

## Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque

Título: "Comportamiento de la enfermedad Covid-19 según sexo y edad"

Autores:

- Lic. Marilin Pérez Marrero
- Cheyla Pérez Lujan
- MSc. Dr. Alejandro E. Lie Concepción
- MSc. Lic. Mailin Trujillo Rodriguez

Mayabeque, 2021

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 varios pacientes de Wuhan, República Popular de China, desarrollaron una neumonía e insuficiencia respiratoria que recuerdan a la epidemia del SARS de 2003. Con el tiempo descubren que la mayoría de los pacientes tienen en común haber visitado el Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan. El centro es conocido por la venta de productos de aves de corral, murciélagos, serpientes y otros animales salvajes. A principio de enero del 2020 se cultivó un nuevo virus a partir de muestras de líquido de lavado de bronco alveolar y se descubrió que era un betacoronavirus, este es un virus ARN implicados en gran variedad de enfermedades que afectan a las personas y los animales. Estos son muy difícil de cultivar en el laboratorio por lo que son pocos los que se han logrado estudiar con profundidad. Estos virus presentan tropismo selectivo por células epiteliales de los aparatos respiratorio y gastrointestinal, por lo que la mayoría de enfermedades son de estos sistemas. Los tipos de coronavirus que afectan al género humano son particularmente difíciles de aislar y se desarrollan en líneas celulares seleccionadas. El virus se transmite generalmente de persona a persona a través de las gotas de saliva, que se emiten al hablar, estornudar, toser o respirar. El 5 de enero ya se encontraban 44 pacientes con neumonía desconocida según las autoridades chinas. El 13 de enero del 2020 Tailandia confirma el primer caso fuera de China, una mujer que había llegado de Wuhan. Japón, Nepal, Francia, Australia, Malasia, Singapur, Taiwán, entre otros notifican casos los próximos días. El 30 de enero la OMS declara que el coronavirus es una emergencia global. Si bien el virus parece estar bajo control en China, la epidemia se está expandiendo rápidamente hacia el oeste. Lo que hace tiempo atrás parecía una hazaña imposible: imponer y hacer cumplir estrictas medidas de cuarentena y aislar a millones de personas, ahora es una realidad en muchos países. Las personas de todo el mundo han tenido que adaptarse e invertir nuevos estilos de vida para lo que es el evento más destructivo desde la segunda guerra mundial. El 11 de febrero la OMS anuncia que la nueva enfermedad infecciosa se llamaría Covid-19. Italia fue el primer país europeo afectado. Por otro lado el número de casos en los EEUU parece estar destinado a una epidemia del tipo de Lombardía y más grave que la epidemia en Hubei, la zona

más afectada en China. En la parte de América del sur el contagio es menor. En Cuba el 11 de marzo según nota informativa del Ministerio de Salud Pública, identificaron a cuatro turistas de la región de Lombardía con sintomatología respiratoria que se encontraban hospedados en un hostel en la ciudad de trinidad y que había arribado por el aeropuerto internacional José Martí de la Habana, de forma inmediata fueron ingresados en el IPK y al otro día confirmados 3 de ellos como positivos al Covid-19. La pandemia tuvo un gran efecto en todo el mundo ya que ha afectado no solo la vida de muchas personas, sino la economía de muchos países, ha cerrado escuelas, empresas, negocios y ha puesto en cuarentena a miles de ciudades. Desde ese entonces hasta la actualidad se confirman a nivel mundial 100 819 363 casos confirmados por el laboratorio con Covid-19 y 2 176 15 personas fallecidas en el mundo. Con respecto a nuestro país se confirman 24 764 casos positivos y 210 muertes, hasta el presente 29 de enero del 2021. Entre las principales medidas que debemos cumplir para no enfermarnos se encuentran: mantener al menos seis pies de distancia de las demás personas, cubrir la nariz y la boca con la mascarilla, evitar los espacios cerrados muy concurridos, lavarse las manos con frecuencia, quedarse en casa siempre será la mejor opción.

¿Cuál ha sido el comportamiento de la enfermedad Covid-19 según el sexo y la edad en Cuba?

Objetivos:

Objetivo general: identificar cual ha sido el comportamiento de la enfermedad Covid-19 según el sexo y la edad en Cuba.

Objetivos específicos: identificar cual es el sexo y la edad más afectada.

Métodos utilizados: el análisis y la síntesis y el análisis histórico y lógico.

## DESARROLLO

Desde el comienzo de la pandemia la edad avanzada se ha identificado como un factor de riesgo importante para la gravedad de la enfermedad. Según el Instituto Nacional de Salud de Italia un análisis de los primeros 2003 casos de muerte la edad promedio fue de 80,5 años, solo 17% tenían 49 años o menos y un 87,7% tenían más de 70 años. Además de la edad avanzada se han evaluado varios factores de riesgo en la pandemia actual como son algunas enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión y enfermedades pulmonares.

En otro cohorte retrospectivo de 487 pacientes con Covid-19 en China con datos clínicos más detallados los casos graves también fueron mayores y más comunes en varones. El impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019-2020 por sexo y género se refiere a la relación de la presencia de la Covid-19 con hombres y mujeres, en el desarrollo de los roles de género y la tasa por mortalidad variable en función al sexo, aunque ambos siendo igualmente vulnerables. La mortalidad a causa de Covid-19 es más alta en hombres según algunos estudios realizados en China y Italia. Paralelamente, hay mayor porcentaje de profesionales de la salud, particularmente enfermeras, que son mujeres, y tienen mayores probabilidades de ser expuestas al virus.

El cierre de colegios, las cuarentenas y el acceso reducido a la sanidad debido a la Pandemia de Covid-19 puede afectar diferencialmente a los sexos y, posiblemente, exacerbar las disparidades existentes. Las investigaciones han mostrado que las enfermedades virales como el Ébola, VIH, gripe y el SARS afectan a hombres y mujeres de manera diferente. A fecha de abril de 2020, los hombres mueren más frecuentemente que las mujeres tras ser infectados por la Covid-19. El riesgo más alto es de hombres de cincuenta años, con una brecha entre hombres y mujeres que sólo se cierra en los 90 años.

En China, la tasa de mortalidad era del 2.8% para los hombres y 1.7% para las mujeres. Se desconocen las causas exactas de esta diferencia por sexo, pero podría ser por factores genéticos y conductuales. Las diferencias inmunológicas basadas en el sexo, una menor prevalencia de fumadoras, y que los hombres

desarrollan condiciones co-mórbidas como la hipertensión a edades más tempranas que las mujeres, podrían contribuir a la mayor mortalidad en hombres. En Europa, el 57% de las personas infectadas son hombres, y un 72% de las personas fallecidas por Covid-19 son hombres.

La evidencia de brotes pasados de enfermedades muestra que las mujeres tienen más probabilidades de ser las que cuidan de las personas enfermas en la familia, haciéndolas más vulnerables a la infección. Una mayoría de profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, son mujeres. Están en primera línea para tratar la enfermedad, lo que hace vulnerables a las mujeres a la exposición. El 90% de profesionales sanitarios de la provincia china de Hubei (donde se originó la enfermedad) son mujeres, y el 78% de profesionales sanitarios en Estados Unidos son mujeres.

Comportamiento de la enfermedad en Cuba según la edad y el sexo:

Un estudio realizado por especialistas del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana, enfocado en la temática de la Covid-19, publica análisis estadísticos de lo que acontece sobre la evolución y los efectos de la pandemia a nivel mundial, en América Latina y el Caribe y, por supuesto, en Cuba. 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. 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 mayor frecuencia la propagación. Cuba no es la excepción, también la media de edad de la población contagiada con la Covid-19, ha disminuido, como se puede apreciar en el (anexo 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 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 el anexo 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). 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.

En 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 adultos. Es importante conocer que la juventud cubana 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.

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 anexo 2) 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.

En la (figura 2 anexo 3) podemos ver un análisis por sexo 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 del 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. En este grupo de 15 a 29 años (figura 3 anexo 4) 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.

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 interceptan 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 anexo 5) 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. 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 anexo 6 y figura 7 anexo 7) se muestra que se mantiene la relación entre la proporción entre hombres y mujeres, en ambos períodos, 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.<sup>7</sup> 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 anexo 8). Como es evidente la incidencia de Covid-19 en personas de menor edad aumentó al punto de que a la fecha del día 28 de enero del actual año se acumulan 2259 niños en edades pediátricas siendo esta una cifra elevada ya que solo en el día 28 de enero que tuvo como resultado 666 muestras positivas de este número 72 casos se encuentran en edades pediátricas. Se puede determinar que a lo largo de la pandemia hay más hombres (51%) que mujeres (48%) que han enfermado de Covid-19. De ahí la importancia de cuidar no solo a los ancianos, sino cuidarnos todos porque en este punto de la epidemia todos somos vulnerables.

## **CONCLUSIONES:**

Con la realización de este trabajo he llegado a la conclusión de que el sexo más afectado por la Covid-19 ha sido el masculino, aunque hay que destacar también que hay rangos de edades en la que las mujeres son el más afectado, pero cuando se realiza un resumen general los hombres están por delante. En cuanto a la edad la pandemia ha rejuvenecido ya no son los más ancianos los más afectados sino los de 40 años hacia abajo los que están teniendo el mayor protagonismo, claro hasta el momento recuerden que esto es un proceso cambiante por lo que las estadísticas pueden sufrir cambios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. World Health Organization (WHO). International Conference on Primary Health Care, AlmaAta, URSS:WHO;1978.
2. Kalucy L, Beacham B, Raupach J, Dwyer J, Pilotto L. Priorities for primary health care, research, evaluation and development in Australia. Primary Health Care Research and Information Service, Department of General Practice. Adelaide (Australia): Flinders Press;2001.
3. WONCA Europe (The European Society of General Practice/ Family Medicine). The European definition of general practice/family medicine, 2002. Europa: Wonca Europe;2002.
4. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press;1998.
5. Anderson A, Wagner E. Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann Inter Med. 2003;138:256-61.
6. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? Aten Primaria. 2003;31:281-4.
7. Showstack J, Anderson A, Hassmiller S. Primary care at a crossroads. Ann Intern Med. 2003a;138:242-3.

8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Research agenda and areas of interest: Center for Primary Care Research. Rockville, M.D.: AHRQ;2001.
9. Showstack J, Lurie N, Larson EB, Anderson A, Hassmiller S. Primary care: The next renaissance. *Ann Intern Med.* 2003b;138:268-72.
10. Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002;30:229-35.
11. Gómez de la Cámara A. Investigación en atención primaria. *Centro Salud.* 1994;2(7):531-3.
12. White KL. Fundamental research at primary care level. *Lancet.* 2000;355:1904-6.
13. MINSAP. Programa de atención Médica Integral a la familia y a la comunidad. La Habana:MINSAP;2004.
14. Batista R, Sansó F, Feal P, Lorenzo A, Corratgé H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(2).
15. Lence JM. Repercusiones éticas de los programas de pesquiasaje masivo en el control del cáncer. *Rev Cubana Salud Pública.* 2007;33(1).
16. Sancho-Garnier H. Problemes éthiques poses par les actions de prevention. *Bull Cancer.* 1995;82:468.
17. Panerai R, Peña J. Evaluación de tecnologías en Salud. Metodologías para países en desarrollo. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.
18. Cappelaere P, Hoerni B. L'erreur d'Hippocrate. *Bull Cancer.* 2001;88(4).
19. OPS/OMS. El desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS/OMS;1998. (Programa de organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud).
20. Andersen MR, Urban N, Ramsey S, Briss PA. Examining the cost-effectiveness of cancer screening promotion. *Cancer.* 2004;1;101(5 Suppl):1229-38.

21. Lafata JE, Simpkins J, Lamerato L, Poisson L, Divine G, Johnson CC. The economic impact of false-positive cancer screens. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13(12):2126-32.
22. Mausner JS, Bahn AK. *Epidemiología*. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana;1977.
23. Wilson JMG, Jungner YG. *Principles and practices of screening for disease*. Geneva: WHO;1968. (Report No.: Public Health Paper 34).
24. Castro F. Discurso por la celebración del 26 de julio del 2006 en Granma. *Periódico Granma*, 27 de julio del 2006. La Habana.
25. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Anuario estadístico de Salud 2006*. La Habana: MINSAP;2006.
26. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Programa Nacional para el control del cáncer*. La Habana: MINSAP;2004.
27. Bencomo JF. La Red Nacional de Laboratorios SUMA: Soporte Tecnológico en el Pesquisaje Seroepidemiológico del VIH-SIDA en CUBA. *DST-J Bras Doenças Sex Transm.* 2003;15(4):5-11.
28. CIEM. *Investigación sobre Ciencia Tecnología y Desarrollo Humano en Cuba 2003*. La Habana:CIEM;2004.
29. Colectivo de autores. *Por la vida. Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico social y clínico genético de las personas con retraso mental en Cuba*. La Habana: Editorial Abril; 2003.

## ANEXOS

### Anexo 1

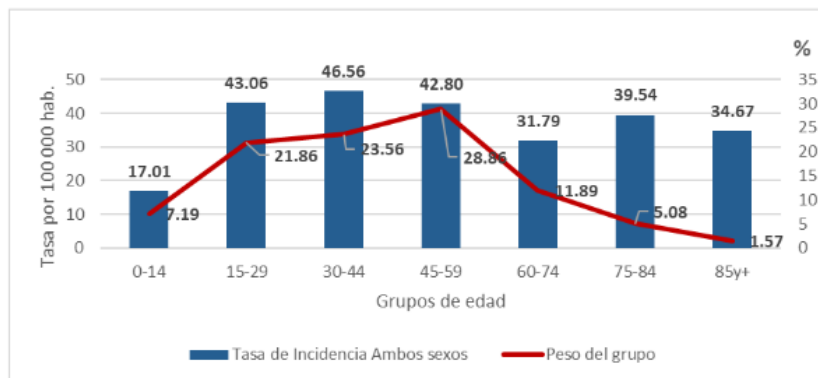
**Tabla 1: Medidas de tendencia central para la Edad.**  
Tres períodos de tiempo, del 11 de marzo al 2 de septiembre

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: Malina M. (2020) a partir de COVID-19 Cuba Data

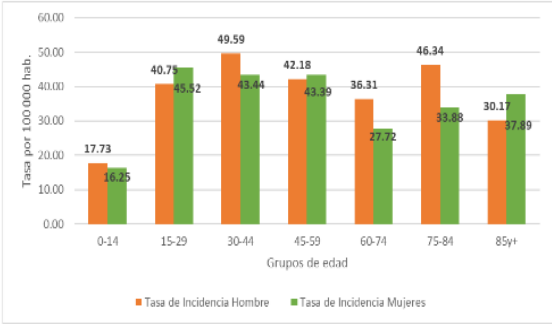
### Anexo 2

**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)**



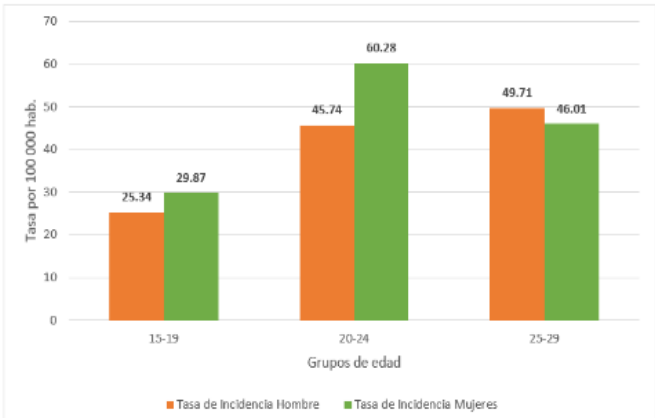
Anexo 3

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)



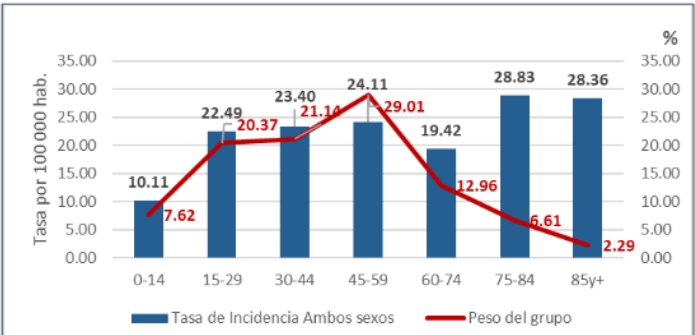
Anexo 4

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)



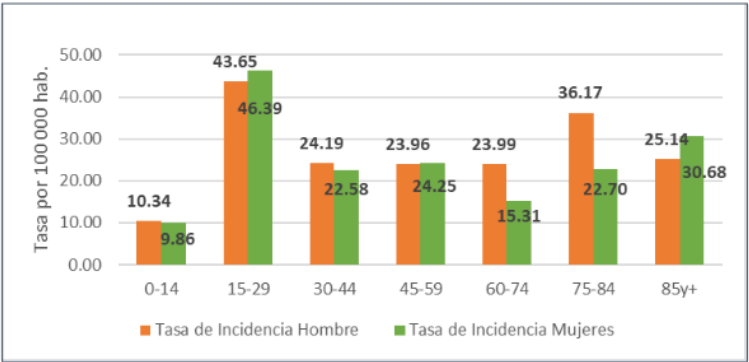
Anexo 5

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)



Anexo 6

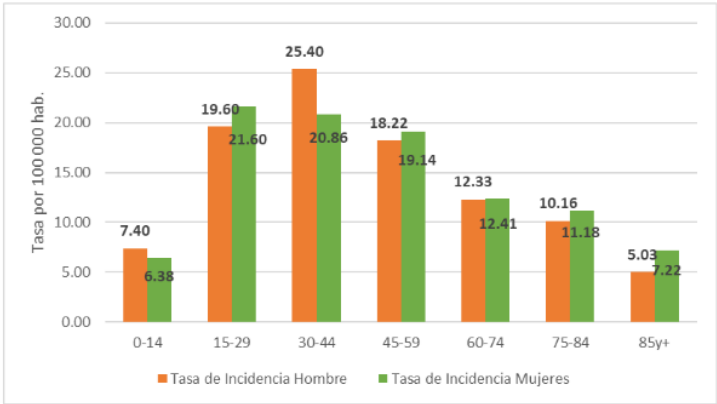
Figura 6: Tasa de incidencia de la COVID-19 según Sexo. (11 de marzo - 2 de julio) (Tasa por cada 100 000 habitantes del grupo de edad)



Anexo 7

La incidencia, en porcentaje, por el COVID-19, antes de la posición de la OMS 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)



Anexo 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)

