

Palabras clave: *The Economist*; COVID-19; mortalidad directa; Cuba.

ABSTRACT

An article entitled "Covid-19 has damaged the reputation of Cuban health care" appeared in the British magazine *The Economist*. This article recognizes a set of positive Cuban indicators; for example, 89% of Cuba's population is now fully vaccinated with its own vaccines —which efficacy rates over 92.4%. As negative elements, it refers to the poor economic situation of the country, the shortage of food supplies, the poor budget management, the mistakes made in the design and implementation of the organizational and management measures to confront the pandemic; and it considers that Cuba, relative to its size, had one the highest death toll or excess mortality due to COVID-19. *The Economist* editorial board wonders where we went wrong. The author of the current paper attempts, from his knowledge, to answer that question. Certainly, there was an excess of direct mortality due to COVID-19, but it occurred mainly in 2021 when adverse conditions coincided: the spread of the delta variant, the insufficient amount of vaccinated population at that time, the shortage of oxygen and medicine supplies; it is also analyzed whether the fatality cases during the pandemic, still with a positive PCR test, died "due to COVID-19" or "with COVID-19". The author expresses his dissent against the idea that COVID-19 has damaged the reputation of the Cuban healthcare system, although some factors limited its real possibilities. The experience gathered leads to new reflection on this health disaster that affected us all.

Keywords: *The Economist*; COVID-19; direct mortality; Cuba.

Recibido: 05/09/2022

Aceptado: 26/10/2022

No hemos sido lo que hemos querido, sino lo que nos han dejado ser

SILVIO RODRÍGUEZ



Introducción

El pasado 3 de agosto de 2022 en la conocida publicación británica *The Economist* apareció un artículo titulado “*Covid-19 has damaged the reputation of Cuban health care*”.⁽¹⁾

Como escribía *Blanco Aspiazú* en un comentario muy oportuno en el grupo de Whats App de la Sociedad Cubana de Medicina Interna (SOCUMI): “el título del artículo ubica al lector en la idea central que quiere transmitir, que la pandemia ha dañado la reputación del Sistema de Salud cubano”.

Inicialmente en el artículo se pondera un grupo de indicadores en Cuba, como es una expectativa de vida mayor que la de los EE. UU. y se reconoce que el país cuenta con un número suficiente de médicos y personal de enfermería calificados para compartir con otras naciones, lo que, como se sabe, permitió que se enviaran grupos de médicos y enfermeros a más de 20 países entre los que se incluyeron algunas naciones del denominado mundo desarrollado, desde las primeras olas de COVID-19 para ayudar en el enfrentamiento de la pandemia y además, reconocen las misiones internacionalistas, que se han mantenido en diferentes regiones del planeta desde la primera, en la década de los años 60 del pasado siglo XX.

También en el mencionado artículo se apunta que es impresionante que el 89 % de la población cubana esté hoy totalmente inmunizada con vacunas propias, con tasas de eficacia superiores a 92,4 % después de tres dosis, lo que no sucedió en el verano de 2021 durante la ola de la variante Delta cuando solo 35 % de los cubanos habían recibido una vacunación completa, comparada con 64 % de los británicos y 54 % de los estadounidenses.⁽¹⁾ En relación con este último asunto, hay que señalar que ante la imposibilidad de adquirir las vacunas extranjeras disponibles en esa fecha –sobre todo por su elevado costo y su acaparamiento por los países ricos–, más el ofrecimiento de donaciones de vacunas en cantidades insuficientes para satisfacer las necesidades de toda la población cubana, el 19 de julio de 2021 se informaba la noticia de la eficacia frente a la enfermedad sintomática de dos candidatos vacunales recién obtenidos gracias a los avances y esfuerzos de la ciencia y la tecnología cubanas: Soberana 02 junto a Soberana Plus en un esquema de tres dosis con 91,20 % mientras que otro esquema con Abdala, exhibía 92,28 % de eficacia. Ambos inmunógenos demostraron también en sus ensayos clínicos fase III una eficacia de 100 %

para prevenir la enfermedad sistémica severa y 100 % para la prevención del fallecimiento en el grupo vacunado.⁽²⁾

Sin embargo, a continuación en la publicación se plantea que de acuerdo con los cálculos del indicador *The Economist's excess mortality tracker*, Cuba tiene -en relación con su tamaño- una de las cifras más elevadas de los costos de la pandemia en muertes (número de víctimas), o sobremortalidad o exceso de mortalidad por COVID-19. Y se pregunta: *Where did it go wrong?*⁽¹⁾ El autor intenta responder a esa pregunta desde sus conocimientos (*until our knowledge*).

Sinrazones acerca de Cuba en *The Economist*

Las críticas en detalle

El artículo en *The Economist* reconoce que el envejecimiento de la población cubana, mayor que cualquier otro país de la región, hizo que Cuba fuera especialmente vulnerable a la COVID-19.

Pero añade que:

[...] otros factores fueron evitables. Los recortes de presupuesto y la escasez de provisiones esenciales tenían ya un peso aún antes de la pandemia. Después de los brotes más intensos de la epidemia los hospitales rápidamente colapsaron; los recursos como el oxígeno, la protección del personal y los medicamentos se agotaron en poco tiempo.⁽¹⁾

A partir de aquí el artículo combina aspectos estrictamente técnicos-científicos con otros de carácter político, para insistir en críticas a la actuación del gobierno cubano -¿y del Sistema de Salud cubano?- sobre factores que consideran evitables e insisten en la mala situación económica del país, el desabastecimiento de alimentos y el mal manejo del presupuesto, aún antes de la pandemia (lo que reiteradamente los opositores han denominado como “estado fallido”, realidad que como se conoce es provocada por las sanciones incrementadas a las que está sometida la Isla por parte del gobierno de los EE. UU, a las que se añaden, indiscutiblemente, errores cometidos en el diseño y en la aplicación de diversas medidas organizativas y de gestión en el afrontamiento a una desconocida pandemia a diferentes niveles). Además, se insiste en las deficiencias de

insumos en los servicios de salud, como la falta del suministro de oxígeno -derivada fundamentalmente de la rotura no prevista de la principal fábrica de oxígeno del país- en el acmé del verano de 2021, que se trató de resolver de diferentes maneras, algunas heroicas, pero, sin dudas, insuficientes para las demandas. ¿Y qué decir de las críticas a las deficiencias en la protección adecuada del personal y de las faltas de medicamentos en hospitales, cuando en esencia esos factores se deben a las persecuciones para su adquisición por parte de las medidas en contra de Cuba, país empobrecido y subdesarrollado, sometido a un agresivo bloqueo económico, comercial y financiero de más de 60 años y recrudecido, sin la menor muestra de solidaridad, en tiempos de pandemia? Como se dice comúnmente estas imputaciones son como “culpar a la víctima”.

El exceso de mortalidad o sobremortalidad

El exceso de mortalidad o sobremortalidad consiste en la diferencia entre el número total de muertes estimado para un lugar específico en un período determinado y el número que se podía esperar en ausencia de una gran crisis (epidemias, desastres naturales, grandes accidentes, guerras y otros). Los episodios de sobremortalidad que con mayor frecuencia se refieren en Cuba en los últimos tiempos, son los ocasionados por las epidemias recurrentes de influenza. Así, por ejemplo, cuando la pandemia de influenza A H₁N₁ hubo 5 000 muertes más en 2010 que en 2009.⁽³⁾

Las estimaciones del exceso de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19 incluyen las muertes por todas las causas y se utilizan para cuantificar los efectos directos e indirectos de la pandemia, pues se supone que esta diferencia incluye no solo las muertes atribuibles directamente a la COVID-19, sino también las muertes asociadas indirectamente a la COVID-19 a través de sus impactos en los sistemas de salud y en la sociedad, por lo que se calcula tomando como base las muertes que habrían ocurrido en circunstancias “normales”, pero que se produjeron por el impacto de la pandemia sobre la población, las condiciones sociales y los comportamientos personales.⁽⁴⁾

Teniendo en cuenta las dificultades que plantea el uso de los datos notificados sobre los casos de COVID-19 y las muertes causadas por esta enfermedad, la OMS considera que el exceso de mortalidad es una medida objetiva y contrastable para medir el impacto de la pandemia, que tiene en cuenta sus efectos directos e indirectos.⁽⁴⁾ Aquí hay que recordar las grandes dificultades que se tienen todavía con el registro fiable de las estadísticas vitales en muchos países, con frecuentes

subregistros. Este no es el caso de Cuba, en el que la calidad del registro de los datos estadísticos gozan de prestigio universal.⁽⁵⁾

Por ello los expertos de la OMS expresan que, en general, en las cifras de mortalidad notificadas, los países pueden subestimar el número de vidas perdidas a causa de la pandemia, y esto se debería a varias razones: a) no se haya tenido en cuenta a las personas que murieron sin que se les realizaran pruebas diagnósticas; b) que el país haya definido correctamente a la COVID como causa de defunción, y no se haya reflejado el aumento de otras muertes que están relacionadas con la sobrecarga de los sistemas de salud; c) que los pacientes hayan evitado acudir a las instituciones de salud debido a la pandemia.⁽⁴⁾

Aunque los sistemas de salud influyen en el número de fallecidos que se producen en una comunidad –especialmente durante las epidemias–, se debe enfatizar en que los determinantes sociales, económicos, educacionales y otros, también contribuyen en dichos desenlaces. En otras palabras, el modo de vida del país, las condiciones de vida de los grupos y los estilos de vida de los ciudadanos, en cada momento y lugar.^(6,7,8,9)

Envejecimiento y mortalidad general

The Economist reconoce que en Cuba ocurre un progresivo y acelerado proceso de envejecimiento de la población en las últimas décadas. En el año 2022 las personas de 60 años y más sobrepasan el 21 % de los cubanos, mientras que en 1950 la proporción de personas de 60 años y más solo representaban 6,7 % del total de los habitantes del país; en 1981, 10,9 %; en el 2000, 13,5 % y en el año 2017, 20,4 %.⁽¹⁰⁾ Como consecuencia, el número anual de muertes se incrementó de año en año desde 1970, cifras muy influidas por la llegada creciente de personas que sobrepasan edades avanzadas y mueren, por lo que cada vez es más difícil determinar el número estimado del total fallecidos para un “próximo año” (Tabla).

Tabla - Defunciones generales e infantiles por sexo, tasa de mortalidad general y tasa de mortalidad infantil. Años 1970-2020

Defunciones generales					Defunciones infantiles				
Años	Ambos sexos (unidad)	Hombres (unidad)	Mujeres (unidad)	Tasa bruta de mortalidad × 1000 hab.	Años	Ambos sexos (unidad)	Hombres (unidad)	Mujeres (unidad)	Tasa de mortalidad infantil × 1000 n v.
1970	53 751	30 574	23 187	6,3	1970	9173	5208	3966	38,7
1971	52 299	29 935	22 364	6,2	1971	9232	5274	3958	36,1
1972	49 447	28 234	21 213	5,6	1972	7129	4197	2932	28,7
1973	51 321	29 123	22 198	5,7	1973	5587	3831	2856	29,6
1974	52 209	30 035	22 874	5,8	1974	5946	3341	2505	29,3
1975	50 951	28 977	21 984	5,5	1975	5299	2985	2313	27,5
1976	53 080	30013	23057	5,5	1976	4370	2468	1902	23,3
1977	55 084	31 933	24 101	5,9	1977	4211	2445	1765	24,9
1978	55 100	31 510	23 590	5,7	1978	3325	1866	1450	22,4
1979	54838	31571	23 267	5,6	1979	2780	1619	1151	19,4
1980	55 707	31 740	23 967	5,7	1980	2590	1501	1189	19,6
1981	57 814	32 995	24819	5,9	1981	2520	1439	1081	18,5
1982	56 485	32 187	24 298	5,8	1982	2759	1605	1154	17,3
1983	58 344	33 194	25 140	5,9	1983	2778	1652	1126	16,8
1984	59 895	33 995	25 000	6,0	1984	2496	1434	1052	15,0
1985	64 430	36 234	28 195	6,4	1985	2997	1758	1239	15,5
1986	63 145	35 758	27 387	6,2	1986	2262	1329	933	13,6
1987	65 079	36 629	28 459	6,3	1987	2387	1395	992	13,3
1988	67 944	38 384	29 560	6,5	1988	2235	1285	949	11,9
1989	67 356	38 050	29 295	6,4	1989	2049	1223	825	11,1
1990	72 144	40 453	31 691	6,8	1990	2004	1184	816	10,7
1991	71 709	40 158	31 551	6,7	1991	1853	1042	811	10,7
1992	75 457	41 537	3382	7,0	1992	1607	955	652	10,2
1993	78 531	44 040	34491	7,2	1993	1431	849	582	9,4
1994	78 648	44 049	34 599	7,2	1994	1458	842	616	9,9
1995	77 937	43 233	34 704	7,1	1995	1384	808	576	9,4
1996	79 552	43 570	35 992	7,3	1996	1109	645	454	7,9
1997	77 316	42 573	34 543	7,0	1997	1098	641	457	7,2
1998	77 565	42 857	34 598	7,0	1998	1039	630	409	7,2
1999	79 499	43 804	35 595	7,2	1999	979	561	416	6,5
2000	76 453	42 059	34 406	6,9	2000	1039	630	409	7,2
2001	79 395	43 048	36 467	7,1	2001	861	482	379	6,2
2002	73 882	40 477	33 405	6,5	2002	922	555	367	6,5
2003	78434	42 302	34 132	7,0	2003	859	456	393	6,3
2004	81 110	43 924	37 195	7,2	2004	736	440	296	5,8
2005	84 824	45 878	38 945	7,5	2005	745	412	334	6,2
2006	80 831	43 875	36 956	7,2	2006	589	321	262	5,3
2007	81 927	44033	37894	7,3	2007	592	332	260	5,3
2008	86 423	45 271	40 152	7,7	2008	579	322	257	4,7
2009	85 940	45 525	40 314	7,7	2009	625	351	275	4,8
2010	91055	49 080	41 985	8,1	2010	581	350	231	4,5
2011	87 044	46 554	40 490	7,7	2011	653	375	278	4,9
2012	89 372	48 348	41 024	8,0	2012	581	340	241	4,6
2013	92 273	49 706	42 567	8,2	2013	521	291	234	4,2
2014	96 330	51 956	44 356	8,6	2014	514	309	205	4,2
2015	99 691	53 812	45 875	8,9	2015	535	299	236	4,3
2016	99388	54 284	45 104	8,8	2016	497	277	220	4,3
2017	105 949	58 283	48 566	9,5	2017	465	256	209	4,0
2018	106 201	57 902	48 299	9,5	2018	461	256	205	4,0
2019	109 089	59 563	49 451	9,7	2019	552	338	214	5,0
2020	112 439	61 709	60 730	10,1	2020	618	267	229	4,8

Hab: habitantes; n v.: nacidos vivos.

En 2019 hubo 109 089 muertes en Cuba, en 2020 hubo un incremento de 3350 para 112 439 muertes en el primer año de la pandemia (Tabla).

Es un incremento “aceptable” según las series cronológicas de fallecidos en el país, pues en los datos ofrecidos en la tabla, no existe una cifra fija para considerarla como esperada o base de fallecimientos porque en todos los años se incrementa de modo gradual el número total de muertes. Pero, indiscutiblemente, en 2021 hubo un alza grande de defunciones por todas las causas, pues se informaron 167 645 decesos durante la mayor ola de casos confirmados y fallecidos por COVID-19 entre nosotros.⁽³⁾

En ese año 2021 se registraron 55 206 muertes más que en 2020, por todas las causas. Es importante recordar que –aunque solo es una conjetura del que escribe– esta ola coincidió con la entrada al país de un gran número de turistas rusos, cuando en Moscú cerca de 90 % de los pacientes con COVID estaban infectados con la variante Delta del SARS-CoV-2.⁽¹¹⁾

Sin embargo, en 2021 cuando se notificaron 8167 muertes por COVID-19 y se registraron 954 688 pacientes nuevos diagnosticados por esta enfermedad hubo una letalidad de 0,86 %, debido a la experticia adquirida en la atención de los pacientes y a un intenso y masivo proceso de inmunización en todo el país con vacunas propias (Abdala y Soberanas) en el segundo semestre del año, a diferencia de 2020, se alcanzó una letalidad de 1,21 % con solo 146 fallecidos por COVID-19, con un número menor de casos confirmados (12 056).

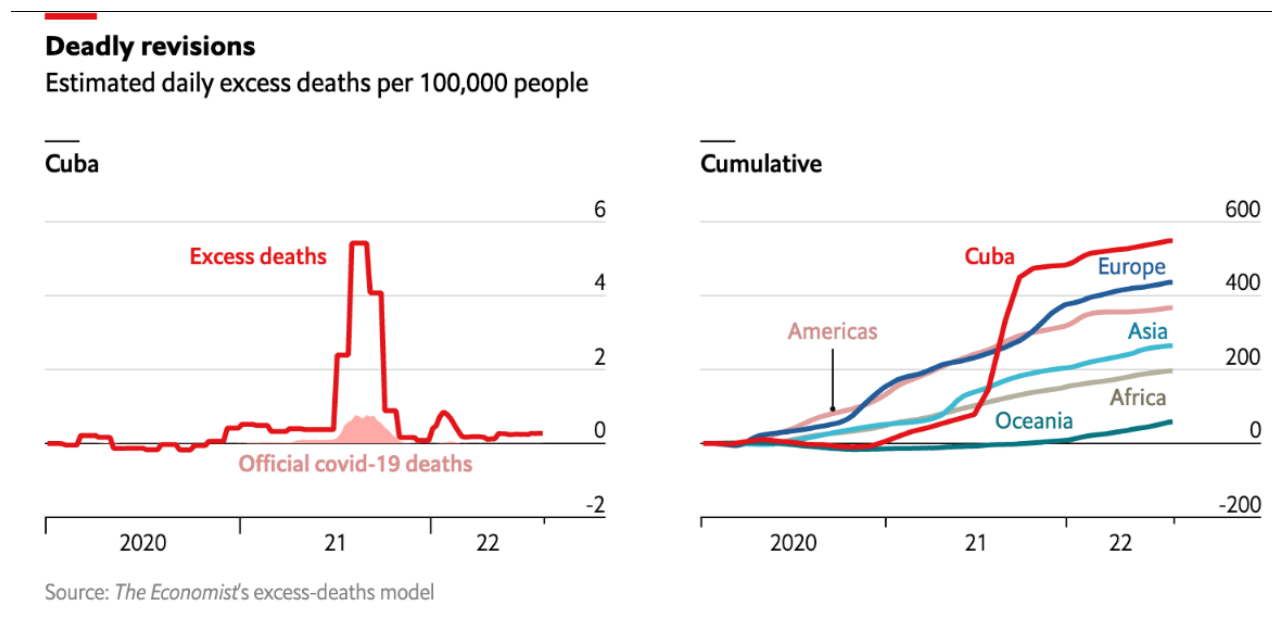
En los meses transcurridos del año 2022, –después de comprobarse la presencia de la variante Ómicron y con prácticamente toda la población cubana inmunizada–, hasta el 6 de agosto, se diagnosticaron 141 877 nuevos casos de COVID-19 con solo 70 fallecidos, para una letalidad de 0,05 %.

En total, desde el inicio de la pandemia en Cuba en marzo de 2020 hasta el 6 de agosto 2022, se registraron 8529 fallecidos en 1 108 621 pacientes confirmados hasta esa fecha,⁽¹²⁾ para una letalidad global de 0,77 %, muy inferior a la de 1,08 % del mundo y a la de 1,61 % en la región de las Américas.⁽¹³⁾

Ciertamente existió un exceso de mortalidad “directa” relacionada con los servicios de salud a causa de la COVID-19 en Cuba, pero se enfatiza que este exceso se focalizó en el año 2021, en el que coincidieron situaciones adversas: entrada de la variante Delta, número insuficiente de

población vacunada, limitación en suministros de oxígeno y de algunos medicamentos para el control de enfermos crónicos, entre otros factores.

La publicación en *The Economist* plantea una tasa estimada de exceso de muertes por COVID-19 en Cuba de ≈ 550 por 100 000. Sin embargo, al autor no le quedan claras las cifras y el período que se tomaron para estos cálculos. ¿Tendrá Cuba tasas de sobremortalidad por COVID-19 por encima de las de Europa (¡en segundo lugar!) y las de Asia, África y Oceanía (¡las regiones más pobres!), tal como se afirma? Y [...] ¿las elevadas tasas de sobremortalidad que se registran en diferentes países más desarrollados? Y [...] por tanto, ¿el impacto de la pandemia entre nosotros ha sido mayor? Es bueno significar que en el mencionado artículo se compara a Cuba con conglomerados de continentes, no de países (Fig.).



Se decide dejar la imagen original del artículo en *The Economist* por la fácil comprensión de los textos en inglés y la asequible interpretación visual de los resultados presentados.

Fuente: *The Economist*, Aug 3, 2022.⁽¹⁾

Muertes por COVID-19 o con COVID-19

En el caso de Cuba, desde el inicio de la pandemia, se realiza una búsqueda activa de casos para su aislamiento, hospitalización y tratamiento adecuado en el caso de los confirmados, pero se fue

muy estricto en el diagnóstico y solo se reportaban los fallecidos por COVID-19 si tenían un PCR positivo que, como se conoce, es un criterio “muy específico, pero menos sensible”.^(14,15)

Cuando en las estadísticas vitales solo se recoge la causa básica de muerte en los certificados de defunción, puede haber un subregistro, por lo que las cifras de fallecidos notificados por la COVID-19 muy probablemente no reflejan el aumento de otras muertes por comorbilidades importantes, que pudieron estar relacionadas con la infección por coronavirus y que forman parte de las causas contribuyentes de muerte, que casi nunca aparecen en la mayoría de las estadísticas como tales.⁽¹⁶⁾

En Cuba, la sobrecarga del sistema de salud –todo el tiempo universal, gratuito, y fácilmente accesible– no tuvo peso en los resultados, ni en el hecho de que los pacientes evitaran acudir a los establecimientos de salud durante la pandemia, lo que, como se conoce, sí sucedió en muchos otros países, sobre todo subdesarrollados, pero también desarrollados.

Al autor de estos párrafos le ha preocupado mucho que las estadísticas en el país, al menos de “casos confirmados”, solo reconocen como tales a las personas que tienen un resultado positivo en la determinación del PCR, sin tener mucho en cuenta la clínica de los pacientes. Desde los inicios de la pandemia la definición de “casos confirmados”, se orientó más al control de la morbilidad por esta causa, sin embargo, se constata que muchos de los que tienen un PCR positivo se encuentran asintomáticos u oligosintomáticos y, aun cuando no desarrollan la enfermedad clínicamente, pueden transmitir el virus a otros, contagiarlos y enfermarlos.

Por lo referido, el PCR en esta pandemia se ha utilizado con al menos dos propósitos: a) clínico (individuos): el diagnóstico de los casos se ha basado en un examen complementario, que no es “infalible” y b) epidemiológico (población): porque se pretende controlar la transmisión de la epidemia a partir del aislamiento de las personas con resultados positivos al test.⁽¹⁷⁾

Debido a todo lo planteado en párrafos precedentes, no fue raro que entre los médicos que asistieron a los enfermos que murieron durante la pandemia, la mayoría pacientes ancianos o con alto riesgo por sus comorbilidades, con frecuencia se planteara la interrogante, de si aún con PCR positivos, la muerte había sido “por COVID” o “con COVID”.⁽¹⁷⁾

La interrogante anterior propició que en el hospital “Celia Sánchez Manduley” de Manzanillo, se proyectan tesis de terminación de residencia orientadas a investigar las características de fallecidos atendidos en ese centro con el diagnóstico clínico sugestivo de COVID-19 pero con PCR negativos

y que no contaron en las estadísticas oficiales. (*Hernández Almeida*, comunicación personal, 2022).

Esta cuestión también ha sido señalada y debatida en EE. UU. -sobre todo por patólogos, a partir de la realización o no de autopsias.⁽¹⁸⁾

En Cuba, la experiencia alcanzada en el estudio de las autopsias de casos dados como confirmados al SARS-CoV-2, corrobora que los pacientes pueden morir por los efectos del virus (fallecidos por la COVID-19), mientras que otros pacientes positivos al SARS-CoV-2 por estudios de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-TR), no mostraron cambios morfológicos pulmonares atribuidos al virus.⁽¹⁹⁾

Los patólogos, en sus primeras conclusiones parciales resaltan que:

La COVID-19 es causa básica de muerte en menos de la mitad de los casos estudiados; la bronconeumonía bacteriana severa fue la causa directa de la muerte en casi la mitad de los casos; las comorbilidades son factores fundamentales en la evolución de la enfermedad y responsables de la muerte en varios pacientes; la respuesta inflamatoria sistémica es una complicación frecuente en estos pacientes.⁽²⁰⁾

El grupo de especialistas patólogos formula finalmente más que una respuesta, una interrogante, “¿cómo pueden los resultados de las autopsias contribuir a evidenciar el real impacto del SARS-CoV-2 en el desenlace de los fallecidos en la pandemia en Cuba?”⁽²¹⁾

Mortalidad hospitalaria y extrahospitalaria

Por otra parte, en varias investigaciones realizadas en Cuba, relacionadas con la mortalidad de los adultos en diferentes fechas -con algunas diferencias entre provincias- se constata que una proporción sustancial (más de 50 %) de fallecimientos ocurren habitualmente fuera de las instituciones hospitalarias, no por falta de recursos, sino por tradiciones, costumbres y deseos de los pacientes -o de sus allegados- en especial ancianos, enfermos crónicos terminales (con cáncer, demencias, entre otros), o por situaciones imprevistas como muertes súbitas cardiovasculares, accidentes y otras lesiones, por lo que el estudio de estos casos constituyen siempre una parte no despreciable a tener en cuenta en el estudio de la mortalidad, al menos en Cuba.^(16,22,23)

No se dispone de información acerca de la proporción de fallecidos fuera de las instituciones de salud en Cuba en 2021, al momento de redactar estos comentarios. Pero el caso de Cuba no es único, en otros países, incluyendo los más desarrollados, se mantiene -a diferencia de los que muchos piensan-, que el lugar de la muerte de la mayoría de los fallecidos -sobre todo ancianos- también está fuera del hospital e incluso se incrementa su proporción. Así en un estudio comparativo entre los adultos mayores que murieron en EE. UU. en 2015 y en 2000, señala que aquellos que murieron en 2015 lo hicieron más en el domicilio o en otros sitios de la comunidad (31 *versus* 40 %) y mucho menos en hospitales (33 *versus* 20 %).⁽²⁴⁾ En Canadá, del 2016 al 2020, los fallecidos extrahospitalarios ascendieron de 39,3 a 44,9 %.⁽²⁵⁾

Otros datos del impacto de la pandemia en 2021

Cuando aún el patógeno era prácticamente desconocido, en 2020 se atendieron 103 gestantes, 17 puérperas y no se reportaron muertes maternas, con medidas mucho más rígidas de aislamiento y control entonces. Para ejemplificar con algunos datos estadísticos la huella negativa de la pandemia en 2021 -ya con la circulación de la variante Delta-, en ese año se diagnosticaron 6 947 embarazadas y puérperas con la enfermedad y 93 de ellas murieron, lo que representó 1,3 % de letalidad en este grupo,⁽²⁶⁾ muy por encima de la letalidad general de 0,86 % en ese período.

Al cierre de 2021, la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas del MINSAP refirió, como datos preliminares, que en la Isla nacieron 99 mil 093 nacidos vivos, 5 945 menos que el año anterior, y la nación registró una tasa de mortalidad infantil de 7,6 por mil nacidos vivos,⁽²⁴⁾ muy por encima de la tasa de mortalidad infantil de los últimos años, por debajo de 5 por cada mil nacidos vivos (Tabla).

En Cienfuegos, nuestra provincia, en 2020 hubo 3 518 nacimientos y 3 994 defunciones de todas las edades. En 2021, los nacimientos disminuyeron a 3 331 y las defunciones se incrementaron a 6 879. En ambos años los fallecidos superaron a los que nacieron, con destaque para 2021, cuando fueron más del doble por primera vez.⁽²⁷⁾

La COVID-19 y las enfermedades crónicas no transmisibles

A fines de 2020, antes de la debacle de enfermos y fallecidos con COVID-19 ocurrida en el verano de 2021, la revista científica cubana Medisur publicó un comentario editorial, a propósito de la coexistencia de dos crisis, la de la pandemia y la de la creciente morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) durante años en Cuba. Los autores plantean que:

[...] el exceso de muertes debidas a ECNT ocasionado por la interrupción [de los programas y servicios de atención a las mismas] causada por la pandemia de COVID-19, y los grandes esfuerzos que se han requerido para su enfrentamiento, pudieran convertir los logros alcanzados contra el nuevo coronavirus en una “victoria muy transitoria” —no quisimos utilizar entonces el calificativo de “pírrica”, que parecía muy fuerte—. De esta forma, la COVID-19 y las ECNT establecerían una relación peligrosa, como una sindemia, con exacerbación de las inequidades sociales y económicas en las poblaciones, sobre todo en las menos favorecidas. Esta situación, aunque excepcional por su magnitud y gravedad, no es infrecuente en países como el nuestro, siempre expuestos a otras epidemias de enfermedades infecciosas tales como el dengue, que recargan los servicios de salud, requieren de esfuerzos extraordinarios para su control y limitan entonces la atención sistemática necesaria de las ECNT”.⁽²⁸⁾

Y también de otros padecimientos y lesiones, añadiríamos hoy. En 2021 lo sucedido rebasó lo previsto. Y esta es una dura lección que hay que aprender, pero que ocurrió también en países desarrollados.

Lo sucedido en Inglaterra y en Gales en 2022 demuestra lo anterior:

El 20 de octubre de 2022 la revista *British Medical Journal* publica un artículo de opinión, ¿titulado *What is driving excess deaths in England and Wales?*, a propósito del exceso de muertes por todas las causas ocurridas también en ese país, entre el 2 de abril y el 30 de septiembre de 2022. Entre las posibles razones para explicar este resultado, la autora de la publicación. *Veena Raleigh*, plantea, ante todo, volver a revisar bien los datos, las líneas de base utilizadas para las comparaciones y tener en cuenta las diferentes metodologías empleadas para los cálculos. Asimismo, se refiere a que cada vez hay más evidencias que

la COVID-19 incrementa el riesgo de los padecimientos cardiovasculares, aún meses después de la infección, lo que pudiera también incidir en un exceso de mortalidad. Por último, no descarta que los enfermos no recibieran una adecuada atención durante la pandemia debido a un Sistema Nacional de Salud (NHS) británico sobrecargado para una asistencia adecuada de los pacientes. Se reconoce también que la mayoría de los fallecimientos reportados “en exceso” a lo esperado, ocurrieron en los adultos mayores.⁽²⁹⁾

Comentarios finales

La tarea más importante de la estadística es proporcionar alternativas cuantitativas objetivas al mero juicio personal, de manera que nos proteja de la subjetividad y los sesgos en el proceso de obtención de nuevos conocimientos.⁽³⁰⁾

Aunque no hay una estadística perfecta para comparar el impacto de la pandemia en distintos países, es una realidad inobjetable que en 2021 –año de la gran oleada de casos confirmados de COVID-19 y de fallecidos por esta causa– hubo en Cuba una sobremortalidad por todas las causas de más de 50 000 defunciones en relación con el año precedente y este es un dato que requiere todavía de nuevas “disecciones”, reflexiones y acciones. Era lo esperado, a pesar de los heroicos esfuerzos de todos, ante un desastre como el gran rebrote de la variante Delta del SARS-CoV-2, en un país con un elevado envejecimiento poblacional y altas tasas de ECNT y con una baja tasa de inmunización entonces, a lo que se unían -y esto es crucial- las complejas y precarias condiciones de vida de nuestra población y de los individuos, como determinantes importantes de la salud.

Pero se debe significar que la cobertura de salud universal y gratuita, basada en la atención primaria y en el principio de equidad evitó males mayores, ya que los recursos se priorizaron en los territorios más afectados, así como en el estrato socioeconómico más bajo, que concentra mayores riesgos de salud, seguidos de los de estratos medio y alto, en ese orden. Esto permitió tener tasas de letalidad similares en los tres estratos, y a nivel nacional la de Cuba es una de las tasas más bajas de la región de las Américas,⁽³¹⁾ pero no se puede perder de vista que los daños y los costos para alcanzar estos resultados y “sobrevivir”, fueron enormes. Más aún, si se tiene en cuenta las desigualdades que se han acrecentado en la población cubana en los últimos años de penurias,

después que en la década de los años 80 del siglo XX, el país registró un coeficiente de Gini entre 0,22 y 0,25, muy igualitario, que ponía a Cuba como una de las sociedades más equitativas en esa época.⁽³²⁾

Según el método de Gini, la desigualdad puede medirse en función de una escala que va del número 0 al número 1. El primero es el indicador de igualdad más alto y el último el de desigualdad máxima.⁽³³⁾

Se calcula que en medio del que se denominó “período especial” en la década de los años 90, ese coeficiente ascendió a 0,45, aunque luego mejoró hasta 0,38 en el nuevo siglo XXI, sin embargo, en la actualidad se calcula que el coeficiente de Gini asciende a más de 0,40, lo que denota una sociedad muy desigual.⁽³²⁾

Hay que destacar factores difíciles de cuantificar, como la entrega, el sacrificio y la pericia de directivos, personal propio del sector de la salud y de otros sectores, así como de toda la comunidad en general, a todos los niveles, durante muchos meses de tensión y sacrificios; la pesquisa de nuevos casos y el diagnóstico de laboratorio rápido y de calidad en todo el país, con inversiones emergentes muy costosas; la obtención y aplicación de nuevos productos biotecnológicos originales para el tratamiento de casos graves y críticos; la proeza de la obtención de vacunas autóctonas de demostrada eficacia; y la hazaña posterior de la inmunización rápida a prácticamente toda la población cubana.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos mostramos en desacuerdo con que la COVID-19 haya “dañado la reputación del Sistema de Salud de Cuba”, aunque sí se aprecia que la influencia negativa de otros factores limitó sus posibilidades reales. Esto permitió que se acumularan experiencias suficientes para nuevas reflexiones e investigaciones a partir de este desastre sanitario que afectó a todos, sin tener que echarle tierra al asunto ni sonrojarse cuando nos señalen resultados que quizás no se habían tenido tan en cuenta ni con tanta fuerza, y que no nos causan satisfacción. La pandemia de COVID-19 demuestra hasta qué punto las emergencias en salud pueden detener el desarrollo en una sociedad.⁽³⁴⁾ No deberíamos perder la oportunidad de aprender más, buscar incesantemente y con inteligencia las mejores soluciones para hacerlo todavía mejor en el futuro, si llegara la ocasión (ojalá que no), aún en las complejas condiciones de nuestro contexto social que, además, hay que tratar por todos los medios de reanimar lo más posible en el menor tiempo.

Agradecimientos

A los doctores *Salvador Tamayo Muñiz*, *Pedro Más Bermejo*, *Pedro Ordúñez García* y *Arturo Pérez de Villamil Álvarez*, por sus oportunos comentarios. A *Liana de la Fuente Valdés*, *Dania Silva Hernández* y *Yosiel Molina Gómez*, por su profesionalidad en la gestión editorial de este artículo.

Referencias bibliográficas

1. The Economist. Covid-19 has damaged the reputation of Cuban health care. Londres: The Economist Group; 2022. [acceso 06/08/2022]. Disponible en: <https://www.economist.com/graphic-detail/2022/08/03/covid-19-has-damaged-the-reputation-of-cuban-health-care>
2. Cubadebate. Noticias de Salud. Cuba: Eficacia de los candidatos vacunales y nuevas cepas del SARS-CoV-2. La Habana: Cubadebate; 2021. [acceso 16/08/2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/07/19/cuba-eficacia-de-los-candidatos-vacunales-y-nuevas-cepas-del-sars-cov-2-video/#anexo-1583677>
3. Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba. Anuario Demográfico de Cuba 2020. La Habana: ONEI; 2021. [acceso 16/08/2022]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario_demografico_0.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es el exceso de mortalidad? Ginebra: OMS; 2022 [acceso 16/08/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/global-excess-deaths-associated-with-the-COVID-19-pandemic>
5. Fernández Perdomo Y. Las estadísticas sanitarias, una fortaleza del Sistema Nacional de Salud, 16 julio 2021. La Habana: MINSAP; 2022 [acceso 23/08/2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/las-estadisticas-sanitarias-una-fortaleza-del-sistema-nacional-de-salud/>
6. National Collaborating Centre for Determinants of Health. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974 [acceso 23/08/2022]. Disponible en: <https://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>

7. Aldereguía Henriques J. Hacia un enfoque sociohigiénico integral del estado de salud de la población. *Rev Admon Salud*. 1988;14(1):15-27.
 8. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*. 2006 [acceso 23/08/2022];368(9552): 2081–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17161730/>
 9. World Health Organization. Health equity through action on the social determinants of health [final report of the commission on social determinants of health]. Geneva: WHO; 2008. [acceso 21/08/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
 10. Oficina Nacional de Estadísticas e Información de la República de Cuba. Censo de Población y Viviendas. La Habana: ONEI; 1981.
 11. Al Día. Noticias de Salud. Casi el 90 % de pacientes con COVID en Moscú están infectados con la variante Delta. La Habana: Infomed-Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2021 [acceso 21/08/2022]. Disponible en: <https://boletinaldia.sld.cu/aldia/2021/06/20/casi-el-90-de-pacientes-con-covid-en-moscu-estan-infectados-con-la-variante-delta/>
 12. Ministerio de Salud Pública Coronavirus en Cuba. Parte del cierre del día 4 de Agosto a las 12 de la noche. Cuba: MINSAP; 2022 [acceso 21/8/2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-4-de-agosto-a-las-12-de-la-noche-3/>
 13. Cubadebate. Noticias de Salud. Cuba reporta al cierre de este sábado 81 nuevos contagios de Covid-19 y una fallecida. La Habana: Cubadebate; 2022. [acceso 21/08/2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/08/21/cuba-reporta-al-cierre-de-este-sabado-81-nuevos-contagios-de-covid-19-y-una-fallecida/>
 14. Watson J, Whiting PF, Brush JE. Interpreting a COVID-19 test result. *BMJ*. 2020;369:m1808. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1808>
 15. Zitek T. The Appropriate Use of Testing for COVID-19. *Western J Emerg Med*. 2020;21(3). DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47370>
 16. Espinosa A, Diez E, González E, Santos M, Romero AJ, Rivero H, *et al*. Mortalidad del adulto en tres provincias cubanas. Años 1981-1982. Cienfuegos: Instituto Superior Técnico de Cienfuegos; 1989.
 17. SimpoCovid 2021. La atención al paciente grave con COVID-19. Algunos comentarios en la distancia. [acceso 21/08/2022]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: <https://simpocovid2021.sld.cu/index.php/simpocovid/2021/paper/view/104>
-

18. George D. Ludberg. Are Patients Dying 'From' COVID or 'With' COVID? New York: Medscape; 2020 [acceso 21/08/2022]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/931843>
19. Capó de Paz V, Borrajero Martínez I, Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J, de Armas Rodríguez Y, Domínguez Álvarez C. Hallazgos de autopsias de 50 fallecidos con SARS-CoV-2 en Cuba entre abril y septiembre de 2020. An Acad Cienc Cuba. 2021 [acceso 20/08/2022];11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200024
20. Montero González T, Hurtado de Mendoza A, Fraga Martínez Y, Laguna Oliva L, del Rosario Cruz L, Torres Gómez Y. Experiencia en autopsias de fallecidos con la COVID-19 en el Hospital Militar Central Luis Díaz Soto. Rev Cubana Med Milit. 2020 [acceso 21/08/2022];49(4):e0200850. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102056>
21. Montero González T, Hurtado de Mendoza A, Capó de Paz V, López Marín L, Fraga Martínez Y, del Rosario Cruz L, et al. Visión de las causas de muerte por la COVID-19 con las experiencias de las autopsias. Rev Cubana Med Milit. 2022 [acceso 21/08/2022];51(2). Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1765/1251>
22. Rivero J. Mortalidad extrahospitalaria en adultos de la provincia de Cienfuegos [tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos;1983.
23. Espinosa A, Quintero Y, Cutiño Y, Romero AJ, Bernal JL. Mortalidad del adulto en tres provincias cubanas. En: Iñiguez L, Pérez OE. Editores. Heterogeneidad social en la Cuba actual. La Habana: Universidad de La Habana; 2004.p. 163-94.
24. Harvard's Medical School. Where people die. Boston: Harvard Health Publishing; 2018. [acceso 17/08/2022], Disponible en: <https://www.health.harvard.edu/blog/where-people-die-2018103115278>
25. Statistics Canada. Table 13-10-0715-01. Deaths, by place of death (hospital or non-hospital). Canadá: Agencia del Gobierno Federal canadiense; 2021 [acceso 17/08/2022]. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=1310071501>
26. Cubadebate. Noticias de Salud. Cuba registra una tasa de mortalidad infantil de 7,6 por mil nacidos vivos, en un año complejo debido a la pandemia. La Habana: Cubadebate; 2022. [acceso

14/08/2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/01/02/cuba-registra-una-tasa-de-mortalidad-infantil-de-76-por-mil-nacidos-vivos-en-un-ano-complejo-debido-a-la-pandemia/>

27. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario estadístico Cienfuegos, 2020. Ed. 2021. Cienfuegos: ONEI; 2020 [acceso 14/08/2022]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario_est_provincial/aep_cienfuegos_2020_.pdf

28. Espinosa Brito AD, Ordúñez P, Espinosa Roca AA, Morejón Giraltoni AF. Enfermedades crónicas no transmisibles y COVID-19: la convergencia de dos crisis globales. Medisur. 2020 [acceso 26/08/2022];18(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4896/3315>

29. Raleigh V. What is driving excess deaths in England and Wales? BMJ. 2022;379:o2524. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2524> (Published: 20 October 2022)]

30. Silva Ayçaguer LC, Benavides Rodríguez A. Apuntes sobre subjetividad y estadística en la investigación en salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [acceso 26/08/2022];29(2):170-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200012&script=sci_abstract&tlng=en

31. Más Bermejo P, Sánchez Valdés L, Somarriba López L, Valdivia Onega NC, Vidal Ledo MJ, Alfonso Sánchez I, et al. Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. Rev Panam Salud Publica. 2020 [acceso 26/08/2022];44:e138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737847/>

32. Wordpress.com. Desigualdad global: ¿Dónde se ubica Cuba? El Estado como tal. 2017 [acceso 26/08/2022]. Disponible en: <https://elestadocomotal.com/2017/04/29/desigualdad-global-como-se-ubica-cuba/>
33. ANDBANK. ¿Qué es el coeficiente de Gini? Observatorio del inversor. 2014 [acceso 26/08/2022]. Disponible en; <https://www.andbank.es/observatoriodelinversor/que-es-el-coeficiente-de-gini/>
34. Moeti M, Gao GF, Herrman H. Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. Lancet. 2022 [acceso 26/08/2022];400(10353):e3-e7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35934013/>
-

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.