



Revista Latinoamericana de Población

ISSN: 2393-6401

revista.relap@gmail.com

Asociación Latinoamericana de Población

Uruguay

Acosta, Laura Débora; Cardona Arango, Doris; Vilton Costa, José; Delgado, Alicia; Freire, Flávio Henrique M. de A.; Garay, Sagrario; Gomez-León, Madelin; Paredes Della Croce, Mariana; Peláez, Enrique; Rodríguez Rodríguez, Vicente; Rojo-Pérez, Fermina; Silva-Ramirez, Rafael
Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas

Revista Latinoamericana de Población, vol. 15, núm. 29, 2021, pp. 64-117

Asociación Latinoamericana de Población

Buenos Aires, Uruguay

DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323865740003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas

Older people facing COVID-19: demographic trends and policy actions

Laura Débora Acosta

Orcid: 0000-0002-3107-4892

laudeac@gmail.com

CIECS, CONICET y UNC, Argentina

Madelin Gomez-León

Orcid: 0000-0003-4512-638X

madeling@gmail.com

Universitat Oberta de Catalunya, España

Doris Cardona Arango

Orcid: 0000-0003-4338-588X

doris.cardona@gmail.com;

dcardona@ces.edu.co

Universidad CES, Colombia

Mariana Paredes Della Croce

Orcid: 0000-0002-2323-6097

mariana.paredes@cienciassociales.edu.uy

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de la Rioja, Uruguay

José Vilton Costa

Orcid: 0000-0002-4986-7356

josevilton@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Enrique Peláez

Orcid: 0000-0001-5919-6384

enpelaez@gmail.com

CIECS, CONICET, Argentina

Alicia Delgado

Orcid: 0000-0003-4724-6860

acdelgado@puce.edu.ec

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

Vicente Rodríguez Rodríguez

Orcid: 0000-0002-8812-6841

vicente.rodriguez@cchs.csic.es

Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España

Flávio Henrique M. de A. Freire

Orcid: 0000-0002-7416-9947

flaviohfreire@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Fermina Rojo-Pérez

Orcid: 0000-0001-9935-2548

fermina.rojo@csic.es

Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Grupo de Investigación sobre Envejecimiento, España

Sagrario Garay

Orcid: 0000-0002-9087-5526

sgarayv@gmail.com

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Rafael Silva-Ramirez

Orcid: 0000-0003-1804-1049

rafael.silva.ramirez@umontreal.ca

Département de démographie, Université de Montréal, Canadá

Resumen

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la población de los países de América Latina (AL) depende en gran medida de las acciones de política pública (en general) y de salud (en particular) que los gobiernos hayan adoptado para frenar su avance y efectos. Especial atención merecen las personas mayores como grupo demográfico de más vulnerabilidad frente a esta enfermedad infecciosa. Así, este trabajo tiene dos objetivos: primero, examinar la tendencia de COVID-19 a partir de los casos confirmados y la mortalidad por esa causa entre personas adultas mayores de una selección de países de AL (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay) junto con España; para luego destacar las acciones y políticas dirigidas a la atención de la población mayor en cada país durante la primera ola de la pandemia.

COVID-19
Pandemia
Morbilidad
Mortalidad
América Latina
España

Abstract

The impact of the COVID-19 pandemic on the population of the countries of Latin America (LA) depends, to a large extent, on the public policies, and particularly on the health actions, that governments have adopted to confront the social and health crisis the pandemic has brought. Older people deserve special attention as one of the most vulnerable demographic groups to this infectious disease. The objectives of this work are: firstly, to examine the COVID-19 trend from confirmed cases and mortality due to this cause among older persons from a group of LA countries (Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Mexico and Uruguay) and Spain. Secondly, to explore actions and policies put in place in these countries to support older persons in particular, during the first wave of the pandemic.

Keywords

COVID-19
Pandemic
Morbidity
Mortality
Latin America
Spain

Recibido: 25/09/2020
Aceptado: 17/03/2021

Introducción

El COVID-19 es una patología causada por el virus SARS-CoV-2 (Khachfe *et al.*, 2020; WHO, 2020b; Zhou *et al.*, 2020). Su rápida propagación, desde su surgimiento en diciembre de 2019, a diversos países del mundo llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) a declarar el brote del COVID-19 como una “emergencia de salud pública de interés internacional” el 30 de enero de 2020 (World Health Organization [WHO], 2020a) y posteriormente, el 11 de marzo de 2020, como pandemia (WHO, 2020c).

La prevalencia de COVID-19 es difícil de estimar debido a que parte de la población no presenta sintomatología o la misma es leve en casi 80% de los contagiados. La letalidad (muertes en relación al total de casos) por COVID-19 observada en la población general de diversos países del mundo varía en un rango del 0,3-5,8%, estando esta variación afectada por factores como el subregistro de casos asintomáticos o leves (sobrestimación de la letalidad) y datos de seguimiento de casos incompletos o subregistro de muertes (subestimación) (Müller, Neuhaan y Razum, 2020). No obstante, la tendencia observada en diversos países indica que la mortalidad es significativamente más elevada en personas que presentan enfermedades crónicas, que se encuentran inmunodeprimidas, o las adultas mayores (Chan et al., 2020; Verity et al., 2020). Adicionalmente, en este último colectivo la situación se vuelve más compleja debido a la posible confluencia de distintos factores relacionados con la salud física y mental y las consecuencias derivadas (fragilidad, vulnerabilidad, discapacidad, dependencia), lo que se incrementa entre la población mayor residente en colectivos o en centros de cuidado de larga duración, concebidos para la atención y cuidado sociosanitario pero no hospitalario, con la consiguiente dificultad de aislar los casos positivos. En la primera ola de la pandemia en estos centros la presencia tanto de falsos negativos en las pruebas PCR (Polymerase Chain Reaction, por sus siglas en inglés) como de síntomas atípicos hizo aumentar el nivel de contagios, pero también el subregistro de casos (Tarazona-Santabalbina et al., 2020).

Además, al no existir un tratamiento efectivo o vacuna durante la primera ola de la pandemia a la que se circunscribe este estudio, solamente pudieron tomarse medidas preventivas como el distanciamiento social (distancia física entre las personas) y aislamiento social (evitar la interacción con otras personas), además de medidas de higiene personal (OMS, 2020).

En este contexto, el COVID-19 constituye un gran riesgo para las personas mayores, el cual se incrementa de forma particular entre las que presentan comorbilidades (Morley y Vellas, 2020). Lamentablemente, el aumento de la esperanza de vida no ha seguido la misma tendencia en la esperanza de vida saludable. Una menor esperanza de vida saludable está relacionada con un aumento de la proporción de personas mayores en situación de fragilidad y dependencia, que pueden requerir cuidados especiales provistos en residencias de larga estadía. Por sus características de establecimientos colectivos, estas residencias propician la rápida diseminación del COVID-19, ya que la población mayor, propensa a la comorbilidad, mantienen un contacto estrecho entre sí y con el personal que los atiende, el cual suele rotar en diversas instituciones (Gardner, States y Bagley, 2020).

La situación de las personas mayores frente al COVID-19 en los países de América Latina (AL) es especialmente preocupante. En primer lugar, los arreglos familiares son particulares, ya que una alta proporción de personas mayores en los países de la región suelen corresidir en estructuras familiares intergeneracionales, lo que incrementa el riesgo de contagio por el diferente ritmo de movilidad de las personas corresidentes más jóvenes —como, por ejemplo, quienes deben salir a trabajar (Módenes, Marcos y García, 2020) o quienes asisten a eventos festivos—. En segundo lugar, un riesgo más elevado entre la población mayor que reside en geriátricos o residencias de larga estadía que, en muchos casos, no cumplen con estándares básicos de calidad en la mayoría de los países de la región (Huenchuan, 2018). En tercer lugar, existe el problema de la capacidad de los sistemas de salud para atender las demandas que genera esta nueva enfermedad. Por último, las barreras de acceso a los servicios de salud y apoyo, en gran parte de los países de la región, constituyen otra dificultad para proteger a las personas mayores del COVID-19 (Lloyd-Sherlock, Ebrahim *et al.*, 2020).

Frente a esta situación, el impacto de la pandemia de COVID-19 en la población mayor de los países de AL depende, en gran medida, de las acciones en materia de salud que los países hayan adoptado para la población en general y muy especialmente para la población mayor. En este sentido, los objetivos de este trabajo son: 1) examinar las tendencias en relación con los casos confirmados y con la mortalidad por COVID-19 en personas adultas mayores de países seleccionados de la región de AL (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay) y de España; 2) señalar las acciones y políticas dirigidas a la atención de la población mayor en cada país durante la primera ola de la pandemia.

Para este análisis se seleccionaron los países de AL que disponían de datos estadísticos por sexo y edad de los casos y muertes por COVID-19, y que además proporcionaran acceso a la información sobre las políticas implementadas. La razón de incorporar a España en el análisis comparado con los países de AL surge del interés analítico de estudiar el comportamiento, presumiblemente diferenciado, que ha tenido la pandemia en estas dos regiones, ya que en España, como en el resto de los países europeos, se inició más tempranamente. De esta forma se partió de considerar que tanto los efectos como las medidas adoptadas difieren de las tomadas por ambos conjuntos de países.

El artículo se estructura en los siguientes apartados: en primer lugar, el contexto demográfico de los países analizados, seguido del estado de la cuestión en relación con el COVID-19, la metodología utilizada, los resultados por países y, finalmente, se presentan la discusión y las conclusiones.

Contexto demográfico de los países analizados

Los países analizados en este estudio han experimentado profundos cambios en su dinámica demográfica desde finales de la década de 1960, con un importante impacto en el crecimiento, la estructura etaria y la distribución territorial de la población.

En principio, el descenso en la mortalidad se debió a transformaciones socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, la mejora del nivel educativo, la penetración y disponibilidad de tecnología, los avances en la medicina y en la salud pública. En las décadas de 1950 y 1960 en AL se implementaron políticas inclusivas de atención de salud básica y saneamiento ambiental que incluyeron programas de vacunación masiva y expansión de servicios sanitarios, en particular, de agua potable y alcantarillado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2008, 2015; Di Cesare, 2011). La caída de la mortalidad implicó un aumento de la esperanza de vida al nacer, iniciado con el descenso de la mortalidad infantil y posteriormente por la caída de la mortalidad en otras edades (CEPAL, 2018).

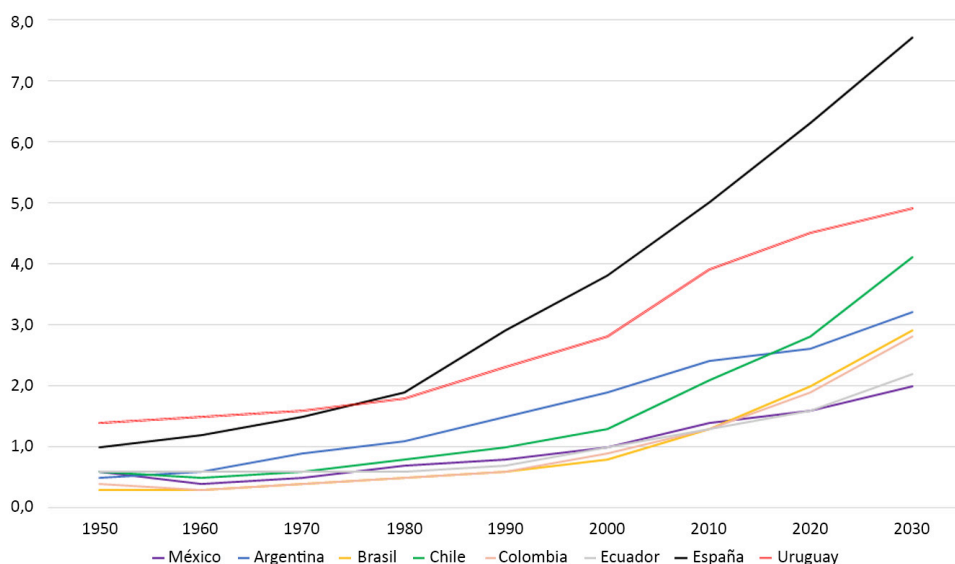
Otra característica relevante ha sido el descenso de la fecundidad, ocurrido en todos los países estudiados, aunque con profundas diferencias entre ellos. En 2020 Argentina y Ecuador fueron los únicos dos países del grupo que mantuvieron tasas globales apenas por encima del nivel de reemplazo, mientras que en 1950 Brasil, México y Colombia tuvieron fecundidades por encima de 6,5 hijos por mujer. La situación de España en 2020 destaca porque tiene una de las fecundidades más bajas del mundo (inferior a 1,4) (Castro et al., 2018; Sánchez-Barricarte, 2019). La rápida convergencia del resto de países analizados ha permitido que actualmente las diferencias entre ellos se hayan reducido notablemente.

También se produjeron cambios en la migración. América Latina y el Caribe se caracteriza por ser una región principalmente emigratoria. Hasta la década de 1990 la principal corriente emigratoria se daba desde los países del Caribe, México y Centroamérica hacia los Estados Unidos. A partir de entonces, la emigración aumentó marcadamente y España ganó gran importancia como país de destino, sobre todo entre ecuatorianos,

colombianos y argentinos, al tiempo que otros países desarrollados comenzaron a destacar como destinos migratorios (Europa Occidental y Oriental, Australia, Canadá y Japón) (CEPAL, 2016).

Además del impacto sobre el tamaño y ritmo de crecimiento de la población, el descenso de la fecundidad junto con el aumento de la esperanza de vida ha generado el proceso de envejecimiento poblacional. En 2019 todos los países estudiados tuvieron un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 11% del total y España superior al 26% (United Nations [UN], 2019). A su vez la población de 80 años y más es en todos los países estudiados superior al 1,5% del total, destacando España y Uruguay, con un 8% y 5%, respectivamente, siendo así que en 1950 en todos los países era inferior al 1%. El Gráfico 1 es muy ilustrativo del aumento de la proporción de personas de 80 años y más en todos los países. En España este proceso se acelera a partir de 1980 (Abellán García *et al.*, 1996; Pérez Díaz y Abellán García, 2018), mientras que en el resto de los países a partir del año 2000. Esto último es descrito con detalle en el primer capítulo del libro “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (Huenchuan, 2018).

Gráfico 1. Porcentaje de personas de 80 años y más, 1950-2030



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UN (2019).

Estado de la cuestión respecto al COVID-19

Es un hecho conocido el enorme desarrollo de publicaciones científicas sobre el tema del COVID-19 desde su aparición. Es por ello que, para afrontar el estado de la cuestión, se ha considerado la bibliografía publicada hasta septiembre de 2020. La aparición del virus SARS-CoV-2 en China a finales de 2019 y su rápida propagación a nivel mundial ha traído aparejado un cambio sustancial en casi todos los aspectos de la vida de las personas y de las sociedades a escala mundial, incluyendo también el ámbito de la investigación. En la esfera científica no clínica ha destacado la evolución exponencial del número de estudios sobre la enfermedad que el virus ocasiona, COVID-19, y el inicial interés de los investigadores en aspectos biológicos, médicos y epidemiológicos, así como la creación tanto de redes de autores como de medios de difusión científica atraídos por el tema (Abd-Alrazaq et al., 2021).

En relación con la situación del COVID-19 en AL, la producción científica recopilada hasta el momento delaborar este artículo se enfoca, en primer lugar, en describir de manera general la situación que se vive como consecuencia de la pandemia, destacando los siguientes aspectos: un escenario de deficiencias estructurales para afrontar la pandemia (Freitas y Pitzurra, 2020; Sánchez, 2020); en las desigualdades entre grupos poblacionales (indígenas, grupos vulnerables, población mayor) (Meneses-Navarro et al., 2020; Mesa Vieira, 2020); en las condiciones de habitabilidad especialmente en áreas urbanas degradadas (Oliveira Andrade, 2020) y en las barreras de acceso a los servicios de salud y de apoyo (Lloyd-Sherlock, Ebrahim et al., 2020; Silva et al., 2020). Otros factores relevantes están asociados con el desarrollo de la pandemia a partir de los casos importados a través de viajes internacionales (Da Silva et al., 2020; Escalera-Antezana et al., 2020; Gómez-Ríos, Ramírez-Malule y Ramírez-Malule, 2020; Rodríguez-Morales, Gallego et al., 2020; Rodríguez-Morales, Sánchez-Duque et al., 2020), la movilidad de las personas (Cuadrado et al., 2020; Dáttilo et al., 2020), la falta de medios de protección de los trabajadores sanitarios (Delgado et al., 2020) o la preparación del personal sanitario (Silva et al., 2020).

También ha destacado la bibliografía sobre los impactos de la pandemia. Además de sus efectos generales (Blofield, Hoffmann y Llanos, 2020), existen otros específicos. El primer impacto abordado es el control de la pandemia, el aplanamiento de la curva y la reducción de los contagios como consecuencia de las medidas adoptadas (Cuadrado et al., 2020; Dáttilo et al., 2020; Gómez-Ríos, Ramírez-Malule y Ramírez-Malule, 2020; González-Jaramillo et al., 2020; Manrique et al., 2020; Otoy-Tono et al., 2020; Paternina-Caicedo

et al., 2020), junto con la influencia de la pandemia en el sistema sanitario y la gestión de los contagios. Este es el impacto de mayor efecto en los países de AL que sufren déficits y mal uso de los recursos o falta de preparación de los profesionales (Silva *et al.*, 2020), lo que no permite afrontar las consecuencias de la pandemia de forma controlada. También se han indicado las afectaciones en grupos de población vulnerable como las personas mayores, entre ellas: el aumento de la soledad y las implicaciones en su salud mental (Júnior *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020; Santos, Brandão y Araujo, 2020) por destacar dos de los más importantes.

En esta síntesis del estado de la cuestión es relevante mencionar que las personas mayores no fueron consideradas como grupo de interés especial, como lo demuestra el hecho de que la OMS no las haya priorizado en sus recomendaciones (Lloyd-Sherlock, Kalache *et al.*, 2020), si bien lo ha hecho con personas que viven en residencias (WHO, 2020d). De la misma manera, es escasa la atención dedicada a las consecuencias sobre los aspectos sociales, e incluso económicos, como destacan Ceylan, Ozkan y Mulazimogullari (2020), ocultos bajo los aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos, como si la pandemia fuera un proceso que afecta solamente al propio organismo. Finalmente, también se ha observado un limitado interés en el estudio de la población mayor como objeto central de la investigación y no como parte de la población global. Es llamativo que haya múltiples referencias a los contagios y muertes entre personas mayores, pero no tanto a otras características sociodemográficas y las consecuencias de la pandemia sobre esta población.

Respecto a las políticas implementadas en los países de AL, la CEPAL con la intención de realizar un seguimiento y monitoreo a mediano y largo plazo, creó un observatorio que ha ido recopilando las medidas implementadas en los países de la región (CEPAL, 2020a). Dentro de las acciones destinadas a proteger a la población mayor, la CEPAL (2020b) ha destacado la importancia de medidas de prevención e higiene personal, así como protocolos de actuación en las residencias de cuidados de largo plazo. Además, dadas las condiciones de vulnerabilidad social de la población mayor en los países de la región, es necesario que sean acompañadas con políticas de protección social, ingresos y empleo de población mayor, desde una perspectiva de derechos humanos.

Metodología

Para aproximarse al primer objetivo propuesto, este trabajo utiliza como fuente de datos los proporcionados por las instituciones de información estadística o de salud de cada país. Debido a que los países estudiados no disponen de las mismas informaciones y fechas, se ha considerado la última disponible en cada país (Tabla 1). Cabe decir que, muy probablemente, en todos los países exista un subregistro de los casos reportados, ya que las pruebas no han sido masivas y los casos registrados suelen ser aquellos que presentan síntomas y acuden a los servicios médicos (Müller et al., 2020).

Con la información recogida en cada país se elaboraron tres pirámides de población por sexo y edad: 1) casos, 2) muertes y 3) letalidad. Además, se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas —(número de muertes / población total) *10,000— y de letalidad de casos¹ —(número de muertes / número de casos confirmados) *100— para el grupo de 60 años y más, y para la población de 35 a 59 años. Se analiza la mortalidad y letalidad a partir de los 35 años ya que, según el meta-análisis de Bonanad et al. (2020), entre los 30-39 años la tasa de letalidad global es de 0,5%, siendo así que en menores de 30 años es inferior al 0,3%, la cual se incrementa a medida que aumenta la edad.

La población de cada país, necesaria para calcular las tasas de mortalidad, fue obtenida de las proyecciones de Naciones Unidas (UN, 2019), realizando el cálculo de personas-año estimando con modelo de crecimiento geométrico, para cada edad y sexo, la población media entre la fecha del primer caso detectado y el último dato disponible en cada país. Las tasas de mortalidad se estandarizaron según el método directo, usando como población estándar la del modelo de la OMS.

Por otra parte, para el segundo objetivo, esto es, la síntesis de las políticas implementadas en cada país, tanto para la población general como para el grupo de las personas mayores, se recurrió a los registros gubernamentales de cada uno de los países (cuyas referencias se encuentran en la Tabla 1).

1 El cálculo de la tasa de letalidad de casos (Case Fatality Rate) se realiza sobre los casos confirmados y no sobre el total de la población infectada (Infection Fatality Rate).

Tabla 1. Información disponible por sexo y grupo de edad para los países seleccionados

País	Casos por sexo y grupo de edad	Muertes por sexo y grupo de edad	Fecha último dato disponible	Fuentes
Argentina	X	X	5/08/2020	Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud, Área de Vigilancia. http://www.msal.gob.ar Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. https://www.pami.org.ar Ministerio de Desarrollo Social. https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial
Brasil	X	X	17/09/2020	Ministerio da Saude, Brasil. https://covid.saude.gov.br/ Intituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, FIOCRUZ. https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/
Colombia	X	X	31/07/2020	Instituto Nacional de Salud. https://www.minsalud.gov.co Presidencia de la República. https://dapre.presidencia.gov.co
Chile	X	X	24/08/2020	Departamento de estadística e información de salud del Ministerio de Salud de Chile. https://www.minsal.cl/ Servicio Nacional del Adulto Mayor. http://www.senama.gob.cl/
Ecuador	X	X	31/07/2020	Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. https://www.salud.gob.ec Presidencia de la República. https://www.propiedadintelectual.gob.ec COE Nacional. https://www.gestionderiesgos.gob.ec Ministerio de Economía y Finanzas. https://www.derechoecuador.com Ministerio de Trabajo. http://www.trabajo.gob.ec
España	X	X	18/05/2020	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. https://www.mscbs.gob.es Ministerio de la Presidencia. https://www.boe.es

(continúa)

Tabla 1 (continuación)

País	Casos por sexo y grupo de edad	Muertes por sexo y grupo de edad	Fecha último dato disponible	Fuentes
México	X	X	3/08/2020	CONACYT-CentroGeo-GeoInt-DataLab. Gobierno de México. https://www.conacyt.gob.mx/ Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/salud
Uruguay	X	X	14/08/2020	Ministerio de Salud Pública. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica Presidencia de la República https://www.presidencia.gub.uy Banco de Previsión Social. www.bps.gub.uy

Fuente: elaboración propia con base en la información disponible en cada país.

Asimismo, fueron usados los registros del observatorio de la CEPAL (2020a), referidos a: desplazamientos (entre y dentro de los países), economía (política fiscal, monetaria, empresarial, restricción de la actividad económica, regulación del mercado, deuda externa, créditos), empleo (protección del empleo, licencias, reducción de horas de trabajo, prohibición del despido), género (violencia de género, economía del cuidado) protección social (transferencias de dinero y alimentos/especies, garantía de servicios básicos) y salud (emergencia en salud, cobertura obligatoria, cuarentena obligatoria para viajeros, confinamiento general obligatorio, pruebas de detección, insumos de salud).

De acuerdo con los criterios establecidos por la CEPAL (2020b), fueron definidos una serie de indicadores sobre políticas destinadas a las personas mayores, a saber:

Sanitarias

- Protocolos de residencias de larga estadía.
- Otras medidas de salud enfocadas a las personas mayores.

Empleo

- Régimen especial de trabajo en personas de 60 años y más.
- Otras medidas relacionadas con el empleo en personas mayores.

Protección social

- Aumento de jubilaciones o pensiones y bonos especiales.
- Transferencias monetarias específicas para personas mayores.
- Transferencias alimentarias o en especie específicas para personas mayores.
- Otras medidas de protección social destinadas a personas mayores.

Resultados

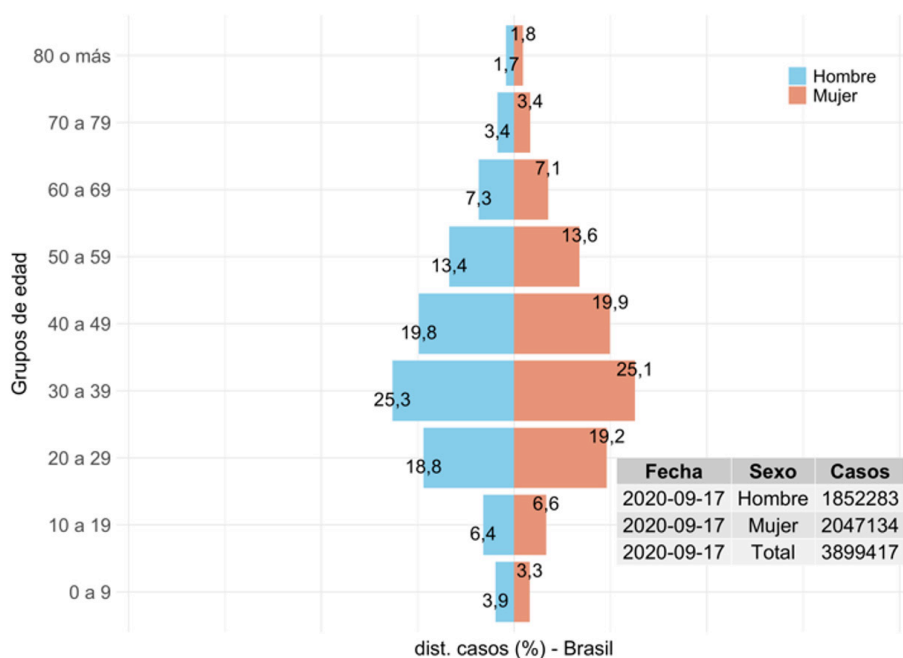
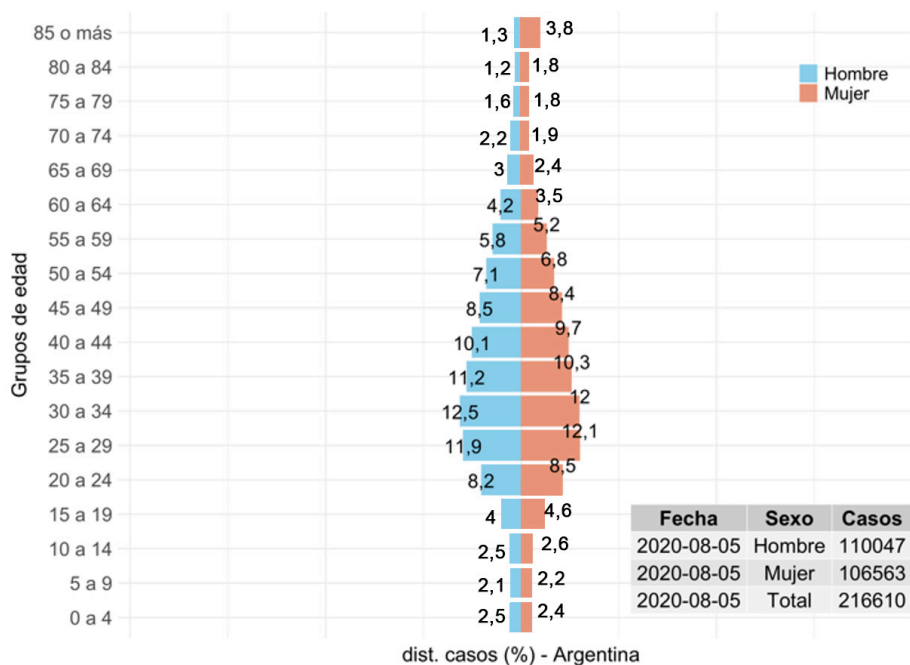
En esta sección, y para cada país, primeramente, se realiza una descripción de los casos confirmados y de la mortalidad por el COVID-19 (Gráficos 2 al 6) entre las fechas correspondientes al primer caso reportado y la fecha del último dato disponible en cada país (Tabla 1) al momento de la laboración de este documento. Paralelamente, se presenta la información recabada sobre políticas públicas tomadas en cada país a partir del Observatorio de CEPAL (2020a) y cotejadas con las instituciones gubernamentales nacionales hasta la fecha del último dato disponible para cada país (Tabla 2). Por último, se exponen las medidas destinadas a las personas mayores en cada país (Tablas 3 a 5).

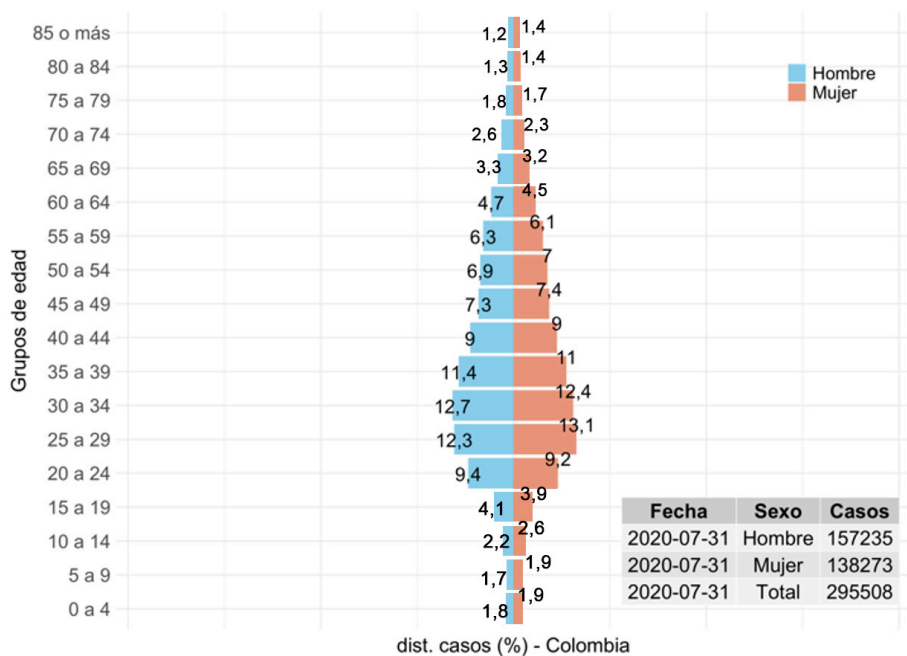
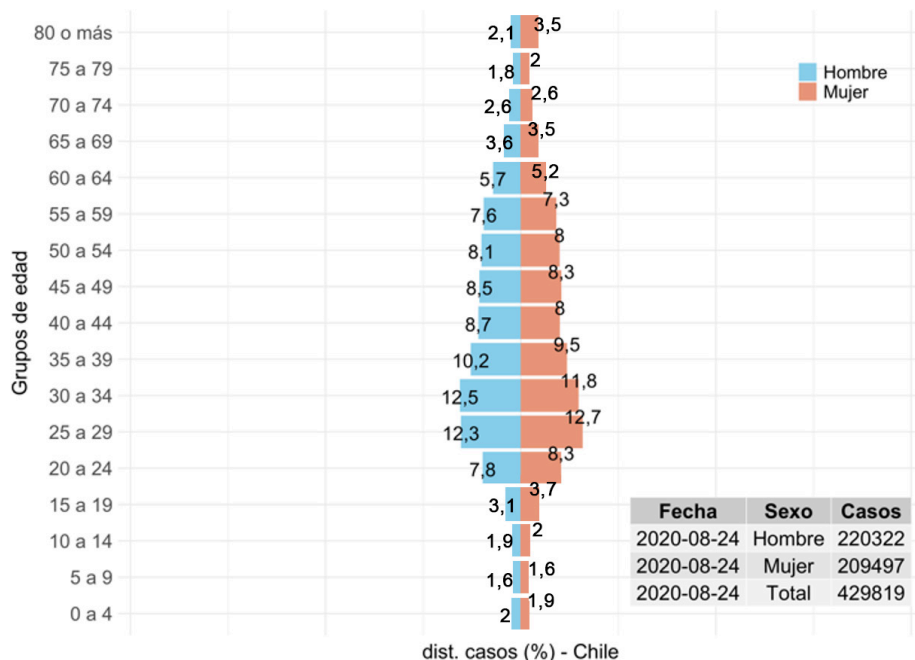
Tabla 2. Número de medidas establecidas frente al COVID-19 según país y tipo, año 2020

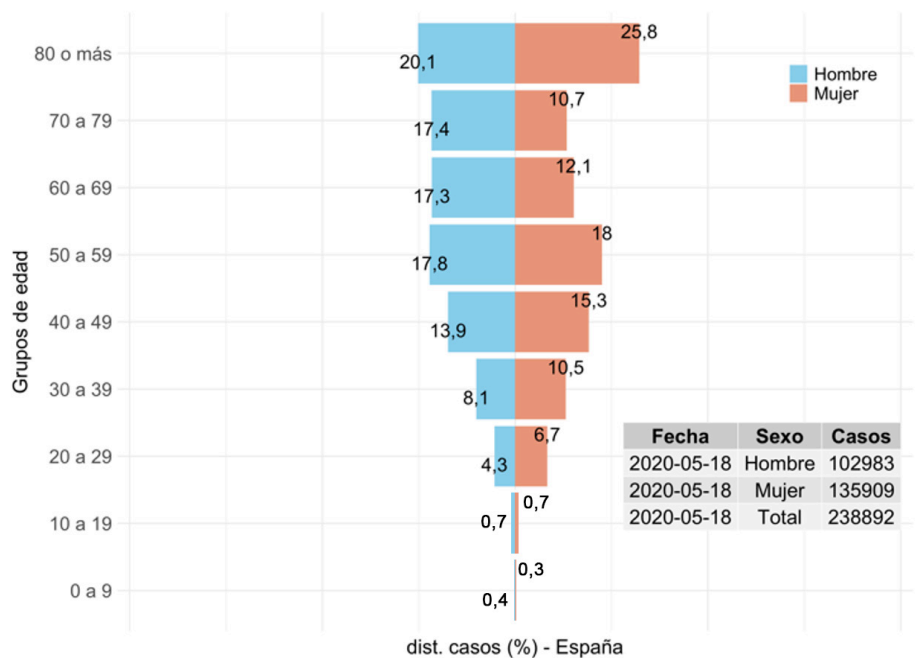
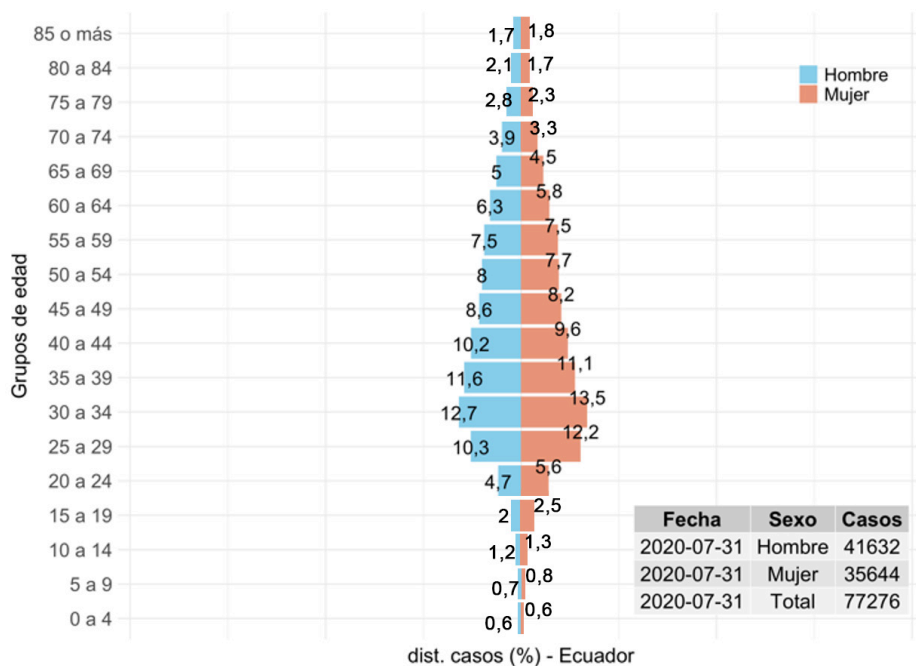
País	Desplazamiento entre y dentro del país	Salud	Economía	Empleo	Protección social	Educación	Género
Argentina	6	7	34	10	7	3	33
Brasil	9	71	78	22	24	5	11
Chile	36	55	41	4	16	7	16
Colombia	8	23	71	11	15	6	13
Ecuador	8	10	14	9	5	5	10
México	2	6	19	4	2	3	18
Uruguay	8	4	33	8	12	9	6

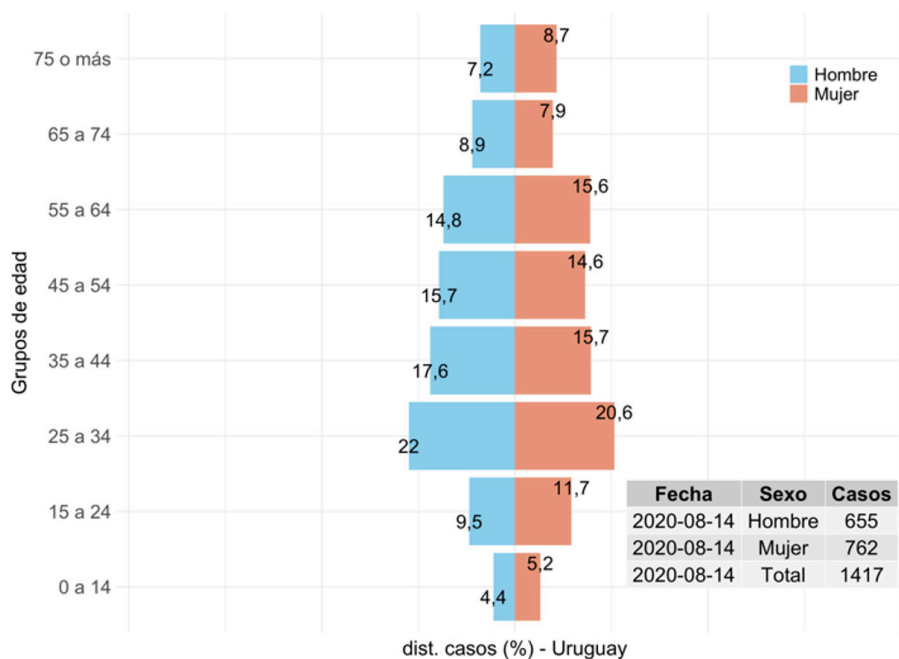
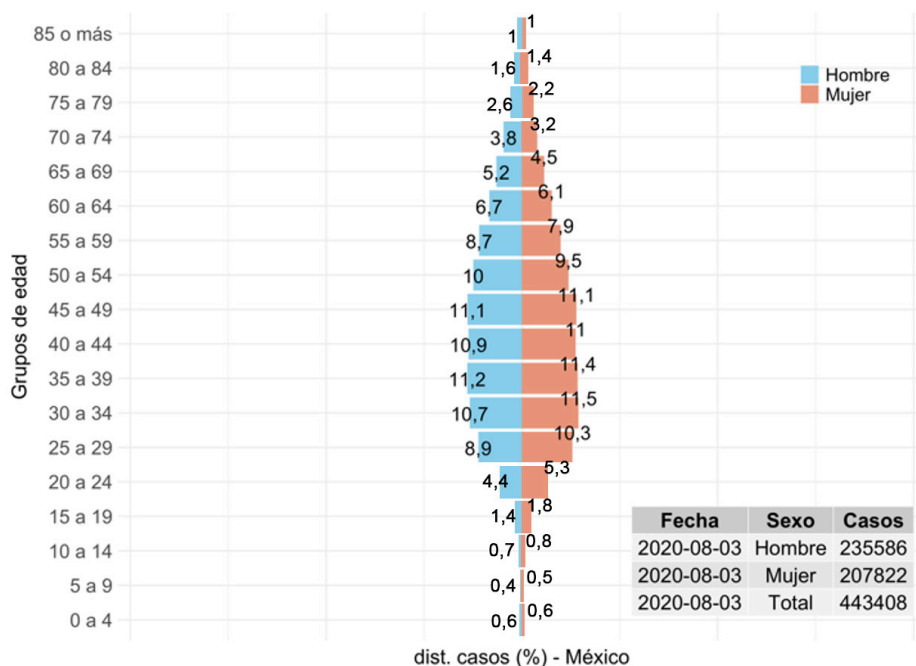
Fuente: CEPAL (2020). Observatorio de COVID-19 y políticas públicas.

Gráfico 2. Distribución de casos confirmados por COVID-19, según grupos de edad y sexo (en porcentaje)



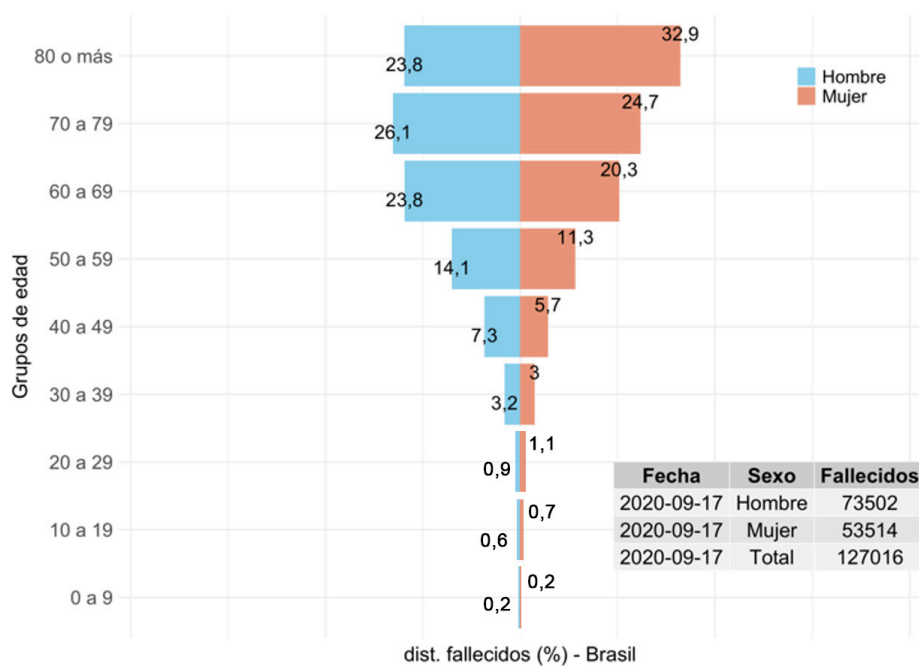
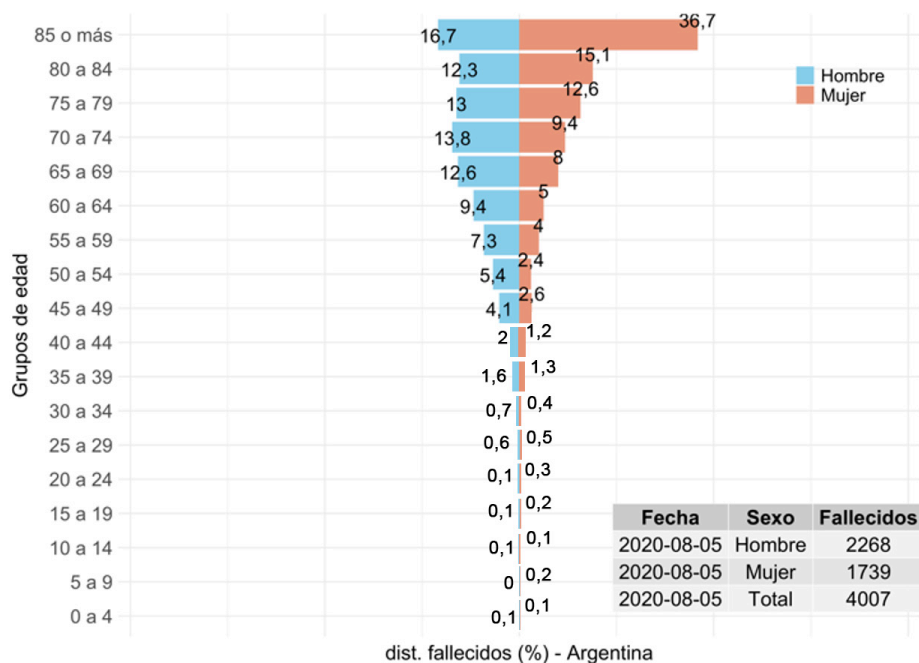


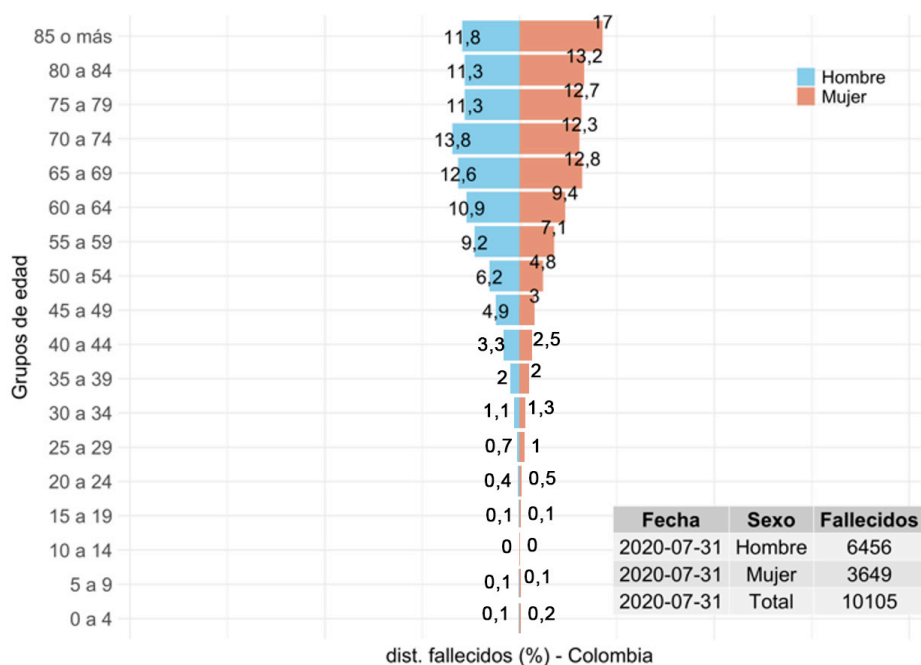
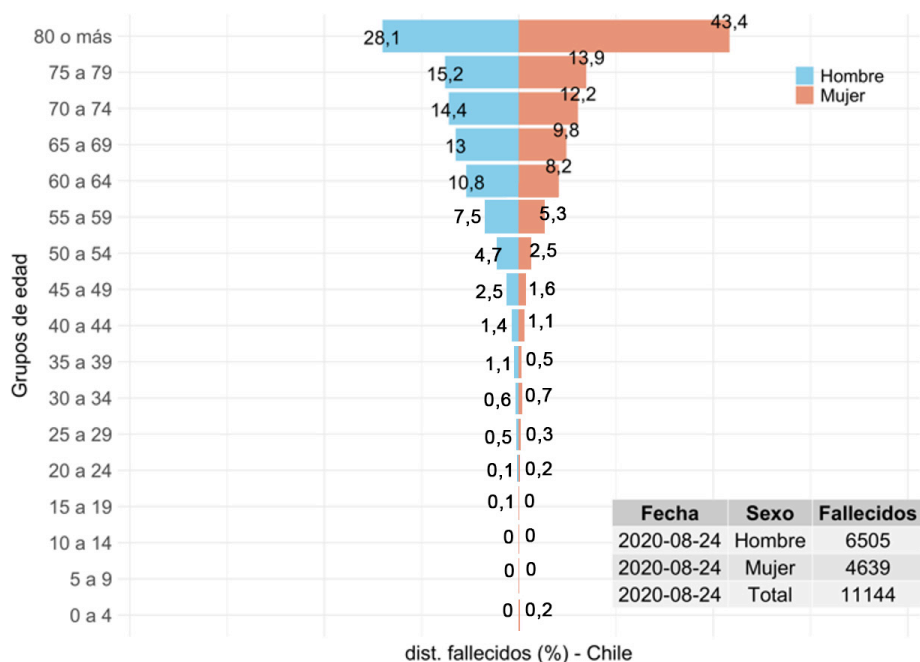


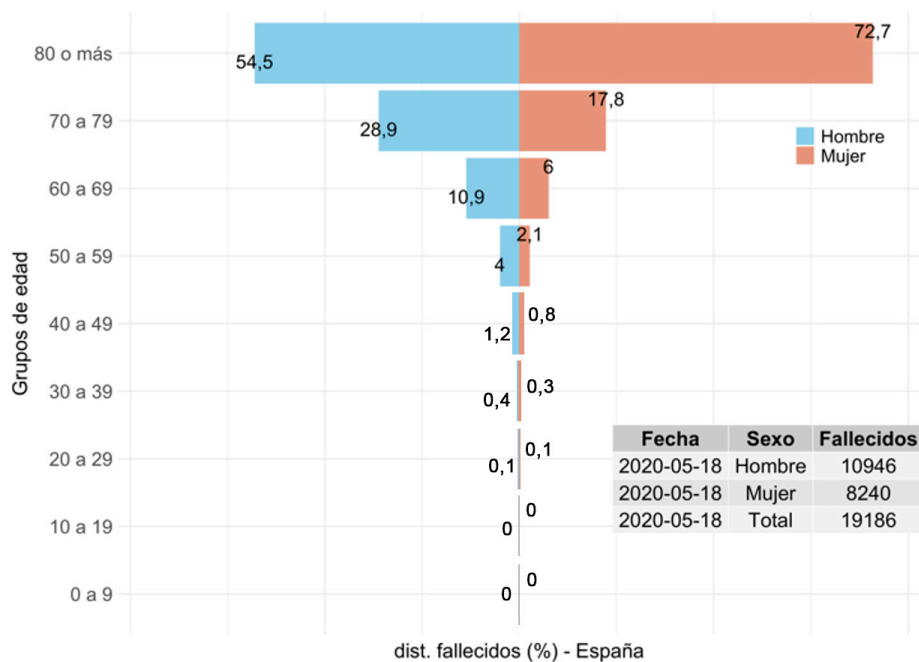
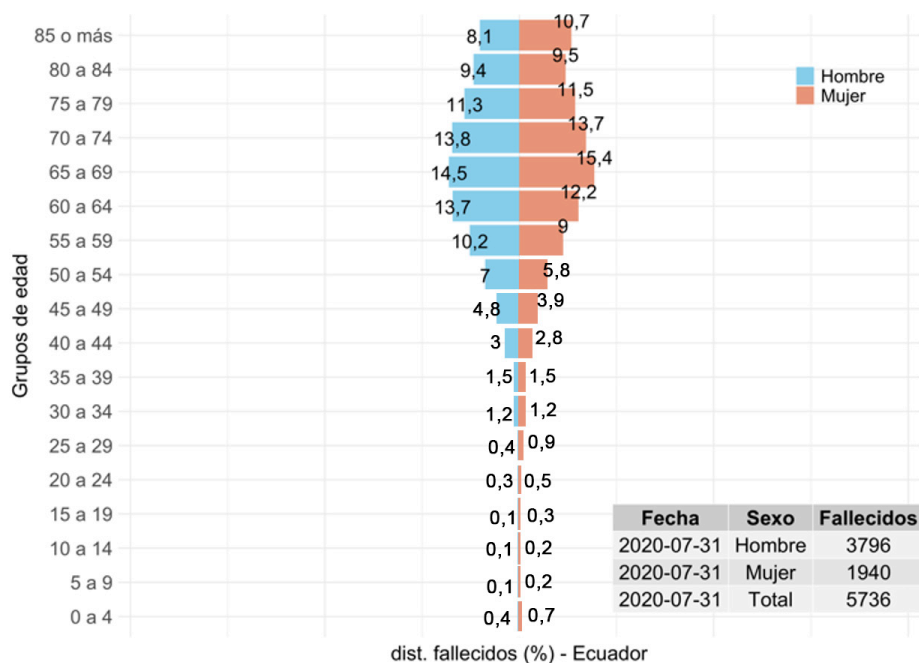


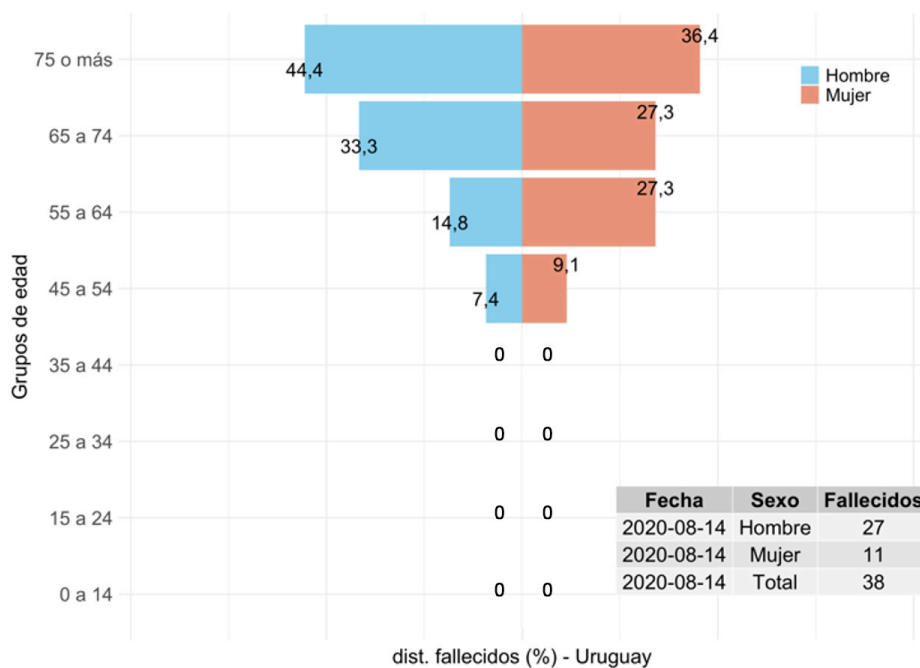
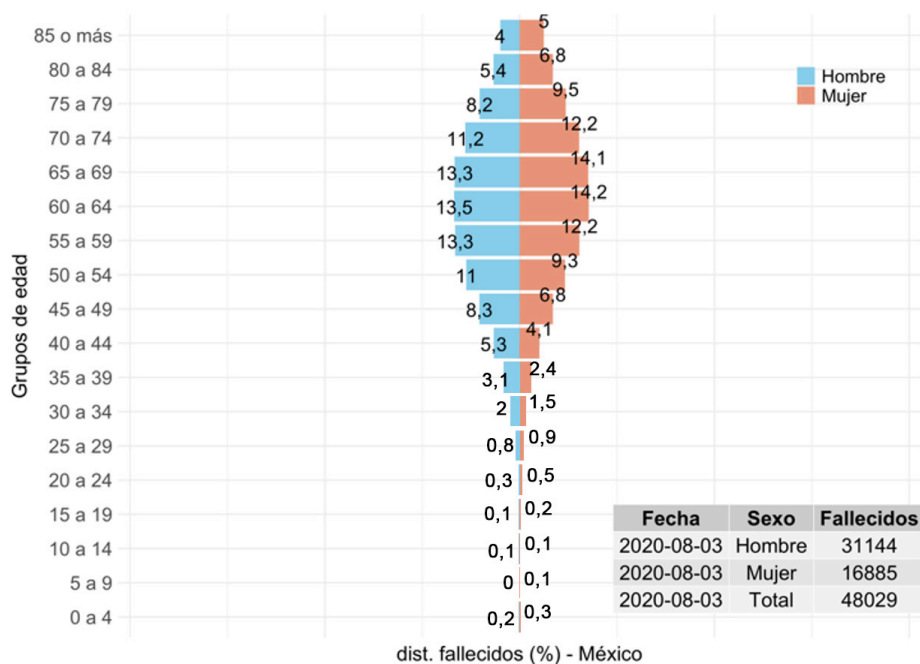
*Nota: los datos de Ecuador se encuentran sujetos a la variación por validaciones del Ministerio de Salud Pública (2020a).
Fuente: Elaboración propia con base en la información de institutos y ministerios de salud de cada país.*

Gráfico 3. Distribución de muertes por COVID-19, según grupos de edad y sexo (en porcentajes)



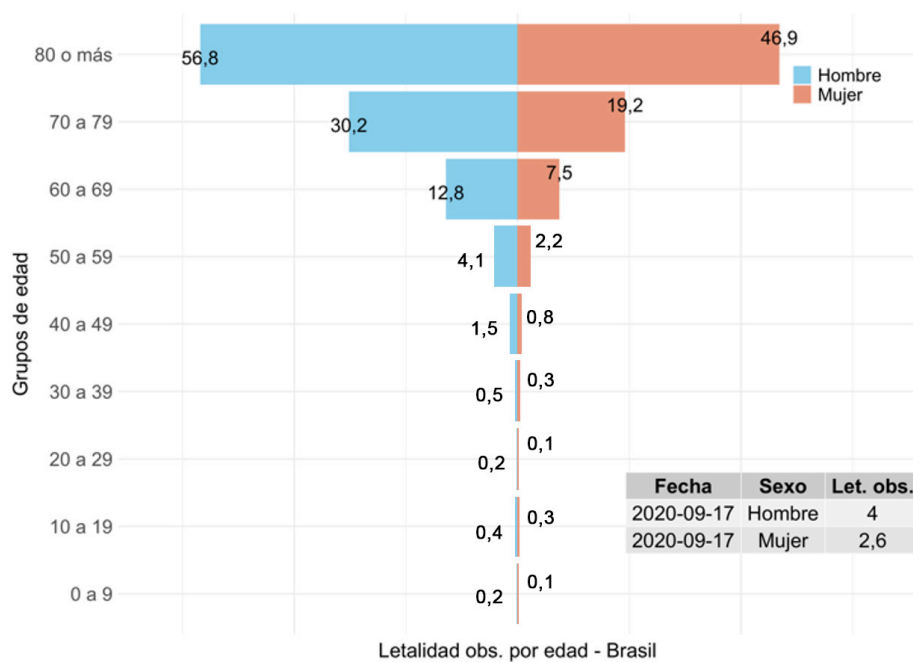
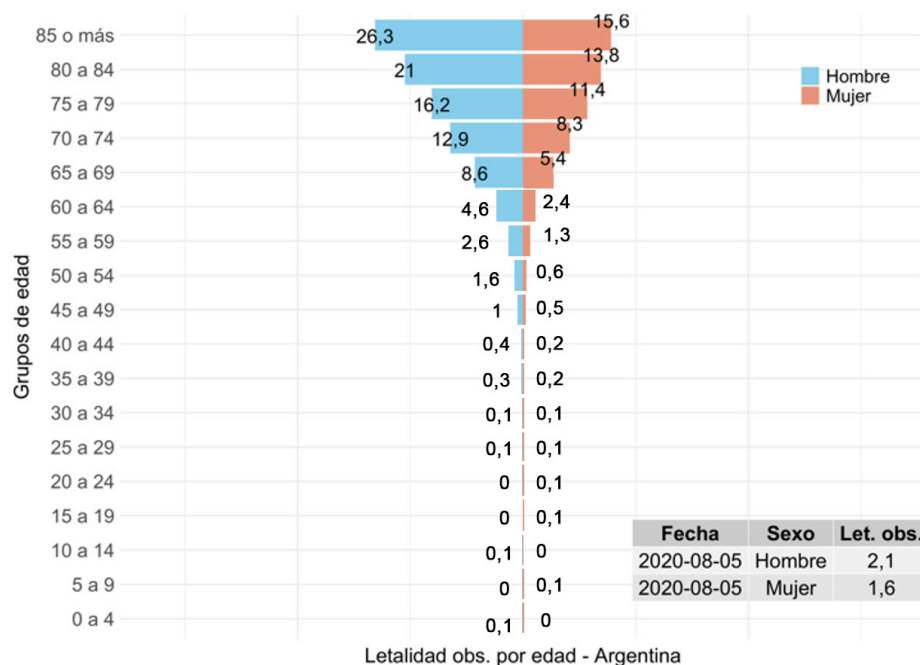


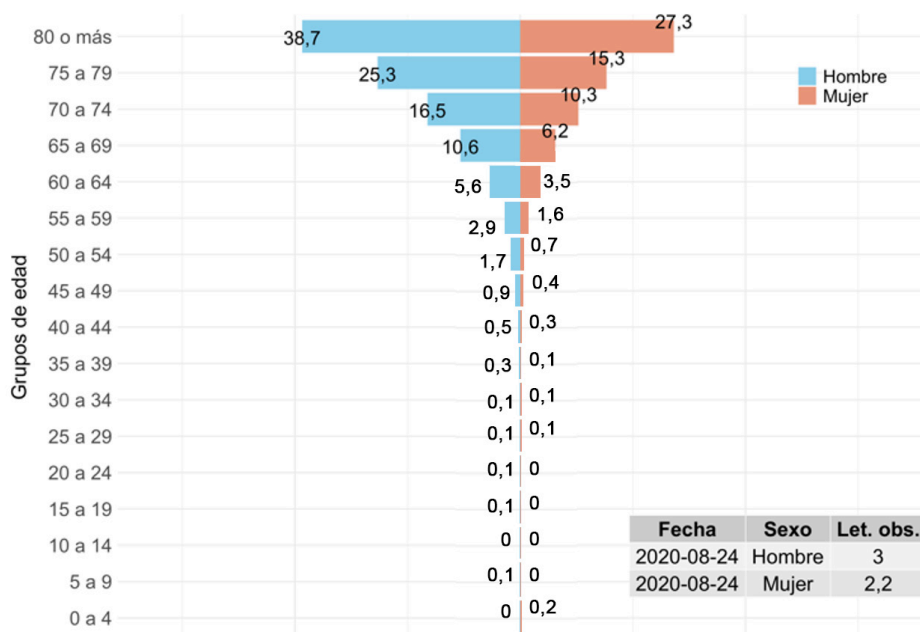




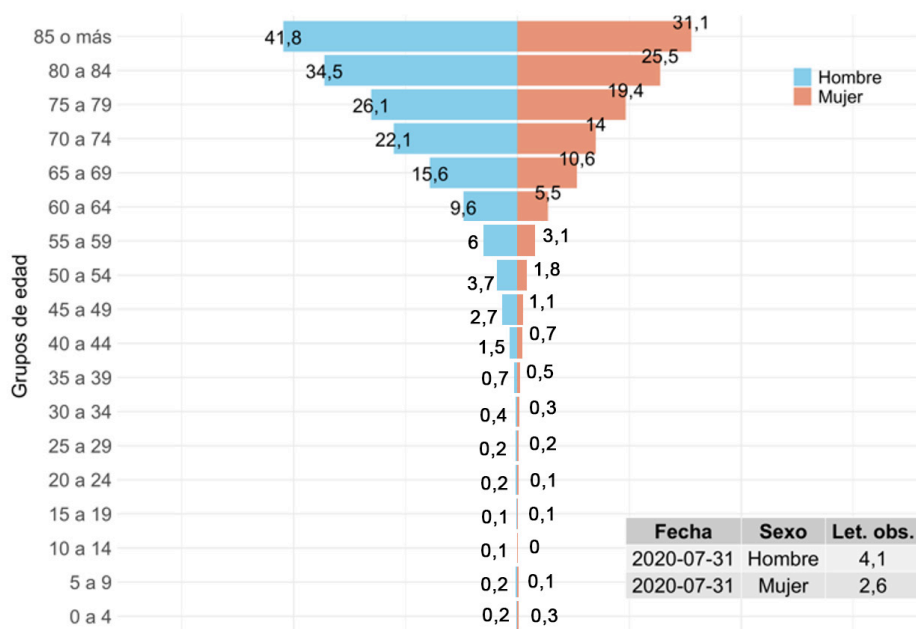
*Nota: los datos de Ecuador se encuentran sujetos a la variación por validaciones del Ministerio de Salud Pública (2020a).
Fuente: Elaboración propia con base en la información de institutos y ministerios de salud de cada país.*

Gráfico 4. Distribución de letalidad por COVID-19, según grupos de edad y sexos (muertes/casos por cien)

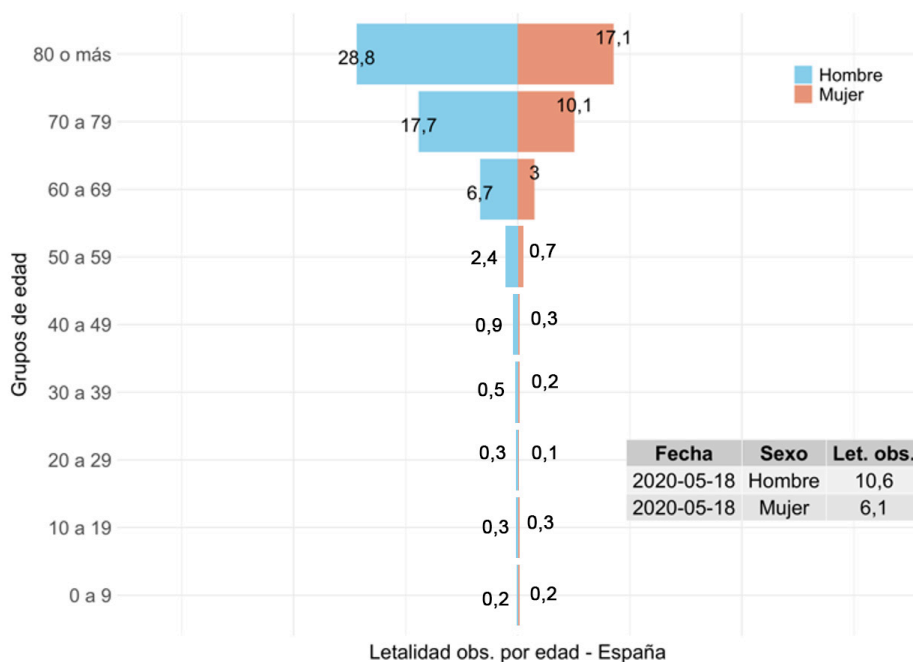
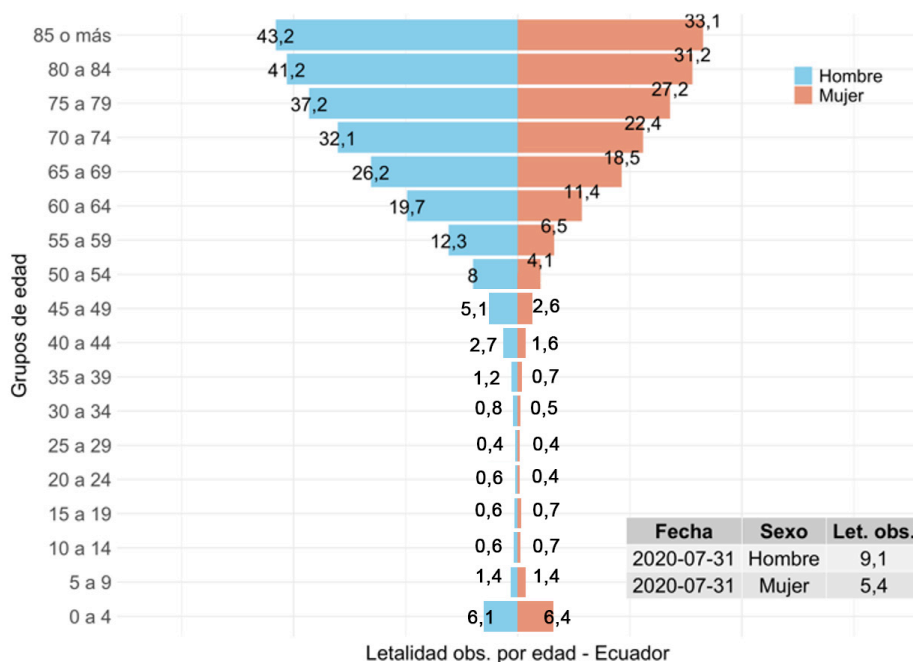


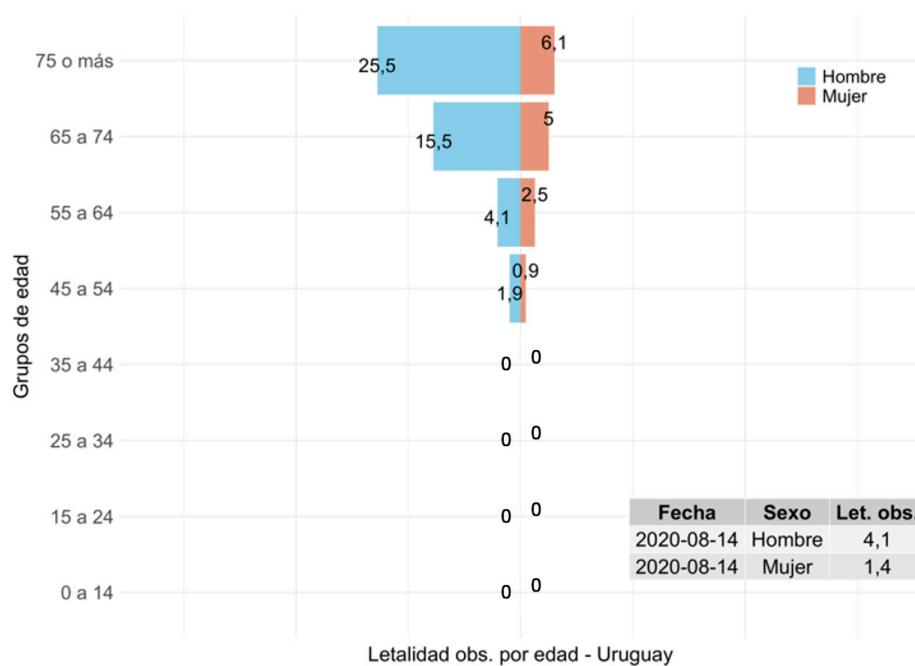
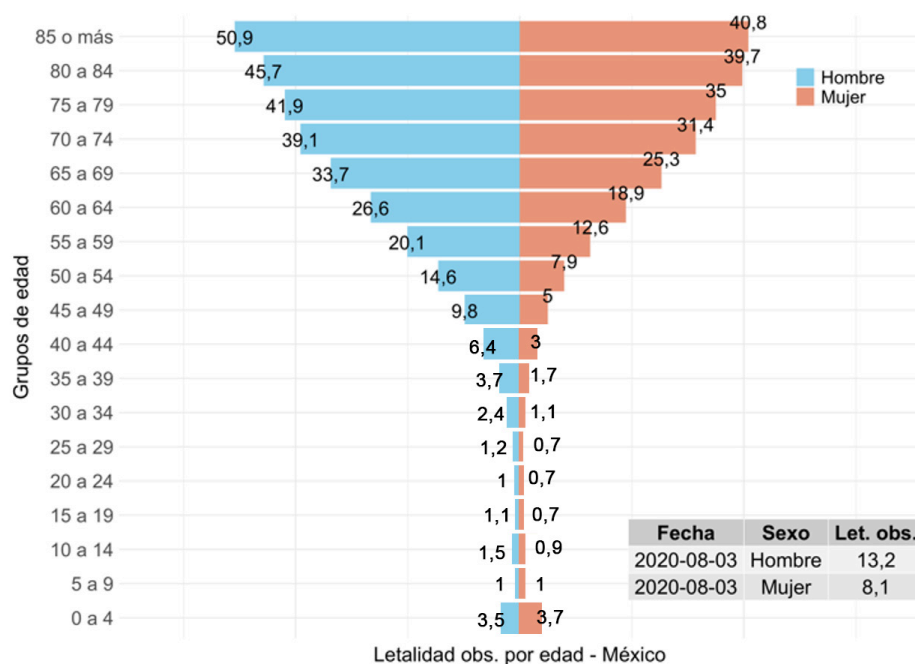


Letalidad obs. por edad - Chile



Letalidad obs. por edad - Colombia

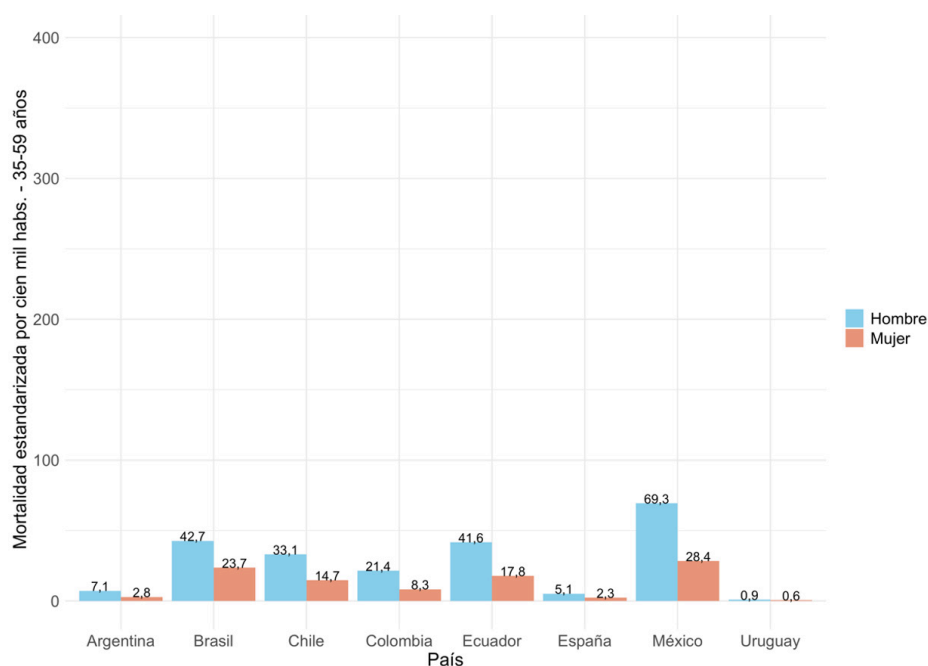
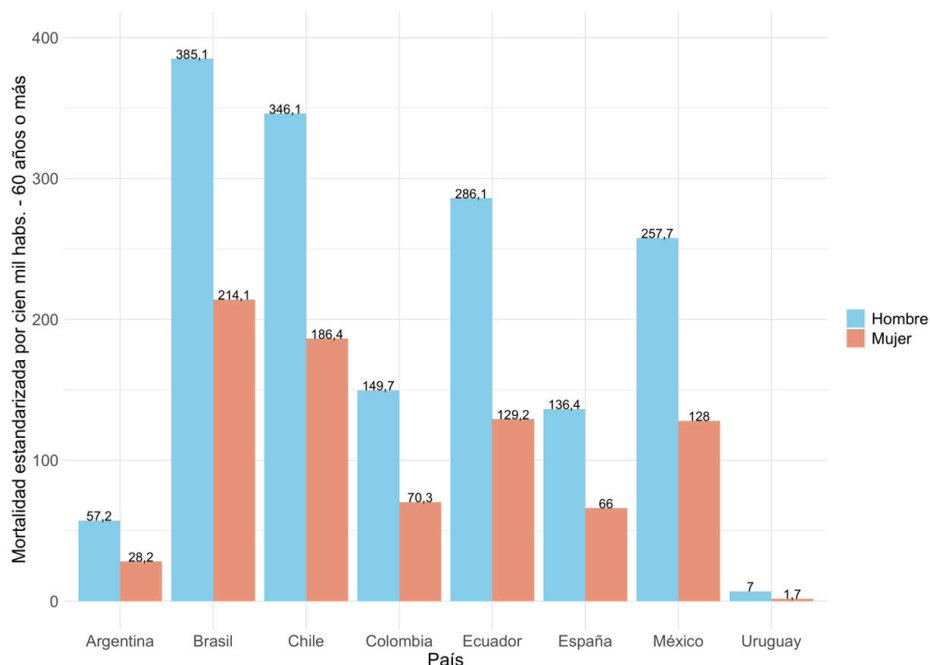




Nota: los datos de Ecuador se encuentran sujetos a la variación por validaciones del Ministerio de Salud Pública (2020a).

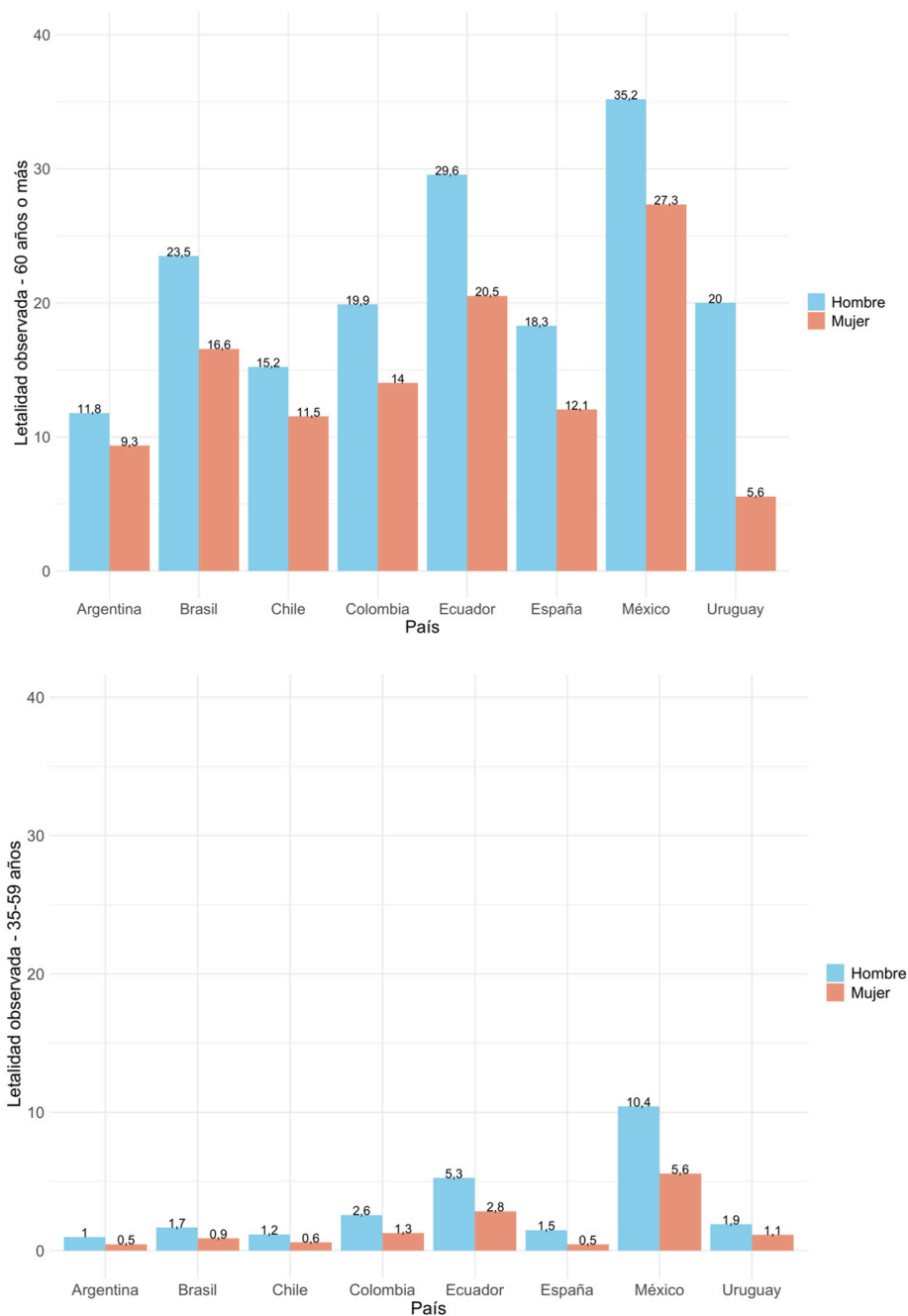
Fuente: Elaboración propia con base en la información de institutos y ministerios de salud de cada país.

Gráfico 5. Tasa de mortalidad por COVID-19 estandarizada según sexo, en personas de 60 años y más y en adultos de 35 a 59 años (por cien mil habitantes)



Nota: los datos de Ecuador se encuentran sujetos a la variación por validaciones del Ministerio de Salud Pública (2020a). Se usa la población estandarizada de la OMS para ambas estimaciones; para los 60 años o más en Uruguay el grupo de edad es de 65 años o más; para los 35-59 años de edad, el grupo equivale a 30-59 años para Brasil y España, mientras que para Uruguay es 35-64 años.
Fuente: Elaboración propia basada en la información de institutos y ministerios de salud de cada país.

Gráfico 6. Tasa de letalidad por COVID-19 según sexo, en personas de 60 años y más y en adultos de 35 a 59 años, expresada en porcentajes



Nota: los datos de Ecuador se encuentran sujetos a la variación por validaciones del Ministerio de Salud Pública (2020a). Para los 60 años o más en Uruguay el grupo de edad es de 65 años o más; para los 35-59 años de edad, el grupo equivale a 30-59 años para Brasil y España, mientras que para Uruguay es 35-64 años.

Fuente: Elaboración propia con base en la información recabada de las estadísticas de institutos y ministerios de salud de cada país.

Tabla 3. Medidas específicas destinadas a personas mayores, establecidas frente al COVID-19 según país y tipo de medida, año 2020 (medidas sanitarias)

País	Protocolos residencias de larga estadía	Otras medidas salud
Argentina	Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 (21/05/2020), alcance nacional.	Línea gratuita de consulta para personas mayores PAMI (13/03/2020), alcance nacional. Receta médicaelectrónica para afiliados del PAMI (31/03/2020), alcance nacional.
Brasil	Recomendaciones de la Sociedad Brasileira de Geriatria y Gerontología.	---
Chile	Orientaciones para la habilitación y funcionamiento de Residencia espejo transitoria. Protocolo para la prevención y atención de COVID-19 en centros residenciales o ambulatorios para personas mayores.	La población mayor a 75 años debe mantener cuarentena.
Colombia	Orientaciones para la prevención, contención y mitigación del COVID-19 en personas adultas mayores, centros vida, centros día y centros de protección de larga estancia para personas mayores.	La población mayor recibe las pensiones directamente en su casa. Resolución 464 de 2020 por la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años.
Ecuador	Protocolo para el manejo de personas adultas mayores en el contexto de la emergencia por COVID-19 en centros gerontológicos residenciales y casas de acogida. Monitoreo en el marco de la estrategia Médico del barrio del plan Toda una vida. Prioridad de personas mayores en la toma de muestras para detección de COVID-19. Entrega de kits de aseo en centros de acogida de personas mayores.	Se prohíbe la salida del domicilio a personas mayores (aislamiento preventivo obligatorio). Se autoriza la circulación de sus cuidadores para desempeñar su actividad de cuidado.
España	Adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Establecimiento de medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.	Actuación desde los servicios de Atención Domiciliaria ante la crisis por COVID-19. Guía de actuación para personas con condiciones de salud crónicas. Personas mayores en situación de confinamiento.

(continúa)

Tabla 3: Medidas sanitarias (continuación)

País	Protocolos residencias de larga estadía	Otras medidas salud
México	---	Secretaría de Salud (16/03/2020). Restricciones de entrada a comercios y lugares concurridos para personas de 60 años o más.
Uruguay	Cuarentena para personas de 65 años y más (24/03/2020). Ministerio de Salud Pública: Recomendaciones de salud para personas mayores (07/04/2020).	---

Tabla 4. Medidas específicas destinadas a personas mayores, establecidas frente al COVID-19 según país y tipo de medida, año 2020 (empleo)

País	Régimen especial trabajo personas de 60 años y más	Otras medidas
Argentina	Excepción de asistir a lugares de trabajo para mayores de 60 años (16/03/2020), alcance nacional.	---
Brasil	Instrucción Normativa 20 establece que los funcionarios públicos pueden trabajar remotamente si son mayores de 60 años.	Pago anticipado de la primera (ya prevista, antes de la pandemia) y segunda (por COVID-19) cuotas del salario 13 ("13º salário") para los jubilados y pensionados del Instituto Nacional del Seguro Social para abril y mayo, respectivamente.
Chile	Todos los funcionarios públicos mayores de 70 años o que formen parte de un grupo de riesgo pueden teletrabajar. Además, los Jefes de Servicio de la Administración del Estado podrán establecer medidas especiales para adoptar horarios de trabajo flexibles y fomentar el teletrabajo.	---
Colombia	---	Fondos privados transfieren 25.000 de sus pensionados al fondo público (15/4/2020).
Ecuador	Guía y plan general para el retorno progresivo a las actividades laborales. Mantenimiento o acatamiento de la modalidad de teletrabajo en domicilios para trabajadores pertenecientes a grupos de atención prioritaria.	---

(continúa)

Tabla 4: Empleo (continuación)

País	Régimen especial trabajo personas de 60 años y más	Otras medidas
España	---	---
México	---	Secretaría de Salud (16/03/2020). Recomendación de no asistencia a actividades laborales de personas con 60 años o más y con factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, etc.).
Uruguay	---	---

Tabla 5. Medidas específicas destinadas a personas mayores, establecidas frente al COVID-19 según país y tipo de medida, año 2020 (protección social)

País	Aumento de jubilaciones o pensiones y bonos especiales	Transferencias monetarias específicas para personas mayores	Otras medidas de protección social
Argentina	Bono extraordinario a jubilaciones y pensiones mínimas (16/03/2020), alcance nacional.	---	---
Brasil	---	---	La Portaria No. 373 levanta durante 120 días una serie de limitaciones al pago de la pensión, como la prueba de vida. Esta medida ayuda a evitar la exposición de los ancianos al virus, al tiempo que garantiza una fuente de ingresos.
Chile	---	---	---

(continúa)

Tabla 5: Protección social (continuación)

País	Aumento de jubilaciones o pensiones y bonos especiales	Transferencias monetarias específicas para personas mayores	Otras medidas de protección social
Colombia	Ingreso extra para familias que reciben el programa de transferencia Adulto mayor.	---	---
Ecuador	Decretos 1022 y 1026: fases 1 y 2 del bono de protección familiar por emergencia por la presencia del COVID-19 en Ecuador (27/03/2020 y 24/04/2020): Entrega gubernamental de bono de contingencia único a núcleos familiares, grupos familiares o personas en situación de extrema pobreza, pobreza y vulnerabilidad afectadas económicamente por la pandemia. Las personas adultas mayores forman parte de los grupos vulnerables.	---	Secretaría técnica del Plan Toda una Vida / Gabinete Sectorial de lo Social: Declaración de incorporación de enfoque de derechos en la implementación de acciones en el contexto de la emergencia sanitaria para evitar situaciones de discriminación por edad (y por otras razones). Préstamos quirografarios emergentes del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
España	---	---	Recomendaciones de redes comunitarias en la crisis del COVID-19. Recomendaciones especiales personas mayores.
México	Instituto de Salud para el Bienestar (03/2020 y 06/2020). Transferencias monetarias a personas mayores y a personas con discapacidad permanente (2 bimestres).	---	---
Uruguay	---	---	Traslado de personas sin hogar con problemas de salud o de 65 años o más a refugios especiales (Ministerio de Desarrollo Social, 26/03/2020). Diferimiento de pagos de préstamos realizados a jubilados y pensionados por el Banco de Previsión Social, mayo a julio 2020 (Ministerio de Economía y Finanzas y Banco de Previsión Social, 23/04/2020).

Argentina

El primer caso en Argentina fue reportado el 4 de marzo del 2020 y la primera muerte se registró cuatro días después. El 20 de marzo se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en todo el territorio nacional por 15 días. El decreto tuvo numerosas extensiones, con modificaciones en las actividades esenciales permitidas y luego con el avance de fases hacia distanciamiento social en varias localidades de diversas provincias, donde el virus no tenía circulación comunitaria. El ASPO se mantuvo, con algunos cambios, en las regiones más pobladas, fundamentalmente en Ciudad de Buenos Aires, el área Metropolitana y otras áreas de la provincia de Buenos Aires, así como en otros grandes centros urbanos. Al finalizar el mes de agosto Argentina contaba con más de 400.000 casos y más de 8.000 muertes (Ministerio de Salud Argentina, 2020).

Los casos se distribuyeron en particular en la población de 25 a 44 años y luego disminuyen con la edad; no existieron diferencias sustanciales entre hombres y mujeres, a excepción de la franja etaria de 85 y más, donde los casos se dan en mayor proporción entre las mujeres. La frecuencia de muertes es muy baja en las edades más jóvenes, incrementándose a partir de los 55 años. La letalidad observada también aumenta con la edad a partir de los 60 años, siendo mayor en hombres que en mujeres. Así, entre la población con 60 años y más años, Argentina presenta una tasa de mortalidad de 57,2 muertes de hombres y de 28,2 muertes de mujeres por cien mil habitantes. Según estos datos, tanto la mortalidad como la letalidad en Argentina son de las más bajas entre los países analizados.

Respecto a las políticas públicas adoptadas, se tomaron 6 medidas sobre desplazamientos, 7 medidas de salud general, 34 de economía, 10 de empleo, 7 de protección social, 3 de educación y 33 de género. Entre las sanitarias se destacan, además del ASPO, el incremento de infraestructura y recursos hospitalarios, las políticas de testeo con aumento en el número de test diarios e implementación del programa Detectar de expansión masiva de test en las ciudades más pobladas. Dentro de las políticas de empleo, sobresalen la ayuda a pequeñas y medianas empresas y políticas de protección del empleo. En las acciones de protección social se destacan las políticas destinadas a aumentar el monto de subsidios sociales y transferencias condicionadas de dinero, además del establecimiento del Ingreso Familiar de Emergencia para trabajadores en situación de informalidad.

En la población mayor, en particular, se establecieron protocolos de atención en las residencias de larga estadía y medidas particulares del PAMI, como el establecimiento de línea gratuita de consulta sobre el COVID-19 y atención médica en remoto (telemedicina), entre otras. Además, se eximió de asistir a sus puestos de trabajo a las personas de 60 años y más años. Dentro de las medidas de protección social, se estableció un bono extraordinario para las personas mayores que cobran jubilaciones mínimas.

Brasil

El primer caso de COVID-19 en Brasil fue notificado el 26 de febrero de 2020, en São Paulo, siendo este un hombre de 61 años con antecedente de viaje a Italia. La primera muerte data del 17 de marzo. El país registró 4.455.386 casos notificados al 17 de septiembre, siendo el tercero en el mundo en número de casos, por detrás de Estados Unidos e India. Con respecto a las muertes por el COVID-19, Brasil informó para esa fecha un total 134.935 muertes confirmadas, segundo país en el mundo en número de muertes, detrás de Estados Unidos (Ministerio da Saude Brasil, 2020).

Hay un mayor número de casos notificados entre las mujeres (52,5%) mientras que las muertes se concentran más en los hombres (57,9%). En cuanto a la distribución por edades, la mayor proporción de los casos registrados corresponden a la población de 15 a 59 años, mientras que la población con 60 años o más años concentra la mayor proporción de muertes. En línea con ello, la letalidad es significativamente más alta en la población mayor de 60 años, la cual aumenta con la edad, llegando al 32,9% y 23,8% en mujeres y hombres de 80 años y más, respectivamente. La tasa de mortalidad en las personas mayores es la más elevada tanto en la población masculina como femenina; al tiempo que la tasa de letalidad, en ambos sexos, son de las más altas de la región, luego de Ecuador y México.

El gobierno brasileño no aplicó una política general para combatir el COVID-19 en todo el territorio nacional. Tampoco estableció políticas nacionales para funcionamiento de escuelas, tiendas y comercios, y no hubo un mensaje claro y único del gobierno federal en relación con el distanciamiento social. A pesar dello, los estados y municipios establecieron políticas para contener la pandemia COVID-19 en Brasil, tanto para funcionamiento del comercio y de las escuelas, como para uso y ocupación de espacios al aire libre, como playas, parques y plazas. Se puede observar en los indicadores de la CEPAL que Brasil cuenta con 9 medidas sobre desplazamientos,

71 sanitarias, 78 económicas, 22 de empleo, 24 de protección social, 5 de educación y 11 de género. Sin embargo, las mismas son en su mayoría de alcance local.

Respecto a las medidas destinadas a la población mayor, no hay un protocolo establecido para las residencias de larga estadía, aunque se cuenta con las recomendaciones realizadas por la Sociedad Brasileña de Geriátría y Gerontología. Se permite a las personas de 60 años y más trabajar de manera remota. Para los jubilados se paga en forma anticipada la primera y segunda cuota de la jubilación complementaria y se levantan limitaciones para el pago de la pensión, como la prueba de vida.

Chile

Cerca de un mes antes de la detección del primer caso confirmado de COVID-19 (3 de marzo de 2020), el Estado chileno otorgó a las subsecretarías de salud pública y redes asistenciales facultades extraordinarias para preparar la inminente entrada en circulación del virus SARS-CoV-2 mediante la publicación del decreto número 4 de 2020 (del 8 de febrero). Desde entonces, la autoridad sanitaria ha implementado múltiples medidas dirigidas al conjunto de la población: el aislamiento de los casos confirmados y el cierre de escuelas y de todos los centros de estudio el 15 de marzo, el toque de queda nacional el 22 de marzo, el confinamiento dinámico de las comunas según sus indicadores epidemiológicos, la puesta en marcha del “Sistema integrado de salud por COVID-19”, que centraliza la gestión de camas y ventiladores mecánicos disponibles tanto en los servicios de salud públicos como privados, así como la obligatoriedad del uso de mascarillas desde el 16 de abril. En ese contexto, si bien el sistema de salud chileno ha logrado expandirse y adaptarse para no colapsar de manera generalizada, al momento de escribir este artículo, el número total de casos y de fallecidos por millón de habitantes están entre los diez más importantes del mundo, mientras que el total de pruebas PCR por millón de habitantes del país se encuentra entre los 50 mayores del mundo (Ministerio de Salud Chile, 2020).

Para finales del mes de agosto, Chile acumulaba más de 400.000 casos confirmados y cerca de 11.000 fallecidos con una prueba de PCR positiva. No obstante, la distribución de esto no es homogénea entre los diferentes grupos de edad. Al 24 de agosto cerca del 50% de los casos confirmados se concentraban entre las personas de 20 y 44 años, mientras que en torno al 15% tenía 60 años o más.

La distribución por edad varía fuertemente en relación con los fallecimientos. Los fallecidos entre las edades 20 y 44 años no representan más del 5% en ninguno de los dos sexos, mientras que en torno al 80% de los decesos se concentran en las personas de 60 años o más. Es decir que, en términos de letalidad observada para este mismo grupo de edad, representará el 15% y el 11,5% en hombres y mujeres respectivamente.

En relación a las acciones llevadas a cabo para enfrentar la pandemia de COVID-19, según la compilación de CEPAL, Chile ha implantado 36 acciones ligadas al desplazamiento, 55 en materia de salud, 41 de naturaleza económica, 4 en empleo, 16 de protección social, 7 en materia educacional y 16 en lo que respecta a los desafíos de género.

En lo que a las medidas dirigidas específicamente a las personas adultas mayores respecta, Chile ha definido cinco: la prohibición de visitas a los establecimientos de larga estadía, la suspensión del funcionamiento de los clubes territoriales de adultos mayores, la creación de una línea telefónica destinada a proporcionar apoyo emocional, el desarrollo de la plataforma "Cuenta conmigo" que ofrece modelos de trabajo voluntario para ayudar a personas mayores a nivel local y, añadida a estas medidas, el confinamiento de las personas de 75 años o más en sus hogares. Cabe destacar que esta última varía según la etapa de la pandemia en que se encuentre el territorio de residencia.

Colombia

En Colombia se reportó el primer caso confirmado el 6 de marzo de 2020 en una joven de 19 años procedente de Milán, Italia; al 31 de julio se habían confirmado 295.508 casos y 10.105 muertes (Instituto Nacional de Salud Colombia, 2020). Los casos se concentraron principalmente en la población económicamente activa, en particular entre los 20 y 44 años, con una distribución similar entre los sexos. Las muertes comenzaron a incrementarse a partir de los 45 años hasta los 70 años en hombres y los 65 años en mujeres, para luego estancarse e incrementar solo levemente en mujeres de 85 años y más. Sin embargo, si se observa la letalidad, esta aumenta significativamente a medida que aumenta la edad.

Asimismo, la tasa de mortalidad por COVID-19 en las personas mayores es superior con respecto a otros grupos poblacionales, mientras en los hombres de 35 a 59 años fue de 21,4 y en las mujeres de 8,3 por cien mil habitantes, en los mayores de 60 años se aumentó a 149,7 en los hombres y 70,3 en mujeres por cien mil. La tasa de mortalidad en el total de la población de 60

años y más es una de las más bajas, después de Uruguay y Argentina. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la letalidad, que está en un rango intermedio en comparación con el resto de los países. La letalidad en los hombres de 60 años o más alcanzó 19,9% y en las mujeres de esta misma edad, el 14%.

Entre las políticas generales implementadas, 8 corresponden a desplazamientos, 23 a acciones sanitarias, 71 de economía, 11 de empleo, 15 de protección social, 6 educativas, y 13 de género.

Las autoridades adoptaron medidas sanitarias específicas para proteger a las personas mayores de 60 años, las cuales generaron rechazo en algunos sectores de la población por considerarlas una discriminación en razón de la edad y una violación de derechos. Entre estas medidas específicas, se cuentan las siguientes: orientaciones para la prevención, contención y mitigación del COVID-19, centros de día y centros de protección de larga estancia; aislamiento preventivo para proteger a las personas mayores de 70 años.

Ecuador

El 29 de febrero de 2020 Ecuador se convirtió en el tercer país latinoamericano —después de Brasil y México— en reportar contagios por COVID-19 en su territorio. La primera infección confirmada se importó desde España. Quince días después del primer caso se decretaron las medidas iniciales de emergencia sanitaria y confinamiento obligatorio, que se centraron en el aislamiento social y restricciones de movilidad en todo el territorio. Al 31 de julio de 2020 Ecuador registraba cifras acumuladas de 77.000 contagios y 5.700 fallecimientos confirmados por COVID-19.

Desde una perspectiva etaria, los contagios por coronavirus se concentraron entre los 25 y 59 años, tanto para hombres como para mujeres, con el 69% del total de casos. La mediana de la edad de contagio fue 42 años. Los niños y adolescentes de hasta 14 años tuvieron una participación insignificante en la cantidad de infecciones (3%), mientras que las personas mayores concentraron el 20,7% de casos, particularmente entre 60 y 69 años.

En términos de la mortalidad, cerca de tres cuartas partes de las defunciones por COVID-19 corresponden a la población de 60 años y más, en tanto que apenas un 5%, a la población menor de 30 años. Las tasas de mortalidad estandarizadas entre las personas mayores alcanzan las 286,1 muertes en hombres y las 129,2 muertes en mujeres por cada cien mil habitantes. La letalidad observada es baja antes de los 60 años y aumenta sostenidamente a partir de dicho umbral, con diferencias según sexo y edad de la persona

mayor: el 29,6% de hombres contagiados pertenecientes a este grupo etario fallecen versus el 20,5% de mujeres infectadas, a la vez que el virus es más letal en pacientes que superan los 70 años.

La CEPAL (2020a) resalta la adopción de 8 medidas de desplazamientos, 10 de salud general, 14 de economía, 9 de empleo, 5 de protección social, 5 de educación y 10 de género. En el mes de junio, el país inició un período de transición para salir del confinamiento generalizado y reactivar la economía, basado en la aplicación de una estrategia sectorial y geográfica de levantamiento de la cuarentena denominada “semaforización”, cuya responsabilidad y gestión pasó del gobierno nacional a los gobiernos locales.

Las políticas públicas enfocadas a las personas mayores han girado en torno a los ejes de salud, protección social y seguridad económica al amparo de la Constitución de la República del Ecuador, que cataloga a esta población como un grupo de atención prioritaria. En el ámbito sanitario, las primeras medidas adoptadas fueron el aislamiento preventivo obligatorio, la autorización de movilidad a sus cuidadores, lineamientos para la gestión en centros gerontológicos en términos de higiene, atención de salud, restricción total de visitas, entre otros. Esta acción preventiva estuvo acompañada de la implementación de la estrategia “Médico del barrio”, referida a visitas médicas domiciliarias a personas mayores y otros grupos vulnerables. En materia de protección social, entre las acciones implementadas destaca la inclusión de la población mayor en situación de pobreza y de pobreza extrema en el grupo de beneficiarios de las transferencias monetarias emergentes por COVID-19. En relación con las medidas de seguridad económica, se incluyen la obligatoriedad de teletrabajo para las personas mayores y otros grupos de atención prioritaria, la aplicación de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, que protege a arrendadores y arrendatarios de la tercera edad, y la oferta de líneas de “crédito quirografario” emergente para jubilados, el cual provee recursos inmediatos para solventar sus necesidades sin garantías específicas que respalden la recuperación del dinero.

España

El primer caso confirmado en España se registró el 1 de febrero de 2020. La curva de la evolución de casos fue creciente hasta casi finales de marzo de 2020, mostrando su máximo el día 20 de dicho mes. A partir de entonces se observa una tendencia errática pero decreciente hasta finales de junio que se mantiene hasta mediados de julio y vuelve a incrementarse de manera sustantiva hasta septiembre. Cuando se inició

el proceso de desconfinamiento (18 de mayo), se contabilizaron algo menos de 240.000 personas afectadas por COVID-19 en España, a los que se añaden casi 200.000 más hasta finales de agosto, según la Red de Vigilancia Epidemiológica.

Por sexos la pandemia incide en una mayor proporción de mujeres (54,8%) que de hombres (48,6%). Según edad, a finales de mayo la población mayor de 60 años reporta más de la mitad de los contagios, tanto en hombres como en mujeres. Los fallecimientos tienen un comportamiento diferente por sexo, ya que el 57,0% fueron hombres y se muestran sobre todo en la población mayor y muy mayor, por encima de los 70 y de los 80 años, respectivamente, si bien en el grupo de más edad las mujeres sobrepasaron considerablemente a los hombres. La letalidad por COVID-19 alcanza un valor de 8% para la población española a finales de mayo, mucho más elevada en los hombres que en las mujeres (10,6% y 6,1% respectivamente), y también más elevada entre los mayores de 60 años (14,9%) que en la población de 30-59 años (0,87%).

Al igual que otros países, España ha establecido medidas de política pública para controlar la pandemia según su evolución. Se decretó el confinamiento a partir del 14 de marzo, como en muchos otros países europeos (Flaxman *et al.*, 2020). Para reducir la curva de contagios se modificaron las relaciones personales y de trabajo, se preservaron los principales sectores económicos como servicios esenciales, adoptando medidas para hacer frente al impacto económico, laboral y social. En relación con las personas mayores se generaron recomendaciones sanitarias focalizadas en los servicios sociales, las personas a su cuidado y en las residencias. El plan de desescalada posterior abrió las actividades económicas no esenciales, así como la movilidad y las relaciones con las personas, añadidas el diseño de políticas y su ejecución pasaron del gobierno central a las autoridades regionales.

En general, las personas mayores han vivido el confinamiento en su propia vivienda de forma autónoma o con el apoyo familiar, de voluntarios o de mujeres contratadas a las que se les permitió continuar con su labor. Al mismo tiempo, las regiones y los ayuntamientos (Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2020; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020) pusieron en marcha ayudas y medidas extraordinarias para cubrir su atención y cuidado, como el apoyo material domiciliario y social contral aislamiento, como el voluntariado organizado y vecinal o las ayudas económicas de emergencia. Algo menos del 5% de la población mayor española vive en residencias colectivas que han concentrado un elevado número de

fallecidos durante la pandemia. Para su protección se dictaron medidas para la provisión de apoyo material y de tipo organizativo para dotar a la residencias de protocolos de actuación, de supervisión y de control para proteger a los residentes y los trabajadores, como la derivación de personas mayores no contagiadas en residencias hacia hoteles, la autorización para regresar a sus domicilios y así evitar la infección, el apoyo psicológico a los trabajadores y a los residentes o la provisión de canales de comunicación de los residentes con sus familiares para recibir apoyo personal. Más allá de las iniciativas promovidas por la administración, otras muchas nacieron desde abajo, desde la sociedad que se organiza con la finalidad de atender a las personas mayores que viven en su domicilio o en residencias.

México

En México el primer caso de COVID-19 se presentó el 27 de febrero de 2020. Para el 30 de abril se alcanzaron 19.224 casos y 1.859 muertes (Suárez *et al.*, 2020). Al 3 de agosto se contabilizaban 443.408 casos y las muertes fueron 48.029. Hay diferencias por grupos de edad de personas contagiadas: la población de 30 a 54 años presentó mayor porcentaje de casos de COVID-19, siendo similar la tendencia entre hombres y mujeres. No obstante, las muertes se acentuaron en los hombres y mujeres de 60 a 64 años (13,5% y 14,2%, respectivamente), con tendencia similar en el grupo de 65 a 69 años. En los grupos de edades más avanzadas (70 y más), el porcentaje de muertes fue mayor al observado en la población menor a 40 años, siendo más alto para las mujeres. La letalidad también tuvo un comportamiento diferencial por sexo: mayor para los hombres en comparación con las mujeres (13,2% y 8,1% respectivamente). La letalidad es ascendente conforme aumenta la edad, incrementándose considerablemente a partir de los 60 años.

Las medidas tomadas por el gobierno federal en México para desacelerar los contagios por el virus SARS-CoV-2 han tenido dos estrategias principales temporalmente diferenciadas: la primera, entre marzo y junio, comprendió la implementación del aislamiento social, con la consecuente suspensión de diversas actividades sociales y económicas así como la presencialidad en las actividades educativas, en centros comerciales, restaurantes y negocios no esenciales, en el marco de una invitación general a la población a quedarse en casa para evitar la propagación de la pandemia.

La segunda estrategia se generó a principios del mes de junio cuando se inició el regreso a la llamada “nueva normalidad”, la cual implicó la reapertura de ciertas actividades económicas y no esenciales. Sin embargo, se

mantuvieron algunas medidas de aislamiento social, como las clases a distancia en todos los niveles educativos y recomendaciones constantes de uso de mascarillas y distanciamiento físico (Secretaría de Salud, 2020).

De acuerdo al monitoreo de CEPAL (2020a), en México se han adoptado 61 medidas, de las cuales 2 están relacionadas con los movimientos fronterizos, 6 con la salud, 19 con la economía, 4 con el trabajo, 2 con la protección social, 3 con la educación y escuelas y 18 con el género. Cabe decir que, dentro de las acciones tomadas por el gobierno mexicano, no hay un programa específico que contemple a las personas mayores. Sin embargo, en el caso de los programas de apoyo social a personas mayores, hubo adelantos de los recursos por varios meses para que la población contara con medios económicos. Al igual que en otros países, ha habido un llamamiento a mantener la distancia física con las personas mayores y se ha restringido su movilidad a lugares concurridos y comercios.

Uruguay

Uruguay ha sido uno de los países menos afectados por la pandemia en la región de AL en la primera ola. El 13 de marzo se detectaron los primeros casos y ese mismo día se tomaron medidas drásticas e inmediatas (suspensión de actividades educativas en todos los niveles, deportivas, recreativas, laborales) y, sin decretar cuarentena obligatoria, se apeló a la recomendación de “quedarse en casa”, reduciendo al mínimo la circulación de personas en la vida social.

Al finalizar el mes de agosto Uruguay contaba con 44 muertos por COVID —el primero registrado el 28 de marzo— y con 1.595 contagiados. Los datos correspondientes a mediados del mismo mes muestran la mayor concentración de los casos en edades jóvenes de entre 25 y 34 años, el cual superó el 20% en ambos sexos, sobresaliendo ligeramente en los hombres. En las edades adultas, entre los 35 y los 65 años, el porcentaje de contagios se ubica en torno al 15% para hombres y mujeres, mientras los valores son inferiores, en torno al 8%, entre la población de personas mayores en su conjunto.

En la distribución de muertes, no se registra ninguna por debajo de los 44 años. La mortalidad afecta en mayor medida a los mayores de 75 años que suponen un 44,4% de los decesos en hombres y un 36,4% entre las mujeres. Las cifras de letalidad de hombres (25,5%) cuadruplican las de mujeres (6,1%).

En relación con las medidas adoptadas por el país —y siguiendo el monitoreo de CEPAL— se han adoptado 84 medidas en el país para enfrentar la

pandemia, de las cuales 8 refieren a movimientos fronterizos, 4 a salud, 33 al ámbito de la economía, 8 al mercado de trabajo, 12 a protección social, 9 a la educación y 6 al género. Entre las económicas destacan las vinculadas al seguro de desempleo y a facilidades para pequeñas y medianas empresas; entre las de protección social las vinculadas, a transferencias económicas y entre las de educación, la suspensión de clases y la adopción de instrumentos para la enseñanza virtual.

Para las personas mayores han sido adoptadas medidas específicas vinculadas al confinamiento que enfatizan no salir del hogar, exhortan a permanecer en domicilio a funcionarios públicos mayores de 65, otorgan subsidios por enfermedad y recomendaciones específicas para estas edades, especifican horarios de acceso en supermercados y conceden préstamos bancarios específicos para esta población. Mención aparte merecen las disposiciones en relación con las residencias de larga estadía que han generado un movimiento de la sociedad civil en pro de la protección de derechos de las personas mayores (Ministerio de Salud Pública, 2020b; Santos, Vázquez *et al.*, 2020).

Discusión y conclusiones

En este artículo se han analizado la evolución de los casos confirmados y la mortalidad por COVID-19 en personas mayores de países seleccionados de la región de AL y España, así como la implementación de acciones y políticas dirigidas a la atención de la población de personas mayores en cada país.

Antes de comenzar la discusión y presentar las conclusiones del estudio es menester destacar que, dada la naturaleza dinámica de la pandemia a la que asistimos, la interpretación de los resultados debe entenderse como un reflejo del momento calendario en el que se obtuvieron los datos, es decir, del primer semestre de 2020. Dicho de otro modo, los resultados aquí expuestos muestran una imagen transversal de la pandemia durante el semestre indicado. La situación difiere de aquella observada durante la segunda mitad del mismo año y diferirá de la que se registre en 2021.

Cabe destacar también que los resultados obtenidos están mediados por dos limitaciones que escapan del control del equipo investigador. Primero, los datos nacionales reflejan la capacidad institucional de cada país para producirlos, por lo que la calidad y oportunidad variará de un país al otro. Segundo y ligado al anterior, la identificación de casos confirmados de COVID-19 está supeditada al régimen de testeo nacional por lo que se

supone que una parte de casos efectivos no son registrados por las estadísticas locales, quitando robustez a las cifras de letalidad que pueden calcularse. Hacemos esta mención para señalar que los resultados aquí presentados son preliminares y que estarán sujetos a revisiones en la medida que los países vayan mejorando sus sistemas de vigilancia epidemiológica y sus estadísticas vitales. No obstante, esta limitación no deprecia en caso alguno este trabajo ya que es parte de la naturaleza de los datos utilizados en estudios de población.

Respecto de los resultados, en primer lugar, si bien se observó que el impacto en el número de casos y la mortalidad por COVID-19 fue mayor en la población de 60 años y más, como uno de los factores explicativos del avance de la pandemia (Dudel et al., 2020), la afectación de la población mayor presenta particularidades de acuerdo a cada país.

En los países de AL los contagios afectaron principalmente a la población económicamente activa, mientras en España los casos se concentraron en la población adulta mayor y en especial en las mujeres. Sin embargo, esto pudo ocurrir por un menor testeo a la población general en los momentos iniciales de la pandemia, por tratarse de población asintomática o por presentar síntomas más leves. Los test masivos a toda la población no empezaron hasta bien avanzada la pandemia, debido a su escasa disponibilidad y ante las necesidades de la población con síntomas más graves (Flaxman et al., 2020). En efecto, según los datos más recientes, la composición por edad de los casos en España ha cambiado, con una mayor incidencia en la población más joven (Instituto de Salud Carlos III, 2020). Esta evolución inicial de la pandemia en España y Europa en general puede haber influido en el desarrollo de los casos en AL, ya que en esta región se tomaron medidas más tempranas enfocadas en las personas mayores, como confinamiento o protocolos de actuación en residencias y centros de día.

Respecto al comportamiento de la mortalidad, en primer lugar, se destaca que en todos los países estudiados la letalidad aumenta con la edad, con una proporción superior de muertes en la población mayor en Argentina, Chile, España y Uruguay. Sin embargo, al complementar el análisis de la evolución de la mortalidad entre la población de 60 años y más se observa que Brasil y Chile presentan las tasas de mortalidad más altas, lo que podría asociarse a las políticas de menor cierre de sus economías al inicio de la pandemia, mientras que la letalidad ha sido mayor en México y Ecuador. En cualquier caso, con el transcurso de la pandemia y con las diferentes velocidades en su evolución por países, la tendencia hacia cifras de mayor mortalidad parece inevitable.

En segundo lugar, el mayor número de muertes se puede asociar a la estructura por edades de cada país (Dudel *et al.*, 2020; Evans y Werker, 2020; Medford y Trias-Llimós, 2020), ya que son los países más envejecidos (España, Chile, Uruguay y Argentina) los que registran mayor número de muertes en los grupos de población de más edad. Sin embargo, existe una menor afectación en estos países en relación a la tasa de mortalidad estandarizada en personas de 60 años y más.

Otra de las variables a tener en cuenta en el comportamiento de la mortalidad es la prevalencia de enfermedades crónicas que comportan un riesgo añadido al enfrentarse al COVID-19. En México, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la población ha agravado la mortalidad por COVID-19, pues un gran porcentaje de las personas padecen diabetes e hipertensión, lo que ha complicado la recuperación de enfermos de COVID-19 (Carrillo-Vega *et al.*, 2020). Esta situación, que es ampliable a muchos otros países (González-Jaramillo *et al.*, 2020; Otoyá-Tono *et al.*, 2020), estaría relacionada con la mayor mortalidad en la población adulta joven, en comparación con el resto de los países.

Por último, con respecto al comportamiento de las tasas de mortalidad, cabe preguntarse por qué la población mayor de Brasil y Chile fueron las más afectadas en comparación con el resto de los países de AL. Esto podría estar relacionado, como se comentó anteriormente, con la evolución precipitada que tuvieron los casos y muertes. A finales de agosto de 2020 ambos países contabilizaban más de 500 muertes por millón de habitantes (Our World in Data, 2020). Sin embargo, a pesar del impacto veloz que tuvo la pandemia, España presenta una tasa de mortalidad por COVID-19 en la población de 60 años menor a la de Brasil y Chile.

Entonces, en este contexto, cabe tener en cuenta las políticas implementadas en relación con la población adulta mayor en los países analizados. La CEPAL (2020a) permite un seguimiento de las políticas por países y temas. Aunque las medidas cubren un amplio campo de acción, su efectividad está limitada, como se ha comprobado en otros continentes, por una cierta descoordinación entre distintos niveles administrativos, en buena medida por la gobernanza compartida entre el gobierno central y los regionales, con la aparición de ciertos movimientos de rechazo de la población ante algunas medidas implementadas. Aunque no es una tendencia generalizada no se han puesto en marcha programas específicos para personas mayores a pesar de las recomendaciones de sociedades científicas. Por el contrario, del combate contra la pandemia han emergido, o lo harán en el

futuro, algunas tendencias que mejorarán el futuro de las políticas públicas, incluidas las que se refieren a las personas mayores. Es previsible que se fomente la aplicación de tecnologías de la información y la comunicación en la atención socio-sanitaria, el reforzamiento de la atención primaria, la mejora de la formación de los trabajadores socio-sanitarios o de la capacidad industrial en la producción de recursos sanitarios o la provisión de medicamentos en el ámbito domiciliarios (Benítez et al, 2020).

Uruguay ha destacado por la implementación de políticas tempranas vinculadas al aislamiento social voluntario y a la suspensión de actividades que incidieron en gran medida en la contención del número de casos. Particular énfasis tuvieron las medidas y recomendaciones hacia las personas mayores, altamente respetadas por esta población. En el caso de Brasil, como se indicó en los resultados, no existió una política única para mitigar los efectos del COVID-19 en todo el territorio, sino que las medidas estuvieron supeditadas a los gobiernos locales y los estados; en algunos casos, parecen haber tenido éxito (Crokidakis, 2020). Tampoco se registró un protocolo de actuación en residencias de larga estadía desde el estado federal, que surgió desde las organizaciones científicas, como la Sociedad Brasileira de Geriatria y Gerontología o la Fundación Oswaldo Cruz.

En el caso de Chile, si bien existieron decisiones a nivel nacional, el aislamiento obligatorio para las personas adultas mayores parece no haber tenido el efecto esperado en la mortalidad, al menos en términos relativos, aunque sí en determinados momentos de su evolución (Canals et al., 2020). Esto podría estar relacionado, por un lado, con la necesidad de la población mayor o de alguna de las personas con las que corresiden de salir a trabajar y exponerse al contagio. Esta situación es extrapolable a otros países de la región en vinculación con los arreglos de convivencia de las personas mayores. Por otro lado, la poca celeridad con la que el gobierno comenzó a transferir recursos y alimentos a las personas puede haber conllevado a que muchas de ellas, sobre todo las más vulnerables, siguieran saliendo a comprar o buscar lo necesario para cubrir sus necesidades básicas, a asistir físicamente a la cobranza de sus pensiones o hacer diversos trámites, lo que potencialmente pudo exponerlas a un mayor riesgo de contagio.

En Ecuador las medidas iniciales de contención implementadas en todo el territorio fueron insuficientes para frenar el incremento de contagios (Ogonaga y Chiriboga, 2020). Su aplicación priorizó garantizar el cuidado de la población adulta mayor (autorización de la movilidad de los cuidadores para desempeñar su actividad) por encima del riesgo de contagio de las

personas mayores durante sus interacciones presenciales con los cuidadores. De todas maneras, se implementó un protocolo con alcance nacional para el manejo de personas adultas mayores en el contexto de la emergencia por el COVID-19 en residencias colectivas.

En el resto de los países las principales acciones destinadas a resguardar la salud de la población mayor fueron implementadas para todo el territorio nacional. Se pueden mencionar los protocolos para residencias de larga estadía, centros de día, aislamiento (obligatorio o voluntario), políticas de testeos en personas mayores y trabajo preventivo territorial o a través de líneas telefónicas. Entre las medidas no sanitarias destacaron los regímenes especiales de trabajo y transferencias monetarias para población mayor vulnerable. En países como Colombia, Argentina, Uruguay y Ecuador se puso en discusión la perspectiva de derechos humanos en las políticas destinadas a las personas mayores en el contexto de la pandemia, remarcando el principio de igualdad y no discriminación establecido en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de Estados Americanos, 2015).

Desde una perspectiva de derechos, cabe preguntarse qué consecuencias pueden tener a largo plazo las políticas en las personas mayores, fundamentalmente las de aislamiento obligatorio. En línea con lo sugerido por Villalobos Dintrans, Browne y Madero-Cabib (2020), las estrategias dirigidas a la población adulta mayor han buscado salvaguardar principalmente la salud física, y ello con medidas tomadas tempranamente desde la autoridad sanitaria, sin incluir a los actores afectados por las mismas. Pero pasados más de cinco meses de la entrada en circulación del virus, parece necesario crear instancias de participación en las que las personas no solamente puedan interactuar con otras, sino que puedan tener voz y voto en las medidas que les afectan, en línea con las tendencias de investigación y acción participativa (Baum, 2016; Thompson *et al.*, 2019). Por ejemplo, ir más allá de las líneas telefónicas de apoyo psicológico para desarrollar nuevas formas de participación deliberativa que busquen resguardar el bienestar psicosocial definido ahora desde la propia población objetivo de las decisiones públicas.

Estudiar una pandemia en curso, causada por un nuevo virus para el cual no existe vacuna ni tratamiento hasta el momento en que se escribió este texto, implica trabajar con datos insuficientes e imperfectos y estudiar momentos en el tiempo que dentro de algunos meses no serán los mismos ni en magnitud, ni en tendencia, ni comparativamente. En este sentido, los resultados aquí presentados reflejan la situación en los distintos países casi 5 meses después del inicio de circulación del virus.

Los datos nacionales, tal como se planteó inicialmente, están fuertemente influenciados por las distintas estrategias locales o nacionales (como el nivel de testeo y a la clasificación de los casos confirmados). Un buen ejemplo de esto último es la discusión en torno a morir de COVID-19 o morir con COVID-19. Además, los resultados aquí presentados están mediados directamente por el efecto de calendario, es decir, por el momento en el que estos son tomados, ya que la evolución epidemiológica nacional varía entre los países estudiados.

Como conclusión, se puede observar que el impacto del COVID-19 en la población mayor ha sido diferente en los países analizados. Esto puede ser explicado por múltiples variables, entre las que se encuentran la composición demográfica, la prevalencia de comorbilidades en la población y las políticas de realización de pruebas y de salud implementadas. Más allá de los resultados de este artículo, estudios posteriores habrán de profundizar en las políticas sobre COVID-19 desde una perspectiva de derechos, que favorezca en el corto o mediano plazo la integración y participación de la población mayor en el proceso de diseño de políticas para la contención de la pandemia.

Asimismo, otros temas de estudio futuro son abordar el análisis de las condiciones sociales y económicas que diferencian a los países y su relación con la pandemia. Sobre todo si se considera que en muchos países de la región latinoamericana no se cuenta con sistemas de seguridad social universales, los sistemas de salud son débiles, se tienen altas tasas de empleo informal, personas con limitado acceso a servicios básicos en su vivienda y altas proporciones de población en condiciones de pobreza.

Referencias bibliográficas

- Abd-Alrazaq, A., Schneider, J., Mifsud, B., Alam, T., Househ, M., Hamdi, M. y Shah, Z. (2021). A comprehensive overview of the COVID-19 literature: Machine learning-based bibliometric analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e23703. <https://doi.org/10.2196/23703>
- Abellán García, A., Fernández-Mayoralas Fernández, G., Rodríguez Rodríguez, V. y Rojo Pérez, F. (1996). *Envejecer en España. Manual Estadístico sobre el Envejecimiento de la Población*. Madrid: Fundación Caja de Madrid.
- Baum, F. E. (2016). Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 405-407. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.014>

- Benítez, M. A., Velasco, C., Sequeira, A. R., Henríquez, J., Menezes, F. M. y Paolucci, F. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy and Technology*, 9(4), 525-559. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
- Blofield, M., Hoffmann, B. y Llanos, M. (2020). Assessing the Political and Social Impact of the COVID-19 Crisis in Latin America. *GIGA Focus Latin America* (3), 1-13. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/67260>
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F., Ariza, A., Nuñez, J. y Cordero, A. (2020). The Effect of Age on Mortality in Patients With COVID-19: A Meta-Analysis With 611,583 Subjects. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 915-918. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.045>
- Canals, M., Cuadrado, C., Canals, A., Yohannessen, K., Lefio, L. A., Bertoglia, M. P. Eguiguren, P., Siches, I., Iglesias, V. y Arteaga, O. (2020). Epidemic trends, public health response and health system capacity: the Chilean experience in four months of the COVID-19 pandemic. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e99. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.99>
- Carrillo-Vega, M. F., Salinas-Escudero, G., García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M. y Parra-Rodríguez, L. (2020). Early estimation of the risk factors for hospitalization and mortality by COVID-19 in Mexico. *PLoS ONE*, 15(9), e0238905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238905>
- Castro, T., Martín, T., Cordero, J. y Seiz, M. (2018). El desafío de la baja fecundidad en España. En A. Blanco, A. Chueca, J. A. López-Ruiz y S. Mora, *Informe España 2018* (pp. 164-228). Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J. M. Martín Patino. <https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2019/05/IE2018Cap3.pdf>
- Ceylan, R. F., Ozkan, B. y Mulazimogullari, E. (2020). Historical evidence for economic effects of COVID-19. *European Journal of Health Economics*, 21, 817-823. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01206-8>
- Chan, J. F.-W., Yuan, S. F., Kok, K.-H., To, K. K.-W., Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, C. C.-Y., Poon, R. W.-S., Tsoi, H.-W., Lo, S. K.-F., Chan, K.-H., Poon, V. K.-M., Chan, W.-M., Ip, J. D., Cai, J.-P., Cheng, V. C.-C., Chen, P. H., Hui, C. K.-M. y Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395(10223), 514-523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/2894/S0800268_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38923-america-latina-caribe-mirada-al-futuro-objetivos-desarrollo-milenio-informe>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016) *Panorama Social de América Latina, 2015*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/39965-panorama-social-america-latina-2015>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Panorama Social de América Latina, 2017*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020a). *Observatorio de COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020b). *Recomendaciones generales para la atención de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2020/04/CEPAL-adultos-mayores.pdf>
- Crokidakis, N. (2020). COVID-19 spreading in Rio de Janeiro, Brazil: do the policies of social isolation really work? *Chaos, Solitons & Fractals*, 136, 109930. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109930>
- Cuadrado, C., Monsalves, M. J., Gajardo, J., Bertoglia, M. P., Najera, M., Alfaro, T., Canals, M., Kaufman, J. S. y Peña, S. (2020). Impact of small-area lockdowns for the control of the COVID-19 pandemic. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20092106>
- Da Silva Candido, D., Watts, A., Abade, L., Kraemer, M. U., Pybus, O. G., Croda, J., Oliveira, W. de, Khan, K., Sabino, E. C. y Faria, N. R. (2020). Routes for COVID-19 importation in Brazil. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.15.20036392>

- Dáttilo, W., Silva, A. C., Guevara, R., MacGregor-Fors, I. y Ribeiro, S. P. (2020). COVID-19 most vulnerable Mexican cities lack the public health infrastructure to face the pandemic: a new temporally-explicit model. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20061192>
- Delgado, D., Wyss Quintana, F., Perez, G., Sosa Liprandi, A., Ponte-Negretti, C., Mendoza, I. y Baranchuk, A. (2020). Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2798. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>
- Di Cesare, M. (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones* (Documento de proyecto). <https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/3852/S2011938.pdf>
- Dudel, C., Riffe, T., Acosta, E., van Raalte, A., Strozza, C. y Myrskylä, M. (2020). Monitoring trends and differences in COVID-19 case-fatality rates using decomposition methods: Contributions of age structure and age-specific fatality. *PLoS ONE*, 15(9), e0238904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238904>
- Escalera-Antezana, J. P., Lizon-Ferrufino, N. F., Maldonado-Alanoca, A., Alarcón-De-la-Vega, G., Alvarado-Arnez, L. E., Balderrama-Saavedra, M. A., Bonilla-Aldana, D. K., Rodríguez-Morales, A. J. y Latin American Network of Coronavirus Disease. (2020). Clinical features of cases and a cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Bolivia imported from Italy and Spain. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101653. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101653>
- Evans, D. y Werker, E. (2020, 25 de marzo). *What a population's Age Structure Means for COVID-19's Impact in Low-Income Countries*. Center for Global Development, Ideas to Action: Independent research for global prosperity. <https://www.cgdev.org/blog/what-populations-age-structure-means-covid-19s-impact-low-income-countries>
- Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H. J. T., Coupland, H., Mellan, T. A., ... Bhatt, S. (2020). *Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries* (Reporte No. 13) Imperial College COVID-19 Response Team. <https://dsprdpub.cc.ic.ac.uk:8443/bitstream/10044/1/77731/10/2020-03-30-COVID19-Report-13.pdf>

- Freitas, R. D. y Pitzurra, R. (2020). What are the factors influencing the COVID-19 outbreak in Latin America? *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101667. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101667>
- Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. (2020). #COVID-19 Servicios Sociales (Boletines 1-31). San Sebastián, Centro de Documentación y Estudios. <https://covid19.sis.net/boletines/>
- Gardner, W., States, D. y Bagley, N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(4-5), 310-315. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
- Gómez-Ríos, D., Ramirez-Malule, D. y Ramirez-Malule, H. (2020). The effect of uncontrolled travelers and social distancing on the spread of novel coronavirus disease (COVID-19) in Colombia. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101699. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101699>
- González-Jaramillo, V., González-Jaramillo, N., Gómez-Restrepo, C., Palacio-Acosta, C. A., Gómez-López, A. y Franco, O. H. (2020). Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el periodo del 18 de marzo al 18 de abril de 2020. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22.85789>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020). *Iniciativas amigables con las personas mayores en el ámbito municipal durante la crisis sanitaria y confinamiento por COVID-19* (Boletín informativo No. 33). https://ciudadesamigables.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/newsletter_n33_2020.pdf
- Instituto Nacional de Salud Colombia. (2020). *Coronavirus (COVID-19) en Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Instituto de Salud Carlos III. (2020). *Informe nº 44. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. 16. de septiembre de 2020*. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Salud Carlos III. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2044.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2016%20de%20septiembre%20de%202020.pdf>

- Júnior, J. G., Moreira, M. M., Pinheiro, W. R., de Amorim, L. M., Lima, C. K. T., Da Silva, C. G. L. y Neto, M. L. R. (2020). The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*, 289, 113094. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113094>
- Khachfe, H. H., Chahrour, M., Sammouri, J., Salhab, H. A., Makki, B. E. y Fares, M. (2020). An Epidemiological Study on COVID-19: A Rapidly Spreading Disease. *Cureus*, 12(3), e7313. <https://doi.org/10.7759/cureus.7313>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. d. M., Lima, I. d. A. A. S., Nunes, J. V. A. d. O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., Lima da Silva, C. G. y Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Geffen, L. y McKee, M. (2020). Bearing the brunt of COVID-19: Older people in low and middle income countries. *The BMJ*, 368, m1052. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>
- Lloyd-Sherlock, P. G., Kalache, A., McKee, M., Derbyshire, J., Geffen, L. y Casas, F. G.-O. (2020). WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic. *The BMJ*, 368, m1164. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1164>
- Manrique Abril, F., González-Chordá, V. M., Gutiérrez Lesmes, O. A., Tellez Piñerez, C. F. y Herrera-Amaya, G. M. (2020). Modelo SIR de la pandemia de Covid-19 en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22, 1-9, 2020. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22.85977>
- Medford, A. y Trias-Llimós, S. (2020). Population age structure only partially explains the large number of COVID-19 deaths at the oldest ages. *Demographic Research*, 43(19), 533-544. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.43.19>
- Meneses-Navarro, S., Freyermuth-Enciso, M. G., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Campos-Navarro, R., Meléndez-Navarro, D. M. y Gómez-Flores-Ramos, L. (2020). The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. *International Journal for Equity in Health*, 19, 63. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01178-4>
- Mesa Vieira, C., Franco, O. H., Restrepo, C. G. y Abel, T. (2020). COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*, 136, 38-41. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.004>

- Ministerio da Saude Brasil. (2020). *Coronavírus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/>
- Ministerio de Salud Argentina. (2020). *Nuevo coronavirus COVID-19*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>
- Ministerio de Salud Chile. (2020). *Plan de Acción COVID-19 Chile*. <https://www.minsal.cl/huevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020a). *Coronavirus COVID-19*. Gobierno de la República del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020b) *Recomendaciones a establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEPEM) para la prevención y actuación frente al Covid-19*. República Oriental del Uruguay. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/ELEPEMconTapa_ok.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. (2020). *Información Coronavirus*. <https://www.msccbs.gob.es/>
- Módenes, J. A., Marcos, M. y García, D. M. (2020). Covid-19: ¿la vivienda protege a los mayores en América Latina? Argentina y Colombia comparadas con España. *Perspectives Demographiques*, 20, 1-4. https://ced.uab.cat/PD/PerspectivesDemographiques_020_ESP.pdf
- Morley, J. E. y Vellas, B. (2020). Editorial: COVID-19 and Older Adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(4), 364-365. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1349-9>
- Müller, O., Neuhaan, F. y Razum, O. (2020). Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19: Epidemiology and control of COVID-19. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 145(10), 670-674. <https://doi.org/10.1055/a-1162-1987>
- Ogonaga, S. y Chiriboga, S. (2020). COVID-19 en Ecuador: análisis descriptivo de las provincias y ciudades más afectadas. *GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 5(2), 67-82. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/16121/21921927257>
- Oliveira Andrade, R. de. (2020). The Brazilian slums hiring their own doctors to fight covid-19. *BMJ*, 369, m1597. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1597>
- Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores*. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Brote de enfermedad por Coronavirus (COVID-19): Orientaciones para el público*. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for>

-public?gclid=CjwKCAjw8-78BRAoEiwAFUw8LOlh1jgpR3MFZOSH
Q1c5kRSHoxBsiSuwGgopiON1rDo29OfjHUjrxoCsd8QAvD_BwE

- Otoya-Tono, A. M., García-Chabur, M. A., Jaramillo-Moncayo, C. y Mahecha, Á. M. C. (2020). COVID-19: Generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 48(1), 93-102. <https://doi.org/10.37076/acorl.v48i1.519>
- Our World in Data. (2020). *Coronavirus pandemic (COVID-19)*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Paternina-Caicedo, A. J., Choisy, M., Garcia-Calavaro, C., Camargo-España, G., Rojas-Suárez, J., Dueñas, C., Smith, A. y De la Hoz-Restrepo, F. P. (2020). Social interventions can lower COVID-19 deaths in middle-income countries. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20063727>
- Pérez Díaz, J. y Abellán García, A. (2018). Envejecimiento demográfico y vejez en España. *Panorama Social*, 28, 11-47. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/028art02.pdf
- Rodríguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Gutiérrez-Ocampo, E., Villamizar-Peña, R., Holguin-Rivera, Y., Escalera-Antezana, J. P., Alvarado-Arnezi, L. E., Bonilla-Aldana, D. K., Franco-Paredes, C., Henao-Martínez, A. F., Paniz-Mondolfi, A., Lagos-Grisales, G. J., Ramírez-Vallejo, E., Suárez, J. A., Zambrano, L. I., Villamil-Gómez, W. E., Balbin-Ramón, G. J., Rabaan, A. A. y Sah, R. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34, 101623. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
- Rodríguez-Morales, A. J., Gallego, V., Escalera-Antezana, J. P., Méndez, C. A., Zambrano, L. I., Franco-Paredes, C., Suárez, J. A., Rodríguez-Enciso, H. D., Balbin-Ramón, G. J., Savio-Larriera, E., Rísquez, A. y Cimerman, S. (2020). COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101613. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- Rodríguez-Morales, A. J., Sánchez-Duque, J. A., Hernández Botero, S., Pérez- Díaz, C. E., Villamil-Gómez, W. E., Méndez, C. A., Verbanaz, S., Cimerman, S., Rodríguez-Enciso, H. D., Escalera-Antezana, J. P., Balbin-Ramón, G. J., Arteaga-Livias, K., Cvetkovic-Vega, A., Orduna, T., Savio-Larrea, E. y Paniz-Mondolfi, A. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peruana*, 37(1): 3-7. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>

- Sánchez, F. (2020, 5 de marzo). América Latina en los tiempos del COVID-19. *Política Exterior*. https://www.politicaexterior.com/america-latina-los-tiempos-del-covid-19/?fbclid=IwAR1xR4rI4K3L1ay9Lz4FXPanOUORP6etb8YZZb6c_zE3HWKOCfp3wGckKA8
- Sánchez-Barricarte, J. J. (2019). Factores determinantes del descenso histórico de la fecundidad marital en España. *Revista Internacional de Sociología*, 77(3), e133. <https://doi.org/10.3989/ris.2019.77.3.18.051>
- Santos, S., Vázquez, S., Pazos, I., Di Bartolomeo, A. y Aguilar, A. (2020, 23 de septiembre). *Movimiento para el Cuidado y Garantía de Derechos de Personas que viven en Establecimientos de Larga Estadía y de sus Familiares* (Documento fundacional). Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. <https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/2020/09/29/movimiento-para-el-cuidado-y-garantia-de-derechos-de-personas-que-viven-en-establecimientos-de-larga-estadía-y-de-sus-familiares/>
- Santos, S. S., Brandão, G. C. G. y Araujo, K. M. F. A. (2020). Social isolation: a look health elderly mental during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-15, e392974244. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4244>
- Secretaría de Salud. (2020). *Conferencia de Prensa. Informe Diario sobre Coronavirus*. Gobierno de México. <https://coronavirus.gob.mx>
- Silva, L. L., Dutra, A. C., Iora, P. H., Ramajo, G. L. R., Messias, G. A. F., Gualda, I. A. P., Costa Scheidt, J. F. H., Maia do Amaral, P. V., Staton, C., Hernandes Rocha, T. H., Andrade, L. de y Nickenig Vissoci, J. R. (2020). Brazil Health Care System preparation against COVID-19. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.09.20096719>
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S. y Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M. T. y García-Navarro, J. A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 191-192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>
- Thompson, S., Mars, P., Mond, J. y Brown, C. (2019). Applying Participatory Health Research Elements in Rural End-of-Life Research: Reflections on Conducting In-Depth Interviews With Participants on Sensitive Topics. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), 14. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3310>

- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019. Total population (both sexes combined) by region, subregion and country, annually for 1950-2100 (thousands)* (POP/DB/WPP/Rev.2019/POP/F01-1). <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., Green, W., Hamlet, A., Hinsley, W., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Riley, S., Elstrand, S. van, Volz, V., Wang, H., Wang, Y., Xi, X., Donnelly, C. A., Ghani, A. C. y Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(6), 669-677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
- Villalobos Dintrans, P., Browne, J. y Madero-Cabib, I. (2020). It Is Not Just Mortality: A Call From Chile for Comprehensive COVID-19 Policy Responses Among Older People. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa092. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa092>
- World Health Organization. (2020a). *Novel Coronavirus (2019-nCoV)* (Reporte de situación No. 10). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330775/nCoVsitrep30Jan2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020b). *Novel Coronavirus (2019-nCoV)* (Reporte de situación No. 22). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330991/nCoVsitrep11Feb2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020c). *Coronavirus Disease 2019* (Reporte de situación No. 51). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475?locale-attribute=es&>
- World Health Organization. (2020d, 21 de marzo). *Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19* (Guía provisional No. WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H. y Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)