unidos también muestra la mayor incidencia en términos relativos), es solo un comienzo para el análisis. De la misma forma, se están evaluando variables de manera indirecta que apuntan a realidades; sin embargo, es urgente que se pongan a disposición de investigadores y se analicen los diferenciales de la pandemia en la región, especialmente para implementar medidas que contribuyan a combatir su expansión.

Cuba: Día 65, desentrañando las cifras de la mortalidad

Actualización de la mortalidad por la COVID-19 en Cuba al día 65 de la enfermedad en el territorio nacional.

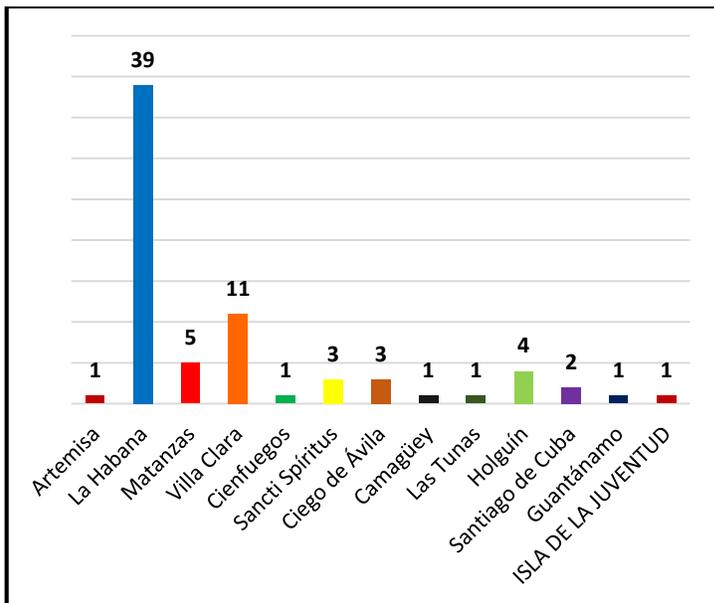
Por zonas de residencia

Hasta el 13 de mayo de 2020 se reportaban en Cuba 79 fallecidos⁵. En el comportamiento por provincias destacan La Habana y Villa Clara, respectivamente, como las provincias con mayor cantidad de fallecidos en números absolutos (figura 1). Coincidiendo a su vez con las provincias más envejecidas de Cuba y las de mayores tasas de incidencia a nivel nacional.

De las 15 provincias, se mantienen 3 sin reportar fallecidos: Pinar del Río, Mayabeque y Granma.

⁵ En la figura 1 solo se representan 73 fallecidos, de los 79 reportados, porque, de ellos, 3 tenían residencia en el extranjero (Italia, Rusia y España) y a 3 no se les señaló el lugar de residencia en la información oficial.

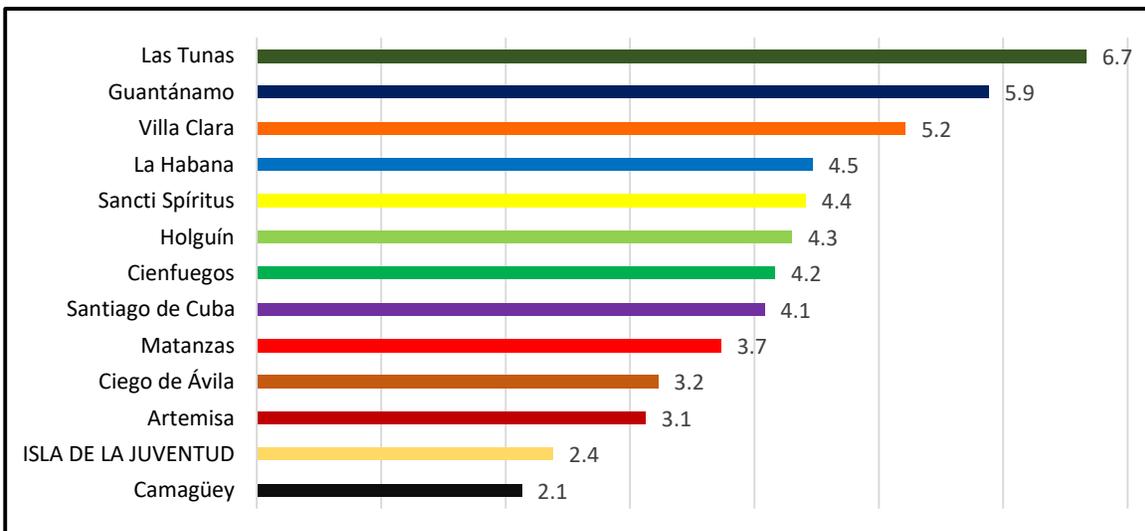
Figura 1. Cuba. Fallecidos según provincias de residencia, al 13 de mayo de 2020



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

Hasta la fecha, la letalidad en Cuba es de 4,36%. El comportamiento por provincias (figura 2) da cuenta de que Las Tunas y Guantánamo son -en la actualidad- las de mayores valores relativos, seguidas de Villa Clara, La Habana y Sancti Spíritus, todas por encima de la media nacional.

Figura 2. Cuba. Letalidad por provincias, al 13 de mayo de 2020 (%)



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

ABC demográfico

La letalidad se calcula dividiendo el número de defunciones entre el número de personas positivas a una enfermedad, en un área y un tiempo determinado.

Para el caso de Las Tunas y Guantánamo, por ejemplo, aun cuando solo se ha reportado una defunción en cada una de estas provincias, ellas constituyen las de mayor letalidad en Cuba. La razón es el bajo número de contagios que ambas reportan, cifra que se ubica en el denominador de la ecuación.

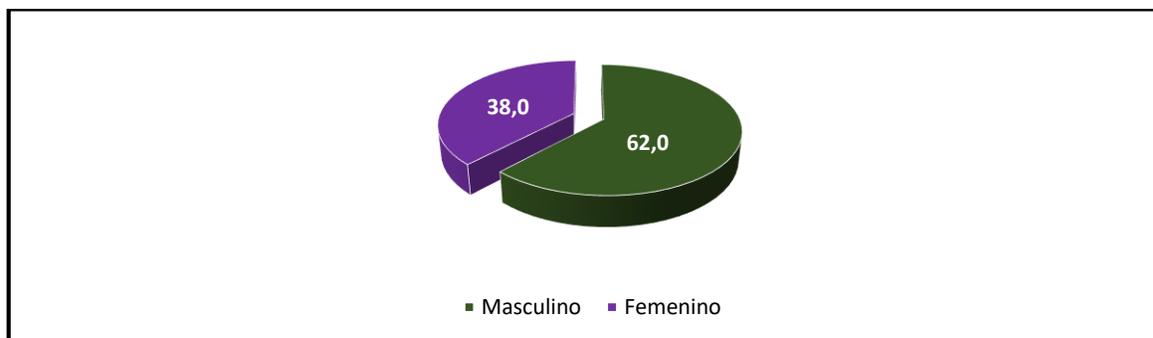
Interesantes los análisis que en este sentido se realizan en el trabajo *América Latina y el Caribe: La amenaza crece*, en esta edición de INFOPOB.

Por sexos

Con relación a la mortalidad por la COVID-19 en Cuba, según sexos, se observa que, aunque hasta la fecha no existen diferencias notables entre los contagiados por la enfermedad, las defunciones sí están dando cuenta de un predominio de decesos concentrados en el sexo masculino (figura 3). El 62% de los fallecidos pertenece al sexo masculino y el 38% al femenino.

El Índice de Masculinidad de los fallecidos muestra que, aproximadamente, por cada 16 hombres fallecían 10 mujeres hasta la fecha de cierre de esta información.

Figura 3. Cuba. Fallecidos por la COVID-19 según sexos, al 13 de mayo de 2020



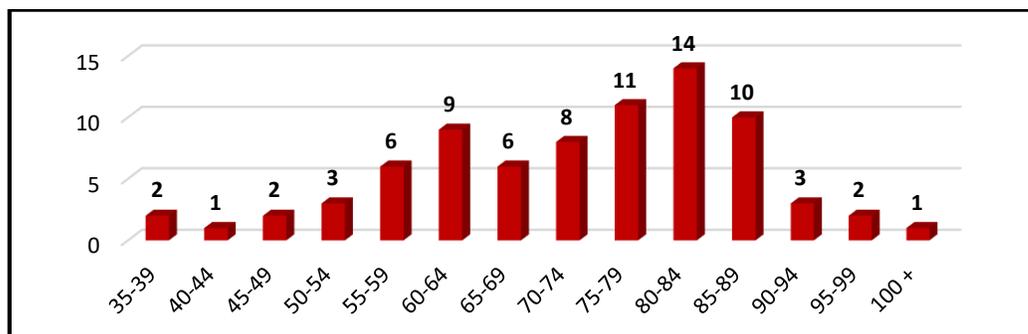
Fuente: Orbea, M. Cálculos a partir de la información del [Ministerio de Salud Pública de Cuba](#)

Por edades

Con relación a la mortalidad por la COVID-19 en Cuba, según grupos de edades (figura 4), se observa que el predominio de las defunciones se continúa concentrando en los grupos de edades más avanzadas. El 82% de los decesos corresponde al grupo de 60 y más años y, de ellos, los grupos más afectados son el de 80-84, seguido del de 75-79 y 85-89 años respectivamente.

Hasta la fecha no se han reportado fallecimientos de personas con menos de 35 años de edad y solo una con más de 100 años, que residía en la provincia de La Habana.

Figura 4. Cuba. Fallecidos por la COVID-19 según grupos de edades, al 13 de mayo de 2020



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

Al realizar el análisis tomando en cuenta la estructura por edad y sexos de los fallecidos (figura 5) se constata la sobre mortalidad masculina que tiene la enfermedad hasta la fecha de cierre del análisis. Los hombres

CUBA: Miradas con lupa al occidente

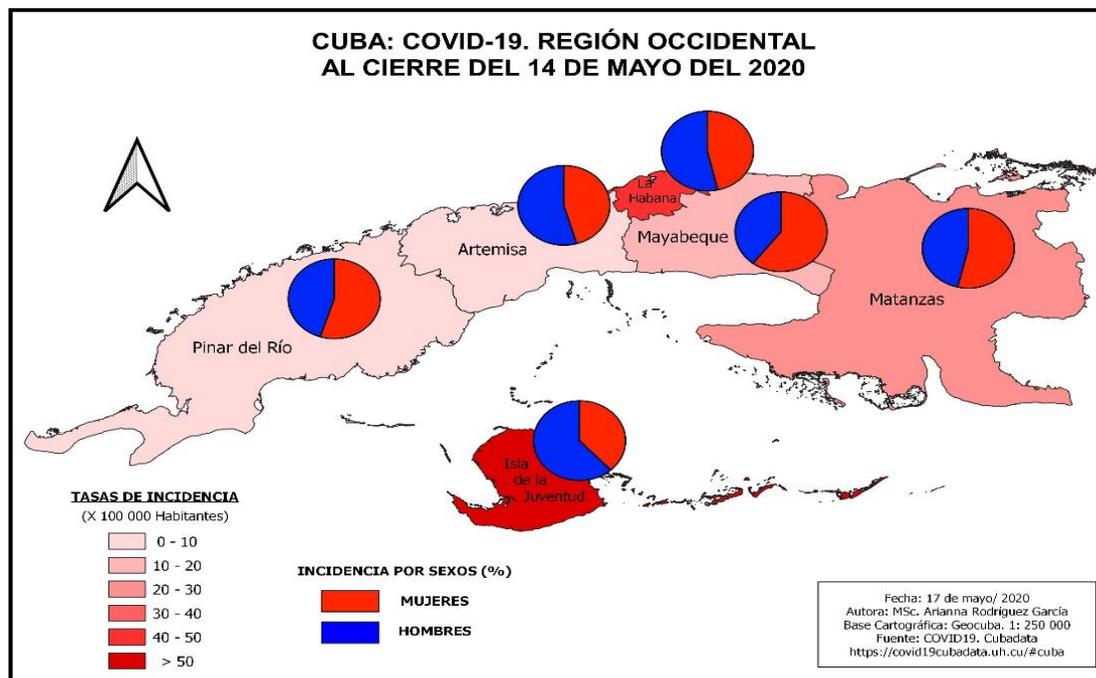
En las cinco provincias del occidente del país, junto al municipio especial Isla de la Juventud se concentra el mayor número de casos confirmados.

Al examinar el comportamiento de la COVID-19 por regiones se aprecia que son las cinco provincias del occidente del país y el municipio especial Isla de la Juventud los territorios que concentran el mayor número de casos confirmados, para un 65,8% del total de diagnosticados en el territorio nacional.

Ahora bien, si se observa esa conducta por provincias (excluyendo, por tanto, al municipio especial Isla de la Juventud) se aprecia una incidencia territorial diferenciada. Artemisa y Pinar del Río ocupan los dos últimos puestos en cuanto a la proporción de casos confirmados de la región. Por su parte, La Habana contiene el 48,37% del total de casos diagnosticados en el país y ocupa el primer lugar en los dos niveles de análisis. Mientras, la provincia Matanzas, ocupa el segundo lugar de la región, y el tercero del país, comportándose con una tendencia ascendente en los últimos reportes.

Si se analizan las tasas de incidencia de los territorios de la región, se observa una conducta heterogénea con valores que pasan de 6,46 por cada 100 000 habitantes en la provincia Artemisa, hasta 50,12 por cada 100 000 habitantes en el municipio especial Isla de la Juventud. Por su parte, la provincia de La Habana con una población de 2 130 517 habitantes, tiene una tasa de incidencia de 41,76 por cada 100 000 habitantes lo que la ubica en el puesto número dos a nivel nacional (figura 1).

Figura 1: COVID-19. Región Occidental. Composición por sexo al 14 de mayo de 2020



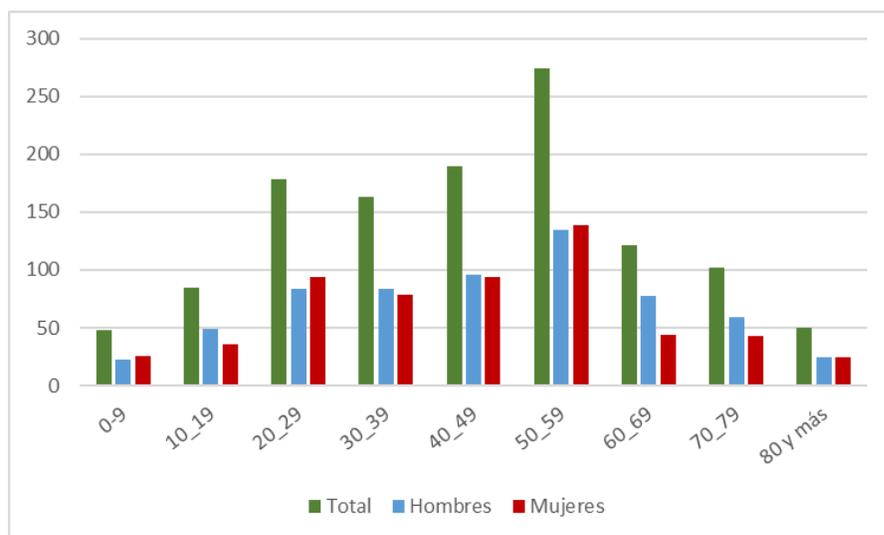
Fuente: Rodríguez, A. (2020). A partir de las estadísticas del tablero [COVID19 Cuba Data](#).

La composición por sexo de la población diagnosticada con la COVID-19 en la región occidental presenta un comportamiento diferenciado en cuanto a su distribución territorial. Como se puede observar en la figura 1, en las provincias de Pinar del Río, Mayabeque y Matanzas existe un predominio de mujeres que resultaron positivas a la enfermedad, contrario a lo que sucede en los totales acumulados del territorio nacional.

Por su parte, las provincias de Artemisa y La Habana tienen un comportamiento similar al reportado en el país. El municipio especial Isla de la Juventud, sin embargo, posee una mayor diferenciación respecto al resto, pues cuenta entre los diagnosticados con un 61,9% de hombres, lo que supera en 23,8 puntos porcentuales a la incidencia de la enfermedad en el sexo femenino.

La figura 2 muestra la composición por sexo y grupos de edades de la población diagnosticada con la COVID - 19 en la región occidental de Cuba. Se observa que el mayor número de confirmados se encuentra en el grupo de edad de 50-59 años, similar a los valores que se muestran para el resto del territorio 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.

Figura 2. COVID-19. Región Occidental. Composición por grupos de edades y sexo al 14 de mayo de 2020



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

Cuando se analiza este comportamiento de forma desagregada se debe hacer referencia a que, aunque el grupo de edades donde se han detectado la mayoría de los casos de la región es el de 50-59 años, existe una diferenciación territorial por sexo. En las provincias de Matanzas, Mayabeque y Pinar del Río se aprecia una mayoría femenina en este grupo de edades mientras que, en los territorios de La Habana, Artemisa y la Isla de la Juventud, el grupo de los hombres presenta las mayores cifras de diagnosticados con la COVID-19.

Fuentes de información empleadas para todos los análisis:

- <https://salud.msp.gob.cu>
- www.cubadebate.cu
- www.es.statistic.com/estadisticas
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
- <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 enviados a: yanniscamila@cedem.uh.cu / matilde@cedem.uh.cu

Educación en Población: ¡Multiplica los mensajes!

Para las familias, la distancia física no es distancia afectiva. Así es para todas las familias que hoy se ven separadas por las necesarias medidas de distanciamiento físico para evitar la COVID-19.

El 15 de mayo de 2020 se celebró el Día Internacional de la Familia. Simbólicamente, los desencuentros se transforman en la felicidad del encuentro para cuando sea posible otra vez el abrazo y el beso..., además de hablarse o verse, será el momento de homenajes familiares, de trocar los detalles pospuestos en celebrar la vida.

Sabemos que es difícil, pero también sabemos que es posible. Muchos ejemplos emergen de nuestras vidas cotidianas y agradecemos a quienes cada día hacen realidad que, para las familias, la distancia física no sea distancia afectiva. Que así sea... en este Día y más, en todos los días que dure la pandemia y más, en el dolor y el placer de tener y ser familia, en los aprendizajes para rescatar las acciones que propician el bienestar familiar en la nueva normalidad.



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 / MSc. Marbelis Orbea López / MSc. Arelis Mora / Dra. Dixie Edith Trinquete MSc. Yoannis Puente / Lic. Juliette Fernández / MSc. Ailyn Martín Pastrana / Dra. Consuelo Martín Fernández.

Con la colaboración de: MSc. Jany Barcenas Alfonso, MSc. Claudia Cancio-Bello Ayes (Facultad de Psicología. 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

