



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La pandemia de COVID-19 en España: aspectos sociodemográficos, políticas e impactos
Vicente Rodríguez-Rodríguez¹, Fermina Rojo-Pérez²

¹ Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC), Instituto de Economía,
Geografía y Demografía (IEGD), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC),
Madrid, España. Red Envejecimiento, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)
vicente.rodriguez@cchs.csic.es

² Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC), Instituto de Economía,
Geografía y Demografía (IEGD), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC),
Madrid, España. Red Envejecimiento, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)
fermina.rojo@cchs.csic.es

A modo de introducción

En el desarrollo de la pandemia de COVID-19, España forma parte de un bloque de países europeos occidentales, después Italia como principal referente, que fueron afectados (y lo siguen siendo) tras la irrupción de la enfermedad en China, y lo siguen siendo en la segunda oleada. Como ha sucedido en otros ámbitos geográficos, su desarrollo ha seguido pautas bien definidas, pero diferenciadas en su evolución temporal, en las medidas aplicadas para su contención y por tanto en las cifras de personas afectadas confirmadas y muertas. Esos son los indicadores comúnmente utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) y otros organismos internacionales que están siguiendo su progreso a partir de los datos oficiales ofrecidos por cada país. Y múltiples son las referencias que se han publicado en estos meses para diseccionar la rápida evolución de la pandemia en muchos países.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis en el que se pueda ofrecer una idea lo más precisa posible de la incidencia de COVID-19 en la población, la sociedad, la economía y la vida en general en España. A este fin se utilizan datos oficiales para deslindar las tendencias principales de las dos dimensiones esenciales, los casos confirmados y los fallecidos, que serán perfilados con otros datos complementarios. Finalmente se hará una incursión en los vínculos entre el desarrollo de la pandemia y las políticas públicas puestas en funcionamiento para su afrontamiento, y en las principales consecuencias de carácter sociodemográfico en la población española. Para ello será imprescindible poner la atención en los parámetros fundamentales que sirven de referencia en la situación española, a saber, su pauta temporal, el problema de los datos, la incidencia en determinados componentes demográficos y las políticas implementadas. Como no puede ser de otra manera, este trabajo pretende poner el foco sobre las personas mayores por ser el grupo poblacional con el más alto nivel de afectación.

Materiales y método

En España, el Ministerio de Sanidad (<https://bit.ly/3abw2mA>) está haciendo el seguimiento de la pandemia para su control y la toma de medidas de política pública sanitaria para su contención, en coordinación con las regiones que tienen la competencia oficial en materia de salud pública. Además, el Centro Nacional de Epidemiología, del Instituto de Salud Carlos III, hace una evaluación de las características epidemiológicas de las personas afectadas. Los datos son generados en las regiones, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE, <https://cnecovid.isciii.es>). Los datos producidos por ambos organismos no son idénticos porque sus fines, sus metodologías y sus tiempos de comprobación no lo son. Por tanto, su comparabilidad es relativa, pero la tendencia que describen ambos es equiparable. Como consecuencia de las dificultades de disponer de los datos regionales a lo largo del

tiempo de incidencia más intenso de la pandemia, el Ministerio de Sanidad introdujo varias modificaciones en la forma de contar los casos y los fallecidos por COVID-19 que han impedido un seguimiento fiel de las cifras y dificultado la comparación internacional. Este cambio tuvo efecto en la segunda quincena del mes de mayo, ya en plena fase de descenso de las consecuencias de la pandemia. Este desajuste está creando unas dificultades notables a la hora de tener una idea real del desarrollo de la pandemia, como muestran informaciones en diversos medios de comunicación y en distintos resultados científicos.

Otras fuentes nacionales e internacionales se han encargado de agregar los datos oficiales para ofrecer series que son de utilidad y que se usan en este trabajo de forma complementaria. Algunas de ellas están ejerciendo una función de agregación de datos, de sistematización de sus principales componentes y de análisis específicos, siempre utilizando las fuentes oficiales como base para ello. Ejemplos destacados en España serían Datadista (<https://datadista.com>), o el sistema colaborativo de datos obtenidos de las diferentes fuentes oficiales (<https://github.com/montera34/escovid19data9>), entre otros. A ellos hay que sumar las bases internacionales más conocidas como Our World in Data (<https://ourworldindata.org/coronavirus>), Worldometers (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/spain/>) o la Universidad Johns Hopkins (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>).

El método empleado en este trabajo es descriptivo, en el sentido de llevar a cabo un análisis de los datos disponibles de forma secuencial y/o estructural, vinculándolos con las iniciativas políticas tomadas y las medidas de apoyo a la población general y afectada en particular para dar sentido al impacto de la pandemia sobre ellas. El trabajo se centra primariamente sobre la primera oleada, antes de finales de junio cuando se levantó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario, ofreciendo desde entonces una mirada a distintos procesos que aún no están asentados ni mucho menos terminados.

Casos y fallecidos por COVID-19: su significado demográfico

La acumulación de casos es un proceso en desarrollo a lo largo de nueve meses, desde febrero hasta noviembre de 2020, llegando a acumular 1,45 millones, uno de los países más afectados cuantitativamente. Es una realidad comprobada que la pandemia no ha llegado a cada país en el mismo momento, que su evolución no está predefinida y que su evolución actual sigue unas pautas desconocidas, de nuevo, para todos los países. Sus efectos, aún conocidos en el día a día, no pueden ser calibrados de forma fehaciente.

En el caso de España se pueden identificar cuatro momentos en la evolución del **número de casos diarios** confirmados. El primero coincide con la irrupción sorpresiva del virus. Los primeros y vacilantes pasos se marcan hasta la primera quincena de marzo, cuando la sociedad y los gobiernos no eran totalmente conscientes de la enfermedad y sus efectos. La segunda etapa tiene una secuencia corta, apenas un mes, marcada por un crecimiento explosivo de los contagios, a ritmo exponencial, en un claro proceso de aceleración, hasta finales de marzo y primeros días de abril (Figura 1). Las evidencias del contagio fueron suficientes como para empezar a tomar medidas y, una vez definido el confinamiento como la medida de política pública para su contención, el crecimiento de



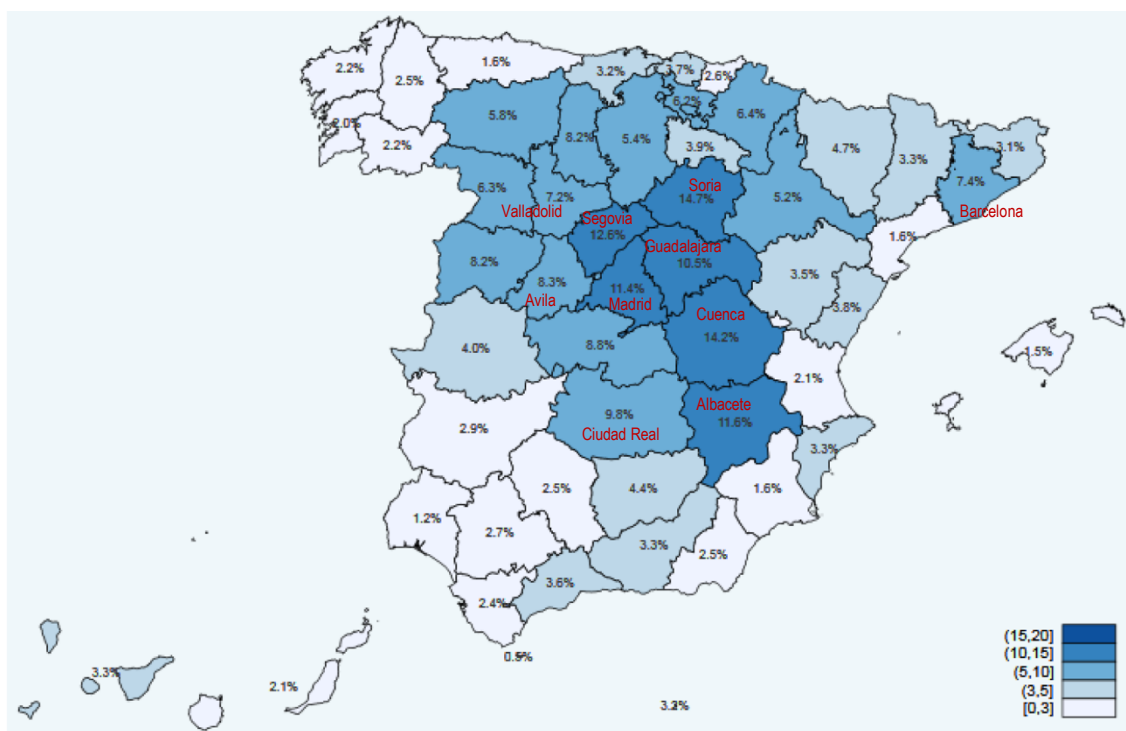
casos ha sido controlado en el tercer momento, a partir de la segunda quincena de abril. En todo este tiempo, el número de contagios ha sido detectado con un limitado uso de pruebas diagnósticas, por lo que es posible que

hubiera en España un número bastante más alto de personas contagiadas no detectadas.

El objetivo político a conseguir fue el aplanamiento de la curva (*flatten the curve*) como el elemento central de la acción política y la concienciación social. Con los datos disponibles, se hicieron varios intentos de predecir la evolución mediante modelos, bien comprando la situación española con la de China y, sobre todo, con la de Italia, pero también con otros países europeos y del mundo entre los que se establecen diferencias según las medidas tomadas. El aplanamiento de la curva se pone en relación con el confinamiento (distancia social, aislamiento, ...) y con la provisión de recursos económicos y sanitarios para su control.

Con el levantamiento del estado de alarma y el confinamiento (21 de junio) y la recuperación de la movilidad de la población, se ha iniciado una cuarta fase (Figura 1), aún no bien calibrada, primero caracterizada por los rebrotes, lentos y controlados, limitados en el espacio, de reducido tamaño y que suceden en ámbitos muy diversos (reuniones familiares, fiestas particulares, lugares de ocio, centros de trabajo, centros residenciales de mayores) (MSCBS, 2020a). Sin embargo ese momento fue sustituido por un proceso de transmisión comunitaria más acelerado, que está haciendo aumentar los casos en las regiones españolas, con cifras aún más voluminosas que en la primera oleada. Esta segunda oleada, a diferencia de la primera, se produce en una situación de mucho más control de los contagios a través de pruebas diagnósticas generalizadas.

La distribución de los parámetros fundamentales de COVID-19 muestra un modelo con dos grandes áreas, que se asemeja definitivamente a los resultados del estudio de **sero-prevalencia** llevado a cabo por el Instituto de Salud Carlos III: el porcentaje de personas con anticuerpos es del 5% de media en las tres rondas del estudio y su distribución se asemeja a la de los contagios confirmados (Figura 2).



Fte.: ISCIII, 2020a

Las dos grandes ciudades y sus regiones metropolitanas, Madrid y Barcelona (Cataluña), concentran el mayor volumen de casos y de fallecidos, aproximadamente el 42% a finales de octubre. Por el contrario, las regiones con menos población y menos densamente asentada, han sido menos afectadas en términos absolutos. Este modelo responde a factores que facilitan el contacto entre personas en distintos espacios urbanos (transporte, trabajo, centros comerciales, etc.) con una alta densidad de población (Block et al., Judge, 2020; Oto-Peralías, 2020), con unas pautas de movilidad, densas también y muy frecuentes (Mazzoli et al., 2020), y con un patrón de relaciones sociales mucho más tupidas (Mogy y Spijker, 2020).

Cuando se utilizan valores relativos presenta otros rasgos diferentes. El número de casos acumulados confirmados por 1000 habitantes es 7 casos por mil, un valor superado en las grandes ciudades y sus áreas metropolitanas (Madrid, Barcelona, País Vasco), densamente pobladas, pero junto a otras provincias de mucha menor densidad, que se encuentran en su área de influencia, como Guadalajara, Toledo o Ciudad Real, en el caso de Madrid, o Girona y Lleida, en el de Barcelona, o Rioja y Navarra con respecto al País Vasco. Pero también se supera en provincias con escasa población, pero muy envejecida, como Soria, Segovia, Salamanca y Ávila. En Castilla y León al Norte, y

Ciudad Real, Albacete, Cuenca y Guadalajara en Castilla-La Mancha al Sur y Este, pero cerca de Madrid. La baja densidad no es antídoto único para la evitar la expansión del virus cuando hay una estructura de población envejecida, en la que el virus incide de forma prominente. Por el contrario, provincias con estructura de población más joven, situadas en el sur de España (Andalucía, Murcia) y de las islas Baleares y Canarias, muestra una incidencia en torno al 3 por mil. Incluso otras ciudades de gran tamaño como Valencia, Alicante, Málaga o Sevilla, aún siendo densas, no han alcanzado una alta incidencia en buena medida porque su población no es tan vieja.

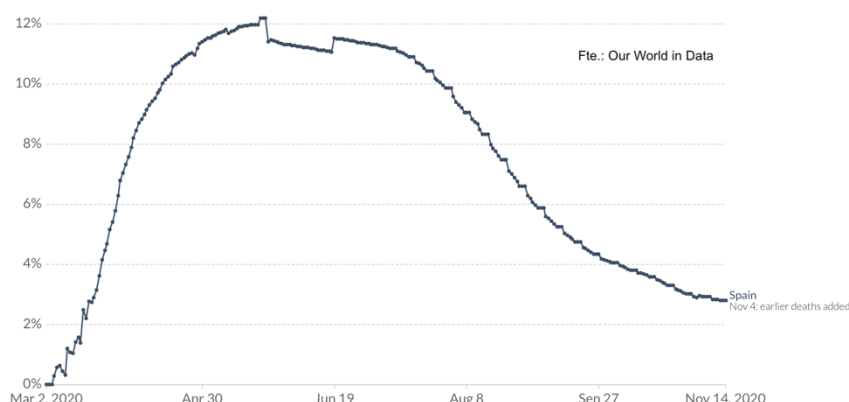
Los datos de fallecidos son responsabilidad del Ministerio de Sanidad, que agrega las cifras que proceden de las Comunidades Autónomas, proceso que no ha sido eficiente en determinados momentos y por razones diversas, y ello es apreciable en la curva de fallecidos acumulada. El análisis temporal de este indicador, lógicamente, tiene una correlación con los casos confirmados acumulados y su tendencia es también creciente, se compone de dos fases y refleja la diferencia de tiempo que se produce entre la declaración del caso confirmado y de la muerte. Ya se detecta un incremento de las muertes en la segunda mitad de marzo, cuando España y otros países europeos están confinados, que luego se atenúa a medida que se controla la pandemia (Figura 3). En España, a primeros de noviembre, se contabilizan oficialmente más de 40.000 fallecidos, ocupando un lugar destacado entre los países europeos más afectados.



de defunción también presenta un patrón parecido al de casos confirmados diarios en las fases de ascenso y descenso, con una diferencia aproximada de 15 días con respecto a la tendencia de casos confirmados.

Sin embargo, en la fase de estabilización, ya desde junio, se mantiene durante algo más de dos meses con cifras muy bajas de muertos, una vez que la pandemia ha sido controlada, la presión sobre los recursos hospitalarios ha disminuido drásticamente y los enfermos más graves han sido manejados de forma más eficiente y exitosa. Posteriormente, desde principios de septiembre la curva de fallecidos se incrementa de forma constante, aunque a un ritmo relativamente controlado como consecuencia, a su vez, del control médico de los contagios y de la gestión hospitalaria de los afectados, mucho más eficiente que en la primera ola.

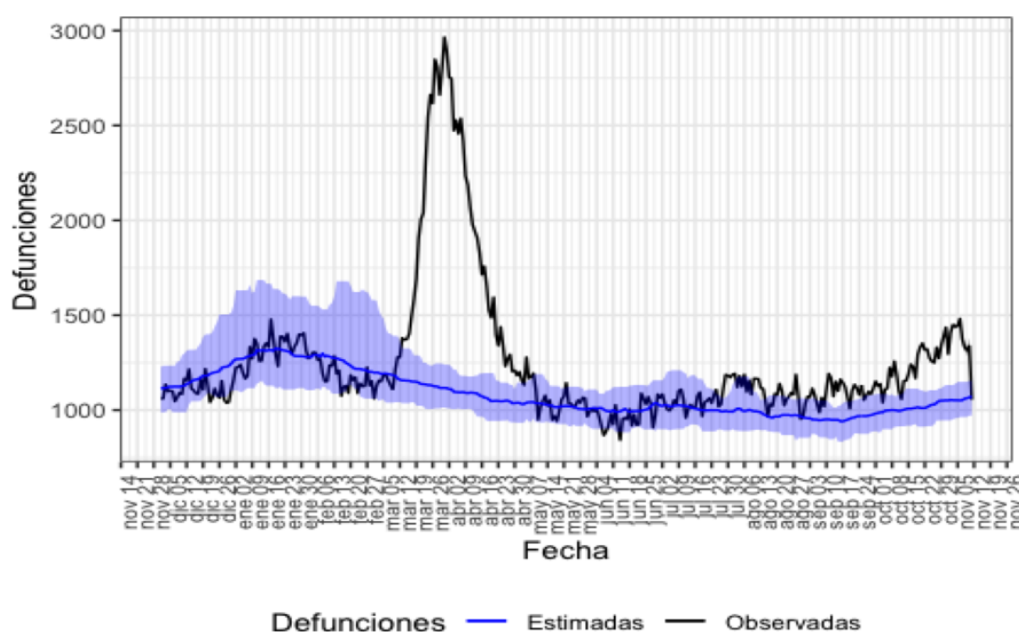
También la incidencia del número de muertos en relación con los casos confirmados, o tasa de letalidad (**CFR, case fatality rate**) (Figura 4), ha representado una evolución vinculada con la gestión de la pandemia porque ha disminuido la incidencia



ocurrida en la primera oleada con valores superiores al 10% para estabilizarse en los últimos meses en torno al 3%. Las condiciones de los hospitales (camas

generales y camas UCI) han mejorado sensiblemente hasta conseguir el control del número de contagiados.

Un hecho distintivo y de notable importancia en España, y muchos otros países como Reino Unido o Italia (Aron y Muellbauer, 2020; Ciminelli y García-Mandicó, 2020), es la dificultad de contar el número de muertos efectivamente debidos al virus. En la Figura 3 son apreciables algunos cambios bruscos en los datos, derivados de los procesos de actualización de datos de fallecidos inicialmente no atribuidos a la pandemia, proceso que se produce en determinados momentos, sin otro valor explicativo. Según el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad, que recuenta los fallecidos reportados en las oficinas del Registro Civil que emiten el permiso de enterramiento, en España (Figura 5) hay un **exceso de muertos** superior a 63.000, con respecto a la mortalidad habitual en el mismo



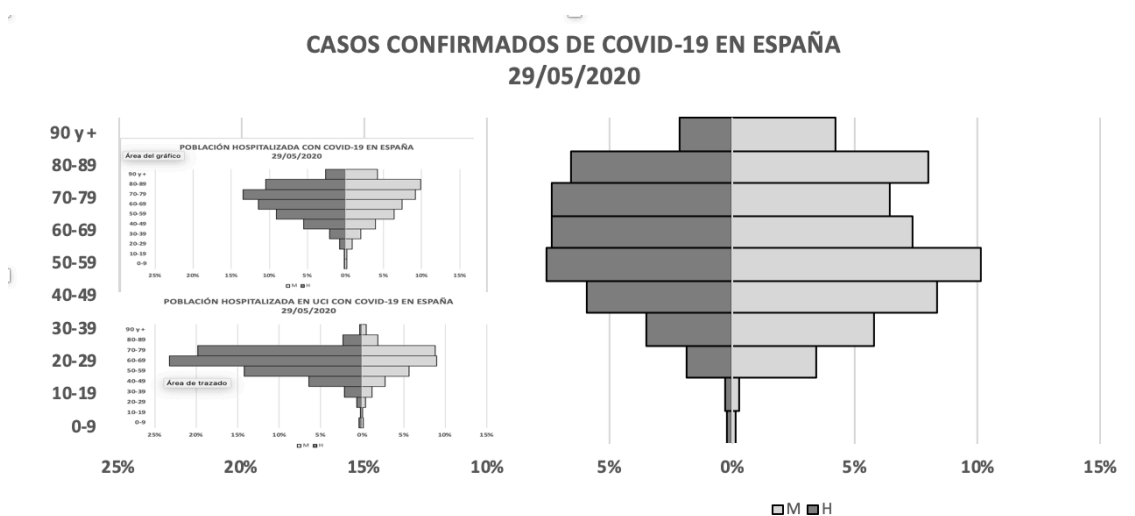
periodo de años anteriores, un 35% superior, vinculado con la pandemia o por efectos derivados de la pandemia en otras patologías (Abellán y Pujol, 2020). Los mayores de 74

años concentran casi 3 de cada 4 fallecimientos, lo que muestra de forma cierta el riesgo de la pandemia entre la población de más edad, especialmente entre las mujeres.

La estructura demográfica

El virus SARS-CoV-2 afecta a la persona contagiada a través de un proceso biológico que produce síntomas que inciden sobre el organismo con un carácter general. Sin embargo, las condiciones en las que el individuo lo sufre marcan diferencias muy apreciables. Las más inmediatas son las de carácter demográfico, entre ellas, la edad, el sexo y las condiciones socioeconómicas y residenciales, pero también los marcadores epidemiológicos.

La estructura de los **casos confirmados** por tests PCR (Figura 6) se analizan a

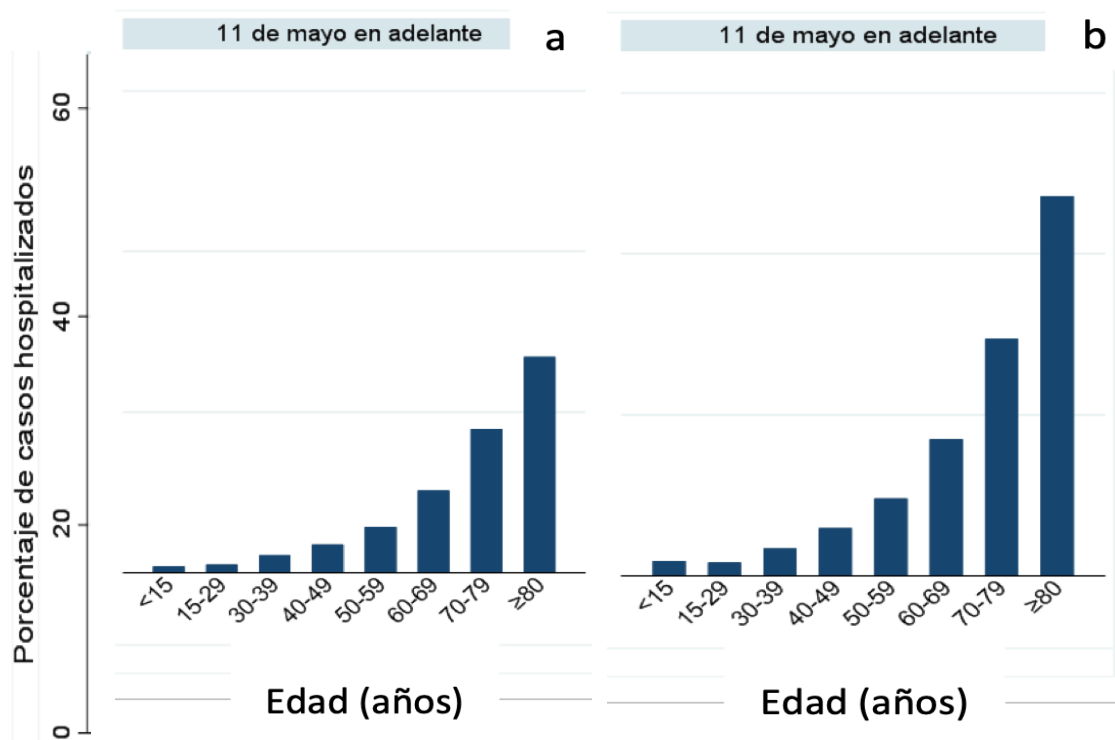


finales de mayo con casi 250.000, cuando se produjo el cambio de metodología de recuento en el Ministerio de Sanidad. Posteriormente no es posible hacer un estudio semejante. Otros indicadores demográficos, extraídos de RENAVE, lo permiten, aunque los parámetros demográficos no son coincidentes.

En España los contagios afectan a la población en general, en una distribución relativamente equilibrada, salvo a los menores de 40 años y mayores de 90, y ligeramente más a mujeres (57%) que a hombres (43%). En esos momentos de mayor incidencia de la pandemia, la población adulta mayor era la principalmente afectada, con una edad media de 61 años para los hombres y 62 para las mujeres, pero con valores diferentes: entre 40 y 89 años las mujeres (47%) superaban a los hombres (34%).

Otra realidad demostrada es que, de esa cifra de casos confirmados, una parte importante no muestra síntomas relacionados con COVID-19, como lo demuestran los datos epidemiológicos: dos tercios de las personas encuestadas en los estudios de seroprevalencia en España afirman no haber tenido síntomas compatibles con la pandemia (ISCIII, 2020a, b). Eso significa que han pasado la enfermedad sin requerir hospitalización. En efecto, algo más del 37% de los casos confirmados fueron hospitalizados, pero se mantiene la igualdad de género aumentando la edad media (67 y 68 años de edad media, para hombres y mujeres, respectivamente). Y algo más del 8%

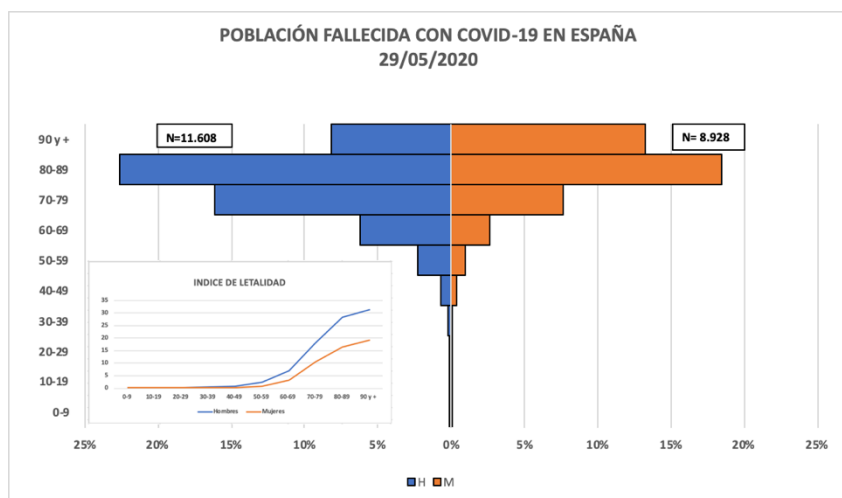
de los casos hospitalizados fueron ingresados en unidades de cuidados intensivos, con una edad media un poco más baja, 63 años, como consecuencia de la limitación de acceso a estas unidades de las personas mayores con pluripatologías que hacían más difícil el tratamiento de las personas ingresadas. Desde el 11 de mayo hasta primeros de noviembre, los datos de RENAVE (ISCIII, 2020c) muestran patrones de incidencia algo distintos porque a) ha aumentado el número de casos entre población más joven, de manera que más del 20% de los casos son de jóvenes entre 15 y 29 años; b) consecuentemente, la edad media ha descendido hasta los 40 años (41 para mujeres, 40 para hombres); c) afecta más a mujeres (52%) que a hombres; y d) apenas el 5,5% de los casos confirmados han sido hospitalizados y solo entran en UCI el 0,4%. Así, en este periodo fallece el 1% de los casos confirmados. El **patrón de hospitalización**, sea con casos confirmados (a), sea con casos sintomáticos (b) (Figura 7), es muy semejante, creciendo el porcentaje a medida que lo hace la edad.



En definitiva, la pandemia está afectando a población adulta y mayor y esta afectación es creciente a medida que lo hace la edad.

La **estructura de los fallecidos** muestra el verdadero impacto de la pandemia en la población española en su periodo álgido, con una diferencia muy apreciable entre hombres y mujeres (Figura 8). Algunos datos son enormemente significativos: a) los

mayores de 60 años apenas representan el 50% de los casos confirmados, pero son más del 95% del total de muertos, con un valor algo superior entre las mujeres; b) la tasa de



letalidad por grupos de edad, es muy bajo entre jóvenes y adultos jóvenes y muy alto a partir de los 60 años con una desigualdad creciente entre mujeres y hombres, más alto entre éstos. La comparación entre ambos periodo de referencia, antes y

después del 11 de mayo, permite constatar que la distribución de personas fallecidas por edad no ha variado sustancialmente, con el 93% de los fallecidos mayores de 90 años. En cambio, ha variado la tasa de letalidad que apenas supera el 4% entre los mayores de 60 años y no alcanza el 10% entre los mayores de 80 años, valores reducidos a la mitad con respecto a la primera oleada.

Rasgos epidemiológicos

¿Cuáles son sus parámetros epidemiológicos? Existen evidencias previas obtenidas a partir del análisis de la pandemia en China, que ofrecen un conjunto de

SINTOMAS	CASOS CONFIRMADOS		
	Total	Mujeres	Hombres
Fiebre o reciente historia de fiebre	72,9		++
Tos	69,0		+
Neumonía (radiológica o clínica)	53,8		++
Disnea	47,6		+
Diarrea	26,8	+	
Escalofríos	23,3		+
Dolor de garganta	22,0	++	
Otros síntomas respiratorios	9,2		++
Vómitos	8,7	+	
Distrés respiratorio agudo	6,8		++
Fallo renal agudo	5,2		++
ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGOS	Total	Mujeres	Hombres
Una o más	65,0		++
Enfermedad cardiovascular	29,0	++	
Hipertensión arterial	21,0	=	=
Diabetes	16,0		++
Enfermedad respiratoria	11,0		++
Contacto estrecho con caso COVID-19 probable o confirmado	54,3	++	
Contacto con persona con infección respiratoria aguda	51,9	++	

síntomas aplicables a la situación española (Bonanad et al., 2020). Se comprueba con la información ofrecida en el informe sobre casos COVID-19 en España, notificados a 10 de mayo de 2020 (ISCIII, 2020d) (Tabla 1) y de acuerdo con el hecho constatado de que más del 50% son mayores de 60 años, el perfil epidemiológico está muy condicionado por el curso de vida de las personas. En este perfil destacan los síntomas vinculados al sistema respiratorio en el momento actual, bien sea de un cierto carácter funcional (fiebre, tos, disnea), bien sea de carácter clínico (neumonía, distrés respiratorio agudo) que pueden estar en la base del

deterioro de salud en la persona. Como se ha demostrado en múltiples estudios, todos éstos son síntomas que, de forma individual o conjunta, aparecen ligados a la pandemia,

compatibles con ella cuando no hay un test de confirmación y comprobados cuando lo hay. La realidad es que muchos síntomas aparecen asociados con la multimorbilidad, con otras enfermedades y síntomas predisponentes como las cardiovasculares y la diabetes. ¿Y cómo afecta todo este engranaje de enfermedades y síntomas en las personas? La respuesta, en general, orienta hacia una desigual afectación entre mujeres y hombres: los segundos presentan valores bastante más altos que las primeras precisamente en aquellos síntomas y enfermedades, múltiples, que se asocian con COVID-19; las mujeres solo destacan en algunos síntomas menores y en las enfermedades cardiovasculares.

A partir de finales de mayo la información epidemiológica ya no es ofrecida en los informes de RENAVE, como tampoco sobre los fallecidos de COVID-19 porque las causas de la muerte no se ofrecen en el informe epidemiológico, sino en el acta de defunción, que se analiza en el año siguiente.

Afectación de COVID-19 en residencias de personas mayores en España

En España, y en otros países, hay un hecho que también favorece el incremento excesivo de muertes durante la pandemia, el vivir en residencias de mayores, si bien es pequeña la proporción de persona mayores que vive en establecimientos residenciales colectivos. En España se estima que existen 334.000 plazas ocupadas en residencias (Abellán et al., 2020). Suponiendo que todas estas plazas las ocupen personas mayores de 65 años, el porcentaje sería 3,7% de esta población mayor. Siendo este porcentaje bastante reducido, el problema de las residencias en relación con COVID-19 estriba en el perfil de los residentes, en el modelo de convivencia y en la gestión de la relación entre la persona mayor y su acceso al sistema sanitario.

Según Zalakaín et al. (2020), las principales deficiencias del modelo de cuidados en las residencias, ya desde los primeros días de la pandemia y a pesar de las orientaciones sanitarias (MSCBS, 2020b), podrían condensarse, grosso modo, en las siguientes: la toma tardía de decisiones, una vez identificados los primeros casos, el carácter laxo de las medidas tomadas, la falta de equipos de protección para los trabajadores y de tests para los enfermos, la sobreocupación, en muchos casos, de residentes en relación a las camas y espacios disponibles, la inadecuada atención médica y limitada coordinación con la atención primaria y hospitalaria, o la falta de respuesta del modelo de gestión residencial ante la pandemia.

La atención a las personas mayores residentes en España se basa en tres pilares. La vertiente asistencial de las residencias no forma parte de la estructura del Sistema Nacional de Salud, pero la atención de la salud de los residentes recae en este sistema, es decir, en los servicios públicos, cuando los centros no disponen de recursos sanitarios. Obviamente, la atención sanitaria pública es proporcionada externamente, de forma general y en las mismas condiciones que el resto de la población. La provisión de cuidados sanitarios, sean residencias públicas o privadas, se basa en la coordinación socio-sanitaria entre los provisosores de atención, en distintos niveles administrativos

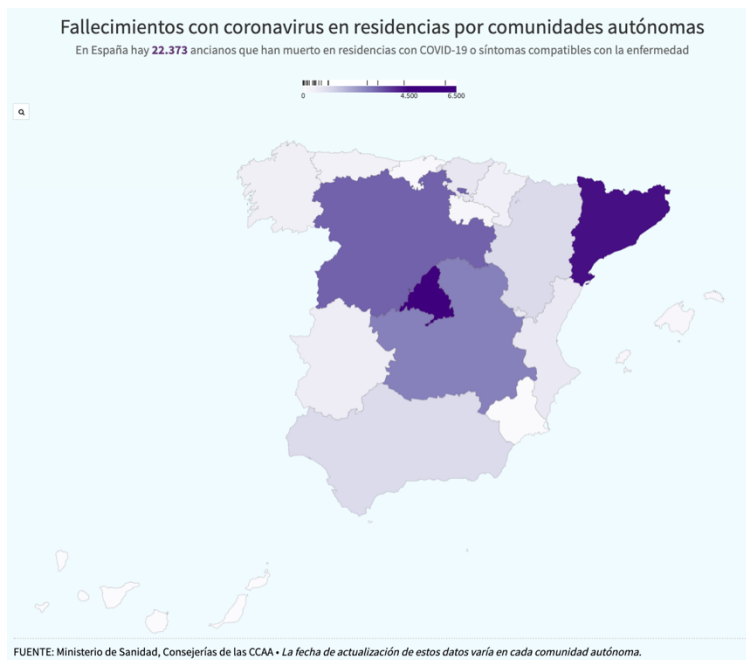
(nacional, regiones y municipios). Incluso la gestión privada-pública y sus vínculos con los poderes económicos y políticos han contribuido a que las residencias no tuvieran las mejores condiciones para afrontar la pandemia, al menos en su momento de mayor incidencia (El País, Agenda Social, <https://bit.ly/3g5euKd>). Las regiones tienen asumida, en gran medida, la competencia en la gestión de los servicios sociales, y en especial los que sirven a las personas mayores. El desarrollo de la pandemia ha dejado al descubierto que este sistema ha estado en la base de la gran afectación del virus en las residencias. A ello se ha añadido que los recursos disponibles, humanos, materiales y económicos no fueron tan suficientes para la protección de los residentes y los trabajadores cuando las condiciones de atención se hicieron extremas (Zalakain et al., 2020) y cuando las condiciones de implantación del modelo de atención residencial y gestión de los enfermos eran claramente preocupantes (Bernardi et al., 2020; García, 2020; Trabucchi y De Leo, 2020). Así pues, parece haber un cierto consenso para señalar que las residencias de personas mayores no estaban preparadas para afrontar la pandemia COVID-19 (Gardner et al., 2020). Ni las condiciones de las personas ni las de la residencia donde viven favorecieron la contención de la pandemia (Gandal et al., 2020; Monedero y Rodrigues, 2020).

Distintas evidencias científicas muestran que la pandemia ha afectado notablemente a las residencias de mayores, con distinto éxito. Mientras Alemania o Dinamarca parecen haber controlado bien la pandemia (Felgueroso et al., 2020), otros países han mostrado una alta incidencia, con porcentajes desiguales, incluso en países desarrollados (Comas-Herrera et al., 2020; Costa-Font, 2020; Hsu et al., 2020). Informes de prensa, elaborados a partir de datos oficiales, han informado, a su vez, de forma comparativa sobre la incidencia de COVID-19 en residencias de personas mayores (Infolibre, <https://bit.ly/37jf6c8>; RTVE, <https://bit.ly/37gQqB0>).

España se encuentra entre los que presentan un número de fallecidos en residencias muy elevado. Los datos oficiales solo incluyen los fallecidos en hospitales cuando se tiene la certeza, mediante tests, de su contagio por COVID-19. La administración regional, competente en la atención social, informa al gobierno central del número de fallecidos, lo que ha producido dificultades en la gestión de los datos reales de muertos en residencias (Infolibre, <https://bit.ly/3cW8dPc>). Se estima actualmente que más de 20.000 personas han fallecido en residencias, aproximadamente el 50% de los fallecidos con datos oficiales.

Durante la fase más dura de la pandemia, muchos residentes que tenían síntomas de COVID-19 no fueron derivados hacia los hospitales en la fase de ascenso de la pandemia y fallecieron sin que hubiera constancia de que estuvieran efectivamente infectados. Los ejemplos de la región de Madrid y de Castilla y León (Infolibre, <https://bit.ly/2YpRbDR>) padecieron un número de fallecidos atribuidos a COVID-19 superior al de fallecidos confirmados con la enfermedad. Al no existir una fuente oficial y universal para obtener estos datos, la Radiotelevisión Española (RTVE), a través de los medios de información locales, ha recolectado la información directamente, sin

constancia oficial (Figura 9). Madrid (Castilla y León y Castilla-La Mancha, como espacios



limítrofes) y Cataluña concentran el mayor número de residencias de mayores y de plazas disponibles, y, a su vez, también los valores relativos más destacados, por encima de 6 fallecidos por cada 100 plazas. Mientras tanto, Canarias o Murcia, junto con otras regiones, tienen un número bajo de fallecidos, aunque la disponibilidad de plazas es elevada, como la

C. Valenciana y el País Vasco (Felgueroso et al., 2020; Fundación General CSIC, 2020).

Detrás de este análisis está la necesidad de vincular el proceso de la pandemia y sus consecuencias en diversos ámbitos personales y sociales, incluyendo los demográficos con las políticas que se han puesto en marcha en estos meses en España.

Políticas para la superación de COVID-19

Como ha sucedido en otros países, la pandemia en España se introdujo de forma subrepticia, sin que la sociedad y el gobierno fueran conscientes de su importancia hasta que la situación se tornó imposible de controlar ante la falta de una adecuada toma de decisiones traumáticas. La ausencia de una experiencia previa y el sistema de competencias repartido entre el Gobierno central y el de las regiones obligaron al primero a tomar una medida nunca hasta entonces tomada en España. La declaración del 'estado de alarma', a partir del 14 de marzo, concentró todas las competencias en el Gobierno central. Ello significó imponer un confinamiento en todo el país a partir del 14 de marzo, en línea con las acciones de muchos otros países europeos (Flaxman et al., 2020), lo que facilitó la toma de decisiones, algunas ya adoptadas en los días anteriores, como el cierre de colegios y la recomendación de la distancia social. Las relaciones personales y de trabajo fueron modificadas con el fin de reducir la curva de contagios, preservando las principales dimensiones de la economía española a través la consideración de diversos sectores económicos como 'servicios esenciales', a los que no afectaba el confinamiento, y de diversas medidas para hacer frente al impacto económico, laboral y social. Al mismo tiempo, y generalmente bajo la autoridad del Ministerio de Sanidad, se dictaron otras medidas y recomendaciones que pretendían regular la vida de las personas, especialmente de las mayores de edad, en relación con las actividades de los servicios sociales, de las personas a su cuidado y de las residencias.

Después de 6 prórrogas quincenales, el estado de alarma cesó el 21 de junio, para dar paso a la ‘transición a la nueva normalidad’, plan que fue elaborado por el Gobierno central en las semanas previas. Mediante una transición en 4 fases, el plan de desescalada fue abriendo las actividades económicas no esenciales y la movilidad y relaciones con las personas, a medida que se fueran cumpliendo los objetivos de control de la pandemia en distintas regiones. Precisamente por ello, todas estas medidas para la desescalada se consensuaron entre el Gobierno central y las autoridades regionales, no sin fricciones derivadas de la distinta valoración de la situación de la pandemia en algunas regiones y el sesgo ideológico entre los distintos gobiernos. Al final de la desescalada, las regiones recuperaron su capacidad de acción contra la COVID-19 y la situación de control de la pandemia entró en otro escenario, aproximadamente al inicio de julio, el de los rebrotes de nuevos casos, primero en lugares muy definidos y controlados, después en áreas mucho más amplias, llegando a una infección de tipo comunitario con una expansión muy acelerada del número de casos confirmados, no tan rápida en la ocupación de camas hospitalarias y den UCI, y en el número de fallecidos.

La realidad es que todas estas medidas durante el estado de alarma cumplieron su efecto, el control de la curva, de manera que la evolución de los casos confirmados y de fallecidos diarios alcanzaron su mínimo a finales de junio. El coste fue elevado por la muy importante afectación que hubo entre la población en general y, sobre todo, entre los más mayores quienes han concentrado los porcentajes más altos de casos confirmados y fallecidos.

Las personas mayores han vivido su confinamiento en su propia vivienda, de forma autónoma o con el apoyo familiar, de voluntarios o de muchas mujeres contratadas a las que, en muchos casos, se les permitió continuar con su labor o, en otros, como cuidadoras que mantuvieron su puesto de trabajo recibiendo ayudas económicas de compensación de la pérdida de su trabajo. Al mismo tiempo, las regiones y los ayuntamientos (Fundación Eguía Careaga, 2020; IMSERSO, 2020) pusieron en marcha ayudas y medidas extraordinarias par cubrir su atención y cuidado, como el apoyo material domiciliario (comida, aseo personal, medicamentos,...) y el apoyo social contra el aislamiento (llamadas telefónicas para valorar su estado de vulnerabilidad, los contactos virtuales), o como el voluntariado organizado y vecinal (cuidados, acompañamiento y soporte personal, apoyo psicológico, ejercicio físico, entretenimiento y actividades lúdicas,...), o las ayudas económicas de emergencia. La coordinación entre gobiernos regionales, municipales y organizaciones civiles ha funcionado bastante bien para canalizar fondos económicos desde los primeros a las últimas. Trataban de aminorar el aislamiento y la soledad y aliviar su vulnerabilidad.

El otro gran ámbito de atención es el de las personas mayores que viven en residencias colectivas. Como se ha visto anteriormente, la situación de la pandemia en las residencias requirió de medidas y recomendaciones para evitar los contagios y la mortalidad entre personas residentes. Ya desde la implantación del estado de alarma,

14 de marzo, se establecieron medidas diversas para controlar la situación de contagio de las residencias de mayores, en línea con las instrucciones emanadas de las Naciones Unidas (WHO, 2020) y del Ministerio de Sanidad (MSCBS, 2020b). Las más importantes fueron i) la provisión de apoyo material y de medidas organizativas para dotar a la residencias de protocolos de actuación para proteger a los residentes y los trabajadores, ii) las guías de actuación, de supervisión y de control de su funcionamiento, iii) la derivación hacia hoteles u otros establecimientos colectivos de personas mayores no contagiadas en residencias o el permitir a otras a regresar a sus domicilio para evitar la infección por mantenerse en la residencia, iv) el apoyo psicológico a los trabajadores y a los residentes para afrontar el confinamiento, el aislamiento social y la soledad de verse reclusos en un espacio pequeño sin contacto con los familiares; incluso algunas regiones ofrecieron este apoyo también a los familiares, y v) la provisión de canales de comunicación de los residentes con sus familiares para recibir apoyo personal que limitara las condiciones de aislamiento social, a través de tabletas electrónicas o celulares y la provisión de líneas de teléfono gratuitas. La intención de todas estas medidas era paliar el modelo de atención residencial que se había manifestado muy ineficiente en esta pandemia y ante la previsión de futuras crisis sanitarias (Zalakaín et al., 2020). Todas estas medidas, y aún otras adaptadas en el momento actual de la pandemia, están consiguiendo con distinto grado de éxito que la pandemia esté controlada en las residencias, aunque la posibilidad de rebrotes es muy alta por las especiales características del modelo residencial y las condiciones de morbilidad de los residentes.

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. Algunas de ellas ya estaban asentadas en el mundo del voluntariado social en el afrontamiento de la soledad de la población mayor. Otras iniciativas surgieron al amparo de la aparición de la pandemia, con notable eficiencia durante el confinamiento (ej. la iniciativa solidaria Frena la Curva (<https://frenalacurva.net>), extendida en España y en varios países latinoamericanos.

Conclusiones

La pandemia COVID-19 representa un cambio sustancial en la vida de las personas, en las estructuras sociales, y en los comportamientos y normas políticas. De la misma manera, esta suponiendo una convulsión en el mundo de la investigación porque se están transformando, al menos coyunturalmente, algunas formas por las que se construye el proceso de investigación, por las que se genera conocimiento y por las que difunden los resultados. También se está viendo afectada la colaboración entre los equipos de investigación y las estructuras de difusión presencial del conocimiento para derivar en estrategias de virtualización. No es éste el foro en el que ahondar en estos cambios, pero todos ellos están suponiendo una adaptación, de la que ni su desarrollo ni sus frutos nos son todavía conocidos.

En la misma línea, la investigación sociodemográfica de la COVID-19 está sometida al afrontamiento de algunos retos hasta ahora no planteados. Algunos tienen una enorme importancia, como la disponibilidad de datos por parte de las fuentes oficiales, que han tenido que ser generados de forma inmediata atendiendo a la evolución de la pandemia, lo que ha repercutido en su consistencia y utilidad para la investigación. Este reto lleva aparejado el de la permanencia de las condiciones sociodemográficas como para que se puedan generar conceptos estables. Un aspecto muy importante en el análisis sociodemográfico es el de la edad, los grupos de población utilizados en los trabajos o los indicadores de medida, no siempre estables y bien utilizados, como consecuencia de la urgencia para generar conocimiento y la participación de disciplinas no siempre habituadas a la investigación demográfica.

Y este desafío lleva vinculado otros de no menor valor, en este caso social y político, como son el edadismo y el triaje. El primero, ya habitual en la valoración de la edad por distintos actores sociales, se ha exacerbado con la pandemia por ser el grupo de población mayor el más afectado y la transmisión social de este hecho está dando lugar a valoraciones edadistas de esta realidad. Quizás la más destacada es la consideración de la edad mayor (junto con la discapacidad) como criterios de aceptación de personas mayores afectadas en los hospitales (triaje) en los momentos más crudos de la primera oleada en España.

Otras nuevas ideas en el entorno del análisis sociodemográfico han emergido con fuerza suficiente para salir del ámbito puramente académico y llegar a la sociedad, como distancia social, soledad, ansiedad, depresión, relaciones sociales, aislamiento, etc., aplicables casi siempre a la modulación de los comportamientos de las personas mayores durante la pandemia. Y todo esto ha tenido una repercusión inmediata en la sociedad porque tales (y otros) conceptos han entrado a formar parte de las políticas públicas dispuestas para combatir COVID-19.

En definitiva, el análisis sociodemográfico ha ganado fuerza en el mundo de la investigación y en los medios de comunicación, y ha servido de base para la toma de conciencia social sobre el significado de la pandemia entre los grupos de población, especialmente entre las personas mayores.

Bibliografía

- Abellán, A.; Pujol, R. (2020). Sobremortalidad masculina por COVID-19. *Blog Envejecimiento en Red* (13 abril 2020) (<http://envejecimientoenred.es/sobremortalidad-masculina-por-covid-19/>)
- Abellán, A.; Aceituno, P.; Fernández, I.; Ramiro, D.; Castillo, B. (2020). Una nueva estimación de población en residencias de mayores. *Blog Envejecimiento en Red* (20 julio 2020) (<http://envejecimientoenred.es/una-nueva-estimacion-de-poblacion-en-residencias-de-mayores/>)

- Aron, J.; Muellbauer, J. (2020). Measuring excess mortality: the case of England during the Covid-19 Pandemic. *INET Oxford Working Paper* No. 2020-11 (18 Mayo 2020) (<https://www.inet.ox.ac.uk/files/revised-15.54-18-May-20-Aron-Muellbauer-Revised-INET-Excess-Mortality-article-x.pdf>)
- Bernardi, F.; Cozzani, M.; Zanasi, F. (2020). Social inequality and the risk of being in a nursing home during the COVID-19 pandemic. *OSF Preprints*. (4 Mayo) ([10.31235/osf.io/ksefy](https://doi.org/10.31235/osf.io/ksefy)).
- Block, P.; Hoffman, M.; Raabe, I. J.; Dowd, J. B.; Rahal, C.; Kashyap, R.; Mills, M. C. (2020). Social network-based distancing strategies to flatten the COVID-19 curve in a post-lockdown world. *arXiv preprint arXiv:2004.07052*.
- Bonanad, C.; García-Blas, S.; Tarazona-Santabalbina, F.J.; Díez-Villanueva, P.; Ayesta, A.; Forés, J.S.; Vidán-Austiz, M.; Formiga, F.; Ariza-Solé, A.; Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Cardiología* (<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>).
- Ciminelli, G.; Garcia-Mandicó, S. (2020). Covid-19 in Italy: an analysis of death registry data. *VOXEU, Centre for Economic Policy Research, London*, 22. (<https://www.researchgate.net/publication/340649273>)
- Comas-Herrera, A.; Zalakaín, J.; Litwin, C.; Hsu, A. T.; Lane, N.; Fernández, J. L. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International Long Term Care Policy Network*. (12 abril) (<https://bit.ly/37hbkA2>).
- Costa-Font, J. (2020). The COVID-19 crisis reveals how much we value old age. *Blogs LSE* (<https://bit.ly/3eXsjuO>)
- Felgueroso, F.; de la Fuente, A.; Bosca, J. E.; i Font, J. C.; Doménech, R.; Ferri, J., ...Viola, A. (2020). Aspectos económicos de la crisis del Covid-19. *Boletín de seguimiento nº2* (No. eee2020-14). FEDEA. (<http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-14.pdf>).
- Flaxman, S. et al. (2020). Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. Imperial College COVID-19 Response Team. *Report 13* (30 marzo) (<https://bit.ly/2PDssYO>)
- Fundación General CSIC (2020). Radiografía de la incidencia de la COVID-19 en las residencias de mayores. Blog Envejecer en Positivo. Fundación General CSIC (25 Abril) (<https://bit.ly/3g0ObVo>)
- Fundación Eguía Careaga (2020). #COVID-19 Servicios Sociales. Boletín nº 1 -28. San Sebastián, Centro de Documentación y Estudios (<https://covid19.siiis.net/boletines/>)
- Gandal, N.; Yonas, M.; Feldman, M.; Pauzner, A.; Tabbach, A. (2020). Long-Term Care Facilities as a Risk Factor for Death Due to COVID-19. *arXiv preprint arXiv:2006.06410*. (23 Junio) (<https://arxiv.org/pdf/2006.06410.pdf>)
- García Rada, A. (2020). Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes. *Bmj*, 369. (20 Abril) (doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1554>)

- Gardner, W.; States, D.; Bagley, N. (2020). The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *Journal of Aging & Social Policy*, 1-6. (3 abril) (<https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>).
- Hsu, A. T.; Lane, N.; Sinha, S. K.; Dunning, J.; Dhuper, M.; Kahiel, Z.; Sveistrup, H. (2020). Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes—ongoing challenges and policy response. *LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*. (Abril 2020) (<https://bit.ly/2UtZJbR>).
- IMSERSO (2020). Iniciativas amigables con las personas mayores en el ámbito municipal durante la crisis sanitaria y confinamiento por COVID-19. *Newsletter nº 33*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Acceso 29 Agosto 2020) (<https://bit.ly/2N8Fxbj>).
- ISCIII (2020a). *Estudio Nacional de Sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID). Tercera Ronda* (22 junio). Instituto de Salud Carlos III (<https://portalcne.isciii.es/enecovid19/>).
- ISCIII (2020b). *Estudio ENE-COVID-19: primera ronda. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por sars-cov-2 en España*. Instituto de Salud Carlos III. (13 mayo) (<https://portalcne.isciii.es/enecovid19/documentos/enecovid19infpres.pdf>).
- ISCIII (2020c). *Informe COVID-19 no 52. 12 de noviembre de 2020. Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España*. Instituto de Salud Carlos III (<https://bit.ly/36HWZwL>).
- ISCIII (2020d). *Informe COVID-19 no 33. 29 de mayo de 2020. Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España*. Instituto de Salud Carlos III (<https://bit.ly/2UxLUsk>).
- Judge, A. (2020). Social Distancing under Conditions of Overcrowding?. Weaponising mass distraction from overpopulation denial?. *Laetus in Praesens*, (20 Marzo) (<https://www.laetusinpraesens.org/docs10s/socdist.php>).
- Mazzoli, M.; Mateo, D.; Hernando, A.; Meloni, S.; y Ramasco, J. J. (2020). Effects of mobility and multi-seeding on the propagation of the COVID-19 in Spain. *medRxiv*. (13 mayo). (<https://doi.org/10.1101/2020.05.09.20096339>).
- MSCBS (2020a). *Plan para la Transición hacia la Nueva Normalidad*. M. Sanidad, Consumo y Bienestar Social (28 abril 2020) (<https://bit.ly/37H4DYe>).
- MSCBS (2020b). *Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial*. M. Sanidad, Consumo y Bienestar Social (24 marzo) (<https://bit.ly/3fdst09>).
- Mogi, R.; Spijker, J. (2020). The influence of social and economic ties to the spread of COVID-19 in Europe. *SocArXiv Preprints*. (14 abril). (<https://doi.org/10.31235/osf.io/sb8xn>).
- Monedero-Recuero, I.; Gonçalves, I. R. COVID-19 en residencias geriátricas: oportunidades y controversias en la población más castigada por la pandemia. *Rev Enf Emerg* 2020;19(2):60-63

(http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a743/editorial%20_2020_web.pdf).

- OMS (2020). *Vigilancia mundial de la COVID-19 causada por la infección humana por el virus de la COVID-19*. Organización Mundial de la Salud. (20 marzo) (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331740/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.6-spa.pdf>).
- Oto-Peralías, D. (2020). Regional correlations of COVID-19 in Spain. *OSF Preprints*. (<https://doi.org/10.31219/osf.io/tjdgw>).
- Trabucchi, M.; De Leo, D. (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 387-388. (Mayo 2020) ([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30149-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30149-8)).
- WHO (2020). *Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance*, 21 March 2020. World Health Organization. (<https://bit.ly/2CnxCEY>)
- Zalakain, J.; Davey, V.; Suárez-González, A. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE. (28 May) (<https://bit.ly/2XRboTS9>).