

Análisis de la política pública dirigida a la población adulta mayor ante la pandemia del Covid-19 en México, Chile y España*

Yolanda de Jesús Hernández-Delgado**

Willy-Octavio Mendoza-Tello***


Universidad de Guadalajara, México


<https://doi.org/10.15446/frdcp.n25.109198>

Resumen

El objetivo es analizar cómo la pandemia produjo un Estado de excepción en el que las personas mayores se han convertido en objetos de políticas en lugar de sujetos de derechos en países como México, Chile y España. A través de la revisión de los procesos de envejecimiento poblacional de estos países, como producto imprevisto de la modernidad, de los efectos de la pandemia por Covid-19 entre la población adulta mayor de los países en turno y las medidas que fueron tomadas, sobre todo, a partir

* **Artículo recibido:** 30 de mayo de 2023 / **Aceptado:** 26 de octubre de 2023 / **Modificado:** 2 de noviembre de 2023. Este artículo es producto adyacente a la recolección de datos de la tesis “Trayectorias de vida de personas mayores que viven en asilos de la Zona Metropolitana de Guadalajara”, este producto contó con financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, México, misma que fue defendida ante las autoridades académicas de El Colegio de Jalisco.

** Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco, México. Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Área Académica de Trabajo Social, México. Participó en la recolección, análisis y escritura del artículo. Correo electrónico: yolanda.hdelgado@academicos.udg.mx  <https://orcid.org/0000-0002-9029-7228>

*** Doctor en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco, México. Profesor de la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá, México. Participó en el análisis y escritura del artículo. Correo electrónico: willy.mendoza@academicos.udg.mx  <https://orcid.org/0000-0001-9237-5480>

Cómo citar

Hernández-Delgado, Y de J. y Mendoza-Tello, W. O. (2024). Análisis de la política pública dirigida a la población adulta mayor ante la pandemia del Covid-19 en México, Chile y España. *FORUM. Revista Departamento Ciencia Política*, 25, 123-144. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n25.109198>



de las primeras “dos olas” de contagio, así como de algunos casos a nivel intranacional para visibilizar que las decisiones políticas en torno a la vejez se cimientan sobre la valoración de este grupo en una lógica de estratificación etaria.

Palabras clave: pandemia; COVID-19; personas mayores; Estado de excepción; envejecimiento.

Analysis of the Public Policy Aimed at the Elderly Population in the Face of the Covid-19 Pandemic in Mexico, Chile and Spain

Abstract

The aim is to analyze how the pandemic produced a State of exception, in which the elderly have become objects of policies instead of subjects of rights in countries such as Mexico, Chile and Spain. Through the review of the population aging processes in these countries, as an unforeseen product of modernity, the effects of the Covid-19 pandemic among the elderly population of the countries in question and the measures taken, as well as some cases at the intra-national level, make visible that political decisions regarding the elderly are based on the valuation of this group in a logic of stratification by age, especially after the first “two waves” of contagion.

Keywords: pandemic; COVID-19; elderly; State of Exception; aging.

Análise das políticas públicas destinadas à população idosa diante da pandemia de Covid-19 no México, Chile e Espanha

Resumo

O objetivo é analisar como a pandemia produziu um Estado de exceção no qual os idosos se tornaram objectos de políticas e não sujeitos de direitos em países como o México, o Chile e a Espanha. Por meio da revisão dos processos de envelhecimento populacional nestes países, como um produto imprevisto da modernidade, dos efeitos da pandemia de Covid-19 entre a população adulta idosa dos países em questão e as medidas que foram tomadas, especialmente após as primeiras “duas vagas” de contágio, bem como de alguns casos a nível intranacional, a fim de deixar claro que as decisões políticas em relação à velhice são baseiam na valorização deste grupo em numa lógica de estratificação etária.

Palavras-chave: pandemia; COVID-19; idosos; estado de exceção; envelhecimento.

Introducción

El argumento que se sostiene en este artículo es que la pandemia produjo un Estado de excepción en el que las personas mayores por su condición social se han convertido en objeto de políticas, en lugar de sujetos de derechos, en países como México, Chile y España, cuyos regímenes de bienestar distan uno del otro en sus fundamentos, pero que, en la práctica, la asignación de recursos a este sector de la población los puso en desventaja frente a la incidencia de contagios, el exceso de mortalidad y la toma de decisiones unilaterales por parte de los respectivos gobiernos de los países mencionados.

Se trazan algunas líneas para dimensionar el proceso de envejecimiento poblacional mundial y, más específicamente, en los tres países en los cuales se centra este documento. El propósito es problematizar la transición demográfica como producto imprevisto de la modernidad y el cómo, a pesar de ser un proceso paulatino e irreversible, tanto a nivel social como político existen nociones que posicionan a la vejez como un problema y una amenaza individual y social, dichas nociones se han tratado de desmitificar a través del reconocimiento de los Derechos Humanos de este sector en las agendas mundiales.

Se ofrece un panorama general de los efectos de la pandemia por Covid-19 entre la población adulta mayor de los países en turno y las medidas que fueron tomadas, sobre todo a partir de las primeras “dos olas” de contagio, temporalidad durante la cual hubo casos significativos por su número y por su naturaleza en lo que respecta a los discursos que justificaron las decisiones gubernamentales en los tres países, dentro de los cuales se encuentran las guías bioéticas en la asignación de unidades de cuidados intensivos, el exceso de muertes en residencias geriátricas y la exclusión de las personas adultas mayores del espacio público como una medida de protección ante el contagio. La tesis central de este documento es que la toma de decisiones políticas en torno a la vejez se cimienta sobre la valoración de este grupo en una lógica de estratificación etaria. Advertencia: quienes aquí escribimos nos adscribimos más al campo de las ciencias sociales que al de la ciencia política, por lo que las limitaciones serán notorias en términos del llamado “ciclo de las políticas”, para centrarnos más en las problemáticas relacionadas con los ámbitos sociológicos e ideológicos.

El envejecimiento poblacional como efecto no previsto de la modernidad

En el curso “Seguridad, territorio, población”, una de las tesis de Foucault (2007, p. 27) reconoce que la diferencia entre el mundo clásico y el nacimiento del mundo moderno se dio a partir del cambio de paradigma en lo que respecta a la forma de gobernar: ya no se trataba de que el monarca se ocupase de defender un territorio, sino que, además, debía ocuparse de facilitar el flujo económico y social, además de administrar los recursos y

otorgar seguridad a la población; la seguridad no solamente a través de los dispositivos disciplinarios y punitivos, sino también como formas de garantizar el cuidado de la vida de los ciudadanos. Se estaba en pleno auge del mercantilismo, la expresión previa del capitalismo, tal como se conoce hasta estos días y, también, se estaban consolidando las naciones-Estado como formas de administración racional basadas en el liberalismo, no tanto como una ideología sino como un sistema gubernamental que se traduce en una serie de técnicas gubernamentales basadas en el liberalismo.

A partir de entonces, con las mejoras en los sistemas de salud y con la paulatina reducción de guerras devastadoras —cuyas últimas expresiones fueron las suscitadas durante el primer tercio del siglo XX— y con la implementación de políticas dirigidas a la reducción de la tasa de natalidad, los efectos no previstos de la modernidad se tradujeron en una mayor esperanza de vida al nacer, una menor mortalidad infantil, una reducción paulatina de las bases de las pirámides poblacionales y un engrosamiento en las superiores, sobre todo en las correspondientes a las personas de 60 y más años (Kehl y Fernández, 2001, 126). El despoblamiento de las zonas rurales y la concentración de la población en las grandes ciudades por el proceso de industrialización también fueron parte importante de esa dinámica que, hay que recalcar, es un proceso que no ha sido el mismo para todos los países y regiones del mundo, denotando un mayor envejecimiento en los países mayormente industrializados frente a aquellos periféricos en los que las desigualdades se denotan de manera más clara (Huenchuan, 2004, p. 8).

La transición demográfica hacia sociedades cada vez más envejecidas en la mayor parte de los países, está presentando un crecimiento sostenido tanto del porcentaje así como del índice de envejecimiento, lo que representa una tendencia marcada en el corto y mediano plazos —y puede suscitar perspectivas pesimistas sobre algo que se considera, al mismo tiempo, como un indicador de progreso— hecho social que requiere de un énfasis en lo que concierne a la investigación y atención de las condiciones de vida en las cuales se envejece (Cadona y Pélaez, 2012).

Aun cuando el proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional es un fenómeno a nivel global, fueron los países europeos los que demográficamente comenzaron a demostrar el envejecimiento poblacional antes que el resto del mundo, sin embargo, dicho proceso acaeció en poco más de dos siglos lo que, en el caso de los países de América Latina, ha sucedido en poco más de 30 años, entre los cuales se pueden encontrar México y Chile. En cuanto al primer punto, España cuenta con una población de personas adultas mayores que alcanza el 19.3 % del total de la población (Pérez-Díaz et. al., p. 5), por lo que se encuentra entre los 10 países con el mayor porcentaje de personas adultas mayores en el mundo. Para el caso de Chile, el Instituto Nacional de Estadísticas

reportó que para el 2020 más del 11% de su población correspondía a los grupos etarios de 65 y más años, con un total de 2 260 222 personas (Godoy, 2020), de las cuales, más del 80% vivían en las principales ciudades a lo largo del país sudamericano. Durante el último censo de población en México, el total de personas mayores reportado fue de 15 142 976, lo que representa el 12% de la población total. El índice de envejecimiento es de 47 personas de 60 y más años por cada cien menores de 15 años (INEGI, 2023).

Una de las mayores preocupaciones sobre el envejecimiento poblacional corresponde a la denominada *economía envejecida*, que se traduce en una mayor demanda de servicios sociales, de acceso a las pensiones y a la reducción paulatina de mano de obra (Cepal, 2012). Así, el proceso de envejecimiento se denota como negativo desde la estructura económica, pues los gastos en salud pública o el cumplimiento de las elementales –que no inalienables– leyes laborales de los países, como el derecho a la jubilación, se ven como cargas públicas casi insostenibles. Además de los rubros referentes a pensiones o seguridad social, el de salud es uno de los que tendrán mayor peso e importancia, máxime dentro del contexto del proceso de globalización neoliberal, pues, parafraseando a Aromando (2003) una vez que el sujeto traspasó la edad productiva y quedó inserto en el grupo etario del adulto mayor, el mismo deja de ser una fuerza laboral productiva y, por tanto, pierde poder adquisitivo, lo que redundará en precariedad en su acceso los bienes materiales e instrumentales básicos, entre los cuales se encuentra el acceso a servicios de salud suficientes.

Los derechos humanos corresponden a todas las personas por el hecho de serlo, y que el Estado tiene el deber de respetar, proteger, promover y garantizar. De acuerdo con Nikken (2010, p. 56) hoy en día se reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos respecto de los cuales éste tiene deberes de respeto, protección, promoción o garantía. Y a partir de los cuales existen límites y metas de la acción del poder público.

En el caso de las personas mayores han sido identificadas como un grupo social que requiere protección especial (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010, p. 34). Además, abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos permite reconocer sus valiosas contribuciones actuales y potenciales al desarrollo humano, social y económico.

A nivel internacional se han establecido los principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), así como los instrumentos regionales tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid

sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012) y, más recientemente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se adoptó el 15 de junio de 2015 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

México, Chile y España cuentan con leyes que enmarcan los derechos de las personas mayores y establecen medidas para garantizar su protección y promoción. Estas leyes reconocen el derecho de las personas mayores a una vida plena, independiente y autónoma, con acceso a servicios y prestaciones que les permiten mantener su calidad de vida, y establecen la obligación del Estado de prevenir y sancionar la discriminación y la violencia contra ellas.

En México se creó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), que tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores y establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. La ley reconoce el derecho de las personas mayores a una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, bienestar, participación social y cultural, y acceso a la justicia. Y también expresa la obligación del Estado de promover y proteger esos derechos.

En Chile, el 14 de septiembre de 2017 entra en vigor la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en la que se establecen una serie de derechos, que incluyen la igualdad y no discriminación, la vida y la dignidad, libertad, seguridad, privacidad, participación en la vida cultural y deportiva, salud, educación, trabajo, libertad de expresión y opinión, justicia e igualdad de trato ante la ley. Estos derechos buscan garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Así como los compromisos del Estado para salvaguardar dichos derechos y libertades (Decreto 162, 2017).

En el caso de España, se indica que, en términos generales, los derechos y libertades de las personas mayores, son los mismos que los del resto de la población. Sin embargo, el ordenamiento jurídico otorga una serie de prioridades y una especial protección a las personas ante ciertas situaciones o riesgos, en las que se puede ver inmerso el sector de la población de más edad.

Entre los derechos específicos referidos a las personas mayores se encuentran: no ser discriminado por razón de edad, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, al honor, a la intimidad y a la propia imagen de las personas mayores, la protección de

la persona mayor —incapacitación—, acceder a prestaciones sociales y asistenciales, ser atendido al encontrarse en situación de dependencia y la participación, ocio, cultura (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023).

Contexto de la pandemia: el exceso de muertes en personas adultas mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por la COVID-19 cuatro meses después de que en China se detectara el primer caso de contagio, específicamente en la provincia de Wuhan (OMS, 2020). Corría el 11 de marzo del 2020 cuando la supranacional decidió pasar de un estado de epidemia al de una pandemia después de que los casos de contagios y muertes a nivel mundial aumentaron de manera alarmante, sobre todo en los países de la Europa occidental, siendo Italia, España, Francia, Bélgica e Inglaterra los países más afectados para entonces (OMS, 2020).

Poco se conocía acerca de la naturaleza del virus, de las formas de transmisión y la sintomatología, para ese entonces, parecía variar mucho de individuo a individuo. Pero, algo parecía de común acuerdo: la enfermedad parecía tener una tendencia a enfermar gravemente a hombres y adultos mayores, más adelante se sabría que las personas con sistemas inmunológicos comprometidos y el padecimiento de comorbilidades también serían un factor de riesgo de contraer la enfermedad, con lo cual aumentaba también el riesgo de muerte. En este sentido, ¿la enfermedad se limita, entonces, a sus determinantes biológicos? ¿Deberían tomarse, en ese talante, decisiones políticas con base en dichas determinantes? ¿Cuáles otras condiciones intervinieron en la situación de las personas adultas mayores en la toma de decisiones y medidas emergentes por parte de los gobiernos para hacer frente a la pandemia?

Así, de acuerdo con estadísticas presentadas por cada uno de los países que aquí se mencionan, Chile, España y México se encuentran entre las naciones con un mayor número de contagios y muertes por millón de habitantes por la Covid-19. Este hecho fue multifactorial en cada uno de los casos, entre los cuales se pueden mencionar aquellos que obedecen a la incidencia de comorbilidades durante la vejez, hasta las tomas de decisiones traducidas en políticas, programas, acciones y omisiones gubernamentales que afectaron de diversos modos a la población de personas mayores.

Hasta el 8 de septiembre de 2022, la mayoría de casos fatales de la Covid-19 registrados en América Latina y el Caribe ocurrieron en Brasil. Con un total de 684 425 fallecidos, Brasil es el país más afectado por esta pandemia en la región. México, por su parte, ha registrado 329 652 muertes por coronavirus. En el caso de Chile se registran 60 696 y en España 113 130 (Statista Research Department, 2023).

En el caso de México, para finales de 2020, más del 80 % de las muertes por COVID-19 se concentró en los grupos de edad de 60 y más años. De acuerdo con la Estadística de Defunciones Registradas (EDR), de marzo de 2020 a enero de 2023 hay 334 107 defunciones, de las cuales, 209 899 corresponden a personas de 60 años y más, que corresponde al 62.8% lo que implica que la población mayor presentó el porcentaje más alto de las defunciones, entre las cuales se nota una diferencia significativa en el porcentaje de acuerdo a sexo, pues del total de muertes por la Covid-19 registradas, el 38.47% corresponde a mujeres, mientras que el 61.53% acaeció entre la población de hombres (CONACYT, 2023). En México no existe un registro oficial del número de personas fallecidas al interior de residencias de cuidado de larga estadía, dado que, si bien existen instancias federales como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y sus símiles en cada una de las 32 entidades federativas, ninguna de estas instancias ha reportado cifras al respecto, por lo que los casos conocidos fueron reportados en periódicos nacionales y estatales, con un número que oscila entre las 300 y las 700 muertes a nivel nacional, por lo que la mayoría de los casos letales se dieron al interior de hogares familiares.

Por su parte, en España, sobre la situación de las personas mayores en las residencias, entre marzo de 2021 y febrero de 2023 el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), junto a otros organismos como el Ministerio de Sanidad, publicaba semanalmente datos sobre contagios y decesos en esos centros. En total, se menciona que poco más de 34 000 personas fallecieron a causa del coronavirus y aproximadamente 270 000 contrajeron la enfermedad. Llama la atención el hecho de que durante la primera ola de contagios y muertes por COVID-19, en España el 82% de muertes acaecieron entre personas de 70 y más años, de las cuales, más del 62% se dieron al interior de residencias geriátricas (Sánchez, Olivares y Ordaz, 2020). También, durante los primeros 5 meses de la primera ola de contagios, la mortalidad a causa de la Covid-19 de acuerdo al sexo, era prácticamente pareja; sin embargo, un año después, la diferencia sería más marcada: 55% de las muertes sucedió en la población de varones mientras que 44% entre mujeres.

En el caso de Chile, hasta la semana epidemiológica 12 del año 2022 se registraron 551 915 casos de COVID-19 en personas de 60 años y más, de los cuales cerca de 48 499 fallecieron. (Ministerio de Salud, 2022) Para finales de agosto del 2020, más del 80% de las 11 000 muertes registradas correspondía a personas de 60 y más años, con una predominancia de muertes en hombres respecto al de mujeres. En lo concerniente al número de personas fallecidas al interior de Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), no se tiene un registro exacto, pero del total de dichas

instancias, al menos 26% reportaron una muerte entre la población de personas mayores a causa de la Covid-19 (Guzmán-Montes et al., 2022, p. 1670).

Además del número de defunciones, otras dimensiones de los efectos de la mortalidad por la COVID-19 es la posible disminución de la esperanza de vida al nacer y los años potenciales de vida perdidos (APVP) (Novak y Vázquez-Castillo, 2021, p. 180), lo cual redundará en diversos efectos tanto en el volumen como en la estructura demográfica de los países más afectados.

Metodología

Las variables que se tomaron en cuenta fueron el exceso de mortalidad entre las personas mayores de 60 y más años de cada uno de los países, así como el número de fallecidos al interior de residencias de cuidados de larga estadía, si bien en el caso de México y Chile no se cuentan con datos específicos debido a que las instancias gubernamentales no han realizado ningún reporte al respecto hasta la fecha. También se consideraron los porcentajes de muertes de acuerdo al sexo entre la población de personas mayores. Cabe aclarar que no se buscó realizar un estudio comparativo cuantitativo entre los tres países, en gran medida por las diferencias demográficas —México, 130 millones de personas, Chile 19 millones de personas y España con 47 millones, cada uno con diferentes procesos de envejecimiento poblacional—.

Los observables cualitativos obedecen a las medidas tomadas por los respectivos gobiernos de los tres países con relación a los regímenes políticos, ideológicos y de bienestar de acuerdo con la adherencia política a nivel federal para cada país: liberal en el caso de Chile y de gobiernos de izquierda en el caso de México y España, cada una con sus salvedades de acuerdo con los discursos y acciones específicas que afectaron de diferentes formas a la población de mayores. Estos datos fueron retomados de la comunicación gubernamental a través de canales oficiales, así como de notas periodísticas contenidas en diferentes fuentes, predominantemente virtuales.

Para la descripción temporal, se tomaron en cuenta datos de las llamadas dos “primeras olas” de contagios y muertes por la Covid-19 en los tres países, es decir, la mayor parte de los datos corresponden al año 2020.

Las políticas públicas a personas mayores en un Estado de excepción

Ante la inminente amenaza del COVID-19, los países tuvieron que tomar decisiones e implementaron una serie de políticas en distintas áreas que le competen al Estado,

una de las principales acciones a realizar son las que buscaban mitigar y contener la expansión de la enfermedad. En el caso de México, las estrategias sanitarias implementadas por el gobierno para la contención y mitigación de COVID-19 quedaron establecidas en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 24 de marzo de 2020, a partir de la cual se fue actualizando periódicamente. En el documento se indicaron las medidas preventivas contra la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) que las autoridades civiles, militares y los particulares, así como las dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno, estuvieron obligadas a instrumentar (Secretaría de Salud, 2020). Estas medidas fueron aquellas intervenciones comunitarias que tienen por objetivo mitigar la transmisión poblacional del virus SARS-CoV2 a través del distanciamiento social y lograr disminuir el número de contagios y la propagación de la enfermedad, aplicando la Jornada Nacional de Sana Distancia.

En México, se restringió la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos a los adultos mayores de 65 años o más. Se suspendieron todas las actividades presenciales en las escuelas a todos niveles, así como las actividades de las instituciones públicas en las que participan las personas mayores: clubes de adultos mayores, centros diurnos, centros de desarrollo comunitario y servicios de salud, en el marco de la suspensión temporal de las actividades de los sectores público, social y privado que involucraran la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas (Secretaría de Salud, 2020).

En el caso de Jalisco, México, respecto a las medidas de Protocolo de acción ante Covid-19 en el Sector Comercio se estableció que “En ninguna circunstancia debe atender a los clientes alguna persona de los grupos vulnerables: personas mayores, mujeres embarazadas, cualquier persona con antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedades respiratorias, así como los inmunodeprimidos.” Y se solicitaba “Colocar al ingreso y en lugares visibles leyendas que recomienden a los clientes, asistir solos a realizar sus compras e invitar a que no asistan niños menores de 12 años ni personas de la tercera edad” (Gobierno de Jalisco, 2021).

A su vez, en el marco de la campaña de prevención se hizo evidente, por un lado, la constante señalización del cuidado de las personas mayores por parte de la sociedad (al ser el grupo más vulnerable ante la COVID-19) fue eje central en las campañas de prevención respecto la COVID-19, pues la información constante es que fueron el grupo de mayor riesgo, ya que la enfermedad puede evolucionar en neumonía y eventualmente la muerte, lo que generó la creencia de que esta enfermedad únicamente afectaba a las personas mayores o que solo en ellos se agravaba. Por otro lado, se ubicó a esta población como un grupo vulnerable ante la COVID-19: “son el grupo de población más vulnerable ante la pandemia por Covid-19, por lo que esta medida preventiva debe mantenerse”

(Santos, 2021), y por dicha situación a todos los demás nos invitaban a cuidarnos, para cuidarlos a ellos. El discurso general de la jornada de sana distancia puso en el centro de atención a la población mayor, se invitaba y buscaba hacer conciencia de la importancia de cuidarnos de la COVID-19 con el objetivo de proteger a las personas de 60 años y más.

A estas medidas se sumó en México la polémica generada por el borrador de la *Guía de Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica*, que se publicó el 15 de abril de 2020, por el Consejo de Salubridad General, en el que se establecieron criterios para orientar la toma de decisiones de triage cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer, como la situación que se preveía. Mediante esta guía se buscó orientar el empleo de los escasos recursos médicos y técnicos. Por ejemplo, a quién se le debe asignar una máquina de oxigenación cuando se tenga a dos pacientes que se pueden beneficiar de ella. En la guía se señalaba como fundamento el concepto de *justicia social*, sin embargo, enunciaban como criterio de decisión “la mayor cantidad de vidas por completarse”, lo cual por obvias razones ponía en desventaja a la población con más años (Consejo de Salubridad General, 2020).

Respecto a las estrategias para prevenir la transmisión de COVID-19 en residencias de personas mayores, y con información actualizada al 9 de septiembre de 2020, en México la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Geriátrica establecieron la restricción a todas las visitas en estos espacios durante la Jornada de Sana Distancia, a menos que sea una situación especial o extraordinaria como las intervenciones para atender el final de la vida de una persona mayor residente. En varios países se limitaron o se suspendieron temporalmente, hasta por año y medio, las visitas a centros de atención residencial en un intento por evitar la propagación de la COVID-19, como indicó Huenchuan (2020) fueron pocos los cuestionamientos sobre dicha medida, que traería consigo consecuencias significativas para la salud mental y bienestar de las personas mayores.

Dentro de estas primeras medidas para prevenir la propagación del virus en Chile para el 23 marzo 2020 se inició la cuarentena preventiva obligatoria para las personas mayores de 80 años, pero para mayo de 2020 se bajó a 75 años la edad, sin importar la comuna donde vivieran. Esto significaba que debían permanecer obligatoriamente en sus hogares y evitar visitas en la medida de lo posible, únicamente se podía acudir en caso de atención a su salud, cuidados y la provisión de alimentos. En estas condiciones se estableció un horario para que los adultos mayores pudieran adquirir productos esenciales: Las personas mayores de 80 años, residentes en comunas en Paso 1 –Cuarentena– todos los días y en Paso 2 –Transición– los fines de semana, podían realizar compras de bienes esenciales, sin necesidad de portar un permiso temporal individual, hasta las 10.30 horas. En caso de necesitar un acompañante este debía llevar un permiso

(Gobierno de Chile, 2021). También se consideró un toque de queda de 10 p.m. a 5 a.m., con excepciones de emergencias médicas o la muerte de un familiar inmediato.

En el caso de las residencias o establecimientos de larga estadía en las Fases 3 y 4; el Protocolo de recomendaciones para la Prevención y Atención de la COVID-19 en Centros Residenciales, Ambulatorios y Clubes de Adultos Mayores (Ministerio de Salud Ord. B1 N°866) se tomaron como medidas de aislamiento la restricción de visitas, que inicialmente se consideró para treinta días, pero conforme avanzó la pandemia se sumaron más días. En el caso de los condominios de viviendas tuteladas se indicó “Evitar en lo posible el ingreso de visitas a los domicilios, y que estas únicamente se realicen cuando sea estrictamente necesario (atención de salud, provisión de alimentos, cuidados y apoyos)” (Ministerio de Salud Ord. B1 N°866) y se suspendió el funcionamiento de todos los centros diurnos, así como la realización de actividades para clubes de adultos mayores. Otro aspecto para tomar en cuenta es que la atención a la salud y cirugías programadas fueron pospuestas hasta que se resolviese la emergencia sanitaria por COVID-19.

Estas medidas trajeron consigo inconformidad, dando muestra de ello el conductor de radio y televisión Patricio Bañados de 85 años quien escribió: “Frente a la medida de liberación parcial, declaró, con ironía: para todos los ancianitos, a los que el médico nos recomienda caminar sin falta una vez al día, esto se demoró una eternidad. Hasta hace poco se podía sacar a pasear perritos, pero no a abuelitas y abuelitos” (Torres, 2020).

En España, por su parte, las restricciones para frenar la expansión de la COVID-19 implicaron confinamientos parciales, los ciudadanos solo se podían mover dentro de su municipio, aunque podrán salir de él por causas justificadas, además de las medidas de confinamiento central, se llevó a cabo la dotación de recursos a los municipios para que entregaran a domicilio comida, productos de primera necesidad y farmacéuticos para las personas mayores y evitar así que tuvieran que salir de casa para obtenerlos. Hubo periodos en los que los habitantes de la capital, Madrid, no podían abandonarla, independientemente de las restricciones impuestas por la región en varias zonas sanitarias (Matos, 2020). Para mayo de 2020 España estableció una desescalada del estado de alarma por la pandemia de coronavirus con la entrada en vigor de nuevas medidas de alivio, ahora se podría pasear, hacer deporte y hasta ir al huerto, pero con limitaciones y con unas franjas horarias determinadas. Aquellas personas que requirieran salir acompañadas por motivos de necesidad y las personas mayores de 70 de años podrían practicar deporte individual y pasear entre las 10:00 horas y las 12:00 horas y entre las 19:00 horas y las 20:00 horas. Las personas mayores de 70 años podían salir acompañadas de una persona conviviente de entre 14 y 70 años (BOE, 2020).

Respecto a los protocolos de atención a personas con COVID-19, para la Comunidad de Madrid se emitieron documentos en los que se utilizaron criterios sobre edad y fragilidad. Por ejemplo, en Cataluña, el Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) recomendó no ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, aunque se establecía “el criterio del médico de cada paciente” las personas que acudían al servicio de salud no podían consultar a un médico o médica. Amnistía Internacional (2020) identificó que la decisión práctica de no derivar se aplicó de forma automatizada y en bloque, sin llevar a cabo valoraciones individualizadas a partir de diversos protocolos que establecieron instrucciones y criterios para valorar la derivación o no de personas de residencias y/o mayores a hospitales e incluían instrucciones de cuidados paliativos. De igual forma, en las residencias para personas mayores se implementaron la legislación vigente y múltiples protocolos, que resultaron en la prohibición absoluta de las visitas, un estricto confinamiento en sus habitaciones, restricción de visitas y la cancelación de las actividades normales (Amnistía Internacional, 2020).

Para analizar estas medidas, se deben considerar tres conceptos, el Estado entendido como esta gran estructura política administrada racional e ideológicamente (Weber, 2004, p. 53), el *régimen de bienestar* considerado como el dispositivo sustentado tanto ideológica como racionalmente para atender a las necesidades y satisfacer los problemas de una determinada sociedad (Elder y Cobb, 1984, p. 77) y la *política pública* como su dispositivo específico en este caso de atención a las personas en situaciones normales (Aguilar, 2009). El Estado en su condición de concepto tiene hasta 17 diferentes significados y hasta 56 locuciones y ejemplos, pero para todos hay algo en común que es la regularidad, el Estado entonces hay que comprenderlo como esta regularidad que busca reproducir un tipo de sistema y que con base en ello se hacen las políticas públicas para atender a una población.

Se toma en consideración la cuestión del Estado moderno, porque está marcado en gran medida por las discusiones viejas de los contractualistas del Estado racional desde la perspectiva weberiana que transita entre las formas de dominación ideológica y tradicionales hacia una burocratización y una racionalización progresiva en la administración del Estado, considerado este como una cuestión empresarial: para que haya egresos tiene que haber ingresos, para identificar problemas tiene que haber una inversión y para solucionarlos tiene que haber una inversión más. El papel del Estado se ha desplazado últimamente más hacia los aspectos de libre mercado y menos a la gubernamentalidad (Welti-Chanes, 2013, p. 30), aunque eso se puso en tela de juicio en esta pandemia. Unos exigen más Estado y menos mercado, mientras que las necesidades de la coyuntura parecieron demostrar la necesidad de que el Estado retomara las riendas sociales.

Algo que tienen en común las políticas públicas en cualquier régimen es el procurar el bienestar social como papel central del Estado, cada uno con sus matices, alcances y limitaciones propias. De acuerdo con Aguilar (2019, p. 2), las políticas públicas están impregnadas de lo que en la tradición anglosajona se conoce como *polity* -el “arte de gobernar” con un alto contenido ideológico y discursivo-, como de *policy* -es decir, la instrumentación de la política a partir de aspectos técnicos con una base racional-ideal-, y ésta última está compuesta, además, por dos elementos esenciales, el institucional y el técnico. Si bien para fines esquemáticos y analíticos conviene tomar en cuenta la diferenciación anglosajona, no se puede soslayar el hecho de que las decisiones corresponden tanto al campo de la ideología y lo institucional: la valoración o desvaloración de los problemas y de quiénes se ven implicados en ellos es un punto central a considerar.

En términos sencillos y de acuerdo con Ordoñez y Flores (2022, p. 83), la existencia del Estado se debe entender con relación a sus funciones racionales que oscilan entre garantizar la libertad de los ciudadanos y limitar las acciones tanto de gobernados como de gobiernos a partir de normas jurídicas bien establecidas, lo que supone la búsqueda del cumplimiento de una “razón de Estado” en última instancia al tomar decisiones. En este sentido, el Estado se erige sobre 5 pilares representativos: el principio geográfico, el principio demográfico, los recursos que son desde los económicos hasta los recursos naturales y humanos, la administración económica y el Ejército y los cuerpos judiciales y, todo esto, idealmente con independencia de sentimientos, adhesiones o preferencias ideológicas de todo tipo. Pero, principalmente, consideramos al Estado desde una perspectiva dual y paralela, entre el Estado como un puntal ideológico, un puntal de liderazgos y una cuestión de reproducción de ciertas formas tradicionales de hacer política basado sobre la diversidad de subjetividades que a su vez se sustentan, estas sí, sobre aspectos *irracionales* -en el sentido weberiano del término- como lo son los sustratos culturales, ideológicos y emociones y la forma en cómo influyen sobre de la manera en que se implementan políticas públicas y sociales para solucionar problemas identificados, los cuales se corresponden con una agenda instrumentalizada por sujetos *de carne y hueso*. Se parte desde la perspectiva de Foucault, acerca de ese sentido del Estado moderno que no solamente se erige sobre el liberalismo como una cuestión ideológica, sino que también es una forma de hacer, lo que se conoce como una *Tekné* (Foucault, 2007); una forma de racionalidad que busca incidir sobre la subjetividad de las personas a través de dispositivos. Esta cuestión de los dispositivos políticos pueden ser muy amplia y vaga desde la propia perspectiva de Foucault, pero que, si los identificamos en momentos específicos, tiene que ver precisamente con estas disposiciones estatales para hacerle frente a una crisis, estas formas de identificar a través de mecanismos que buscan satisfacer las necesidades

de una determinada población en la que se deben tomar en cuenta los arreglos entre el Estado, el mercado y la familia; mecanismos que, además, están fuertemente influenciados por una base ideológica y racional al mismo tiempo.

Los regímenes de bienestar en tanto productos del “arte de hacer política” y la instrumentalización de la política de acuerdo con los recursos y la distribución de éstos con relación a las agendas nacionales, Barba (2007, p. 99) se apoyó sobre la propuesta de Esping-Andersen para identificar los tres elementos que los componen: la relación histórica entre mercado, Estado y esfera doméstica; el concepto de “bienestar social”, basado en las posiciones sociales que ocupan los sujetos en la dinámica del mercado laboral, lo que los convierte en objetos o sujetos de derecho; los efectos de los regímenes de bienestar en lo individual y lo particular.

En concordancia con esto, hay que identificar los *riesgos sociales*: hay dos grandes formas de identificar estos riesgos sociales, unos son las externalidades, como pueden ser la privatización de los servicios de salud, lo que en el caso de Chile es muy notorio, lo mismo en el caso de España, cuyas privatizaciones de las funciones en los sistemas de salud y seguridad social se han estado llevando a cabo de manera paulatina; en México se frenó la tendencia a partir de 2018 con la entrada de un gobierno que se declaró abiertamente “antineoliberal”. La privatización de los servicios de salud afecta a sus poblaciones de manera importante al no permitir el acceso a la salud -que en un momento antes de la pandemia eran importantes pero que después de la pandemia vinieron a poner en tela de juicio si el mercado es o no suficiente para hacerle frente a este tipo de eventualidades. La otra variable por considerar es la falta de información a nivel subjetivo en términos de coyunturas que el individuo no es capaz de prever y, por lo tanto, no tiene una capacidad de reacción para solucionarlas sino es a través de la intervención del Estado.

Dentro de esos tres regímenes podemos encontrar tres tipos de políticas públicas: las de corte liberal, cuyo enfoque de apoyo es residual, es decir, no soluciona los problemas, pero al menos tiene recursos para hacerles frente de manera paliativa, pensando en que el individuo tiene las capacidades porque el estado liberal y el capitalismo así lo permiten, como en el caso de Chile. El enfoque corporativo y de cierto tipo de liberalismo social, son más de esos países que tienen una tradición socialdemócrata como los países escandinavos y los Países Bajos; este tipo también se buscó implementar en España, sobre todo con el cambio político con la entrada del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), quienes buscaron frenar precisamente las cuestiones de la privatización que se estaba dando en el país ibérico. Finalmente, el enfoque dual que es el que México ha tratado de dar con un viraje desde la entrada de López Obrador a la presidencia,

enfoque que, sin embargo, no ha sido suficiente para hacerle frente al problema de la pandemia y eso lo demuestran las cifras que son alarmantes en el número de muertes y de personas que dejaron de ser atendidas en un momento determinado.

¿Por qué se evoca el “Estado de excepción” como un punto de partida en la toma de decisiones en torno a las políticas públicas con relación a las personas mayores durante la pandemia por COVID-19? Los regímenes de bienestar funcionan en torno a la propia raíz etimológica de *Estado*, en cuanto a. la regularidad manifiestan en situaciones relativamente normales en el espacio y en el tiempo y, por lo tanto, *normativas*, es decir, que guían o buscan guiar la conducta individual y colectiva de acuerdo con normas jurídicas establecidas, mismas que se basan formalmente en la democracia y la libertad y, en consecuencia, en el respeto irrestricto de los derechos humanos. Sin embargo, la propia *razón de Estado*, es decir, la supervivencia y prevalencia del Estado por encima de cualquier coyuntura o problemática y con independencia de los individuos como unidades sociales, se ejerce a través de la soberanía traducida en la capacidad del ejercicio de poder sobre ciudadanos y sobre la propia *Rex Publica*, lo que puede significar una pausa en el respeto de los derechos en detrimento de los sujetos. Schmitt (2009, p. 11) ilustró sobre este aspecto de manera clara y concisa: el Estado se erige sobre la capacidad de decisión soberana; la soberanía en tanto ejercicio del poder no debería tener una pausa, como sí la tiene el decurso de la historia a través de conflagraciones, muy al contrario: la soberanía se muestra de manera más clara ante el Estado de excepción, es decir, en la toma de decisiones sobre todos los ámbitos de la vida, se puede decir, los largos brazos del Leviatán alcanzando cada uno de sus objetivos.

Atendiendo a la tesis central, si bien en cada país de los mencionados en este texto se buscó la protección de la vida de las personas, las decisiones se basaron en gran medida a partir de considerar a la presencia del virus y la pandemia como una situación extraordinaria que requirió tomar decisiones y llevar a cabo acciones propias de un estado de guerra y excepción, donde la constante fue una menor valoración de las vidas viejas.

Entre el Caribdis y el Escila de las políticas públicas emergentes: prevención y protección o libertad y respeto irrestricto de los derechos de las personas mayores ante un Estado de excepción que ha mostrado en gran medida que el mundo no es un lugar en el que la opulencia ni la racionalidad en la asignación de recursos hayan logrado tener buenos resultados en materia de reducción de muertes de personas adultas mayores, al menos durante las primeras olas y en los países que se ocupa este texto. El discurso de la modernidad y las prácticas del capitalismo, que aún permean a los diferentes gobiernos y regímenes de bienestar, es el ser productivo, el progreso, la evolución,

todos valores e ideales que, de alguna manera, se ligan o son adyacentes a la juventud: la tragedia radica, entonces, en que la vejez como etapa de la vida y el envejecimiento poblacional como producto de la modernidad, no encajan con ésta por considerárseles como problemas. De lo que se trata, pues, es de la valorización de la vida.

Discusión

La pandemia desmoronó en la práctica aquellos esfuerzos de reconocimiento de la vejez que se dieron en las décadas precedentes a través de los acuerdos, las declaraciones de derechos, los espacios públicos pensados para y desde las personas adultas mayores.

Giorgio Agamben identifica dos grandes conceptos de lo que es la vida, *Bios* y *Zöe*; la *zöe* es la vida en sí misma de cualquier ser vivo, valga la redundancia, que podrían ser los dioses, los animales, las plantas y los hombres; y el *bios* que es la vida cualificada que Agamben conceptualiza como *la vida digna de vivir*, que puede en un momento y, paradójicamente, ser coartada en un Estado de excepción. Él identifica en el nazismo que el Estado de excepción tiene esta connotación de permitir que el soberano decida si alguien puede sacrificarse de manera legal de acuerdo con el principio de la vida digna o no de vivir (Agamben, 2016, pp. 9-23); para el filósofo los actuales gobiernos se asemejan más de lo que desearían al régimen nazi en lo que respecta al poder soberano sobre la vida de los ciudadanos.

Durante la pandemia todos, pero particularmente las generaciones más envejecidas, experimentaron el estar encerrados en una vida políticamente desprotegida; permanentemente expuesta a la muerte. Como indican Del Prado Higuera y Duque-Silva (2021) las personas mayores se convirtieron en un *musselman* del siglo XXI, un ser resignado a morir que es a la vez insaclicable, en la medida en que su muerte no es ordenada directamente, sino que se espera como un resultado natural e inevitable.

En este sentido, se relaciona con la implementación de políticas públicas emergentes que finalmente no tendrían un efecto positivo en la reducción de muertes de personas mayores como se hubiera querido, ya que, éstas se anclan a un proceso histórico de políticas públicas que no han logrado cubrir los derechos y necesidades de la población. En el caso de Foucault, identificamos lo que es el liberalismo y la *tekné*, el liberalismo entendido no solamente como una ideología sino como una forma de hacer, atravesada por la racionalidad que busca establecer los canales entre la normalidad y la anormalidad; para él hay dos grandes modelos: el modelo del leproso, que era el de lanzar fuera a las personas que estaban enfermas, a los desviados en un momento determinado y que después, precisamente con la aparición de pandemias y con la

instauración del capitalismo hacia el siglo XVII se da modelo del Gran Encierro, un viraje hacia la selección de las personas por sus condiciones de anormalidad para ser integradas en un dispositivo de subjetivación (Foucault, 2000, p. 51). Con esto se dio cuenta de que el aislamiento para el caso de personas adultas mayores cumple con ciertas características del modelo del gran encierro, sobre todo en este Estado de excepción, que además lo que hace es no permitir el acceso a ciertos recursos esenciales y pasan de ser sujetos de derecho a ser objetos de política pública.

Conclusiones

Durante la pandemia, si la elección entre salvar a una persona joven o a una persona mayor a través de otorgar un respirador bajo la premisa de quien “tiene toda una vida por delante”, no se consideró como un acto criminal, nos pone frente a frente con el biopoder; ya que como indican Del Prado Higuera y Duque-Silva (2021) si el sentido de esa elección tiende a naturalizarse, es porque en esa normalización del horror radica la esencia de la administración del poder en la edad contemporánea, un poder que, literalmente, impulsa una vida y acaba con otra.

La población mayor ha sido, quizá, el grupo de mayor relevancia para este momento histórico, por un lado, el cuidado de las personas mayores ha sido eje central en las campañas de prevención respecto al COVID-19, colocándolos como el grupo de mayor riesgo, ya que, la enfermedad podría evolucionar en neumonía y eventualmente la muerte. Las estadísticas y las imágenes que llegaron de todas partes del mundo confirmaban ese temor. Lo que propició una idea limitada sobre el COVID-19, considerándola como una enfermedad de viejos o que solo atañe a personas mayores.

Pero esta condición de vulnerabilidad respecto a las personas mayores implicó, fue el punto de organización a partir del cual se nos invitaba a cuidarnos, para cuidarlos a ellos. Las decisiones y políticas durante la pandemia, han puesto en evidencia la forma en que la sociedad concibe la vejez, se reconoce, que la seguimos pensando como una etapa menos válida, menos valorada en relación con otras, lo que lleva a establecer las prácticas, actitudes, comportamientos y distribución de recursos hacia el grupo de personas mayores, como indica Megret (2011): “No es la vejez la que dificulta el ejercicio de los derechos humanos, es la concepción de la vejez la que niega el goce de esos derechos”.

La pandemia ha puesto en evidencia la discriminación por edad y los estereotipos hacia la vejez más arraigados en nuestra sociedad, como una estructura de dominación que coloca a este sector de la población en desventaja a otras clases de edad. La discriminación en razón de edad, es “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en

la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada” de acuerdo a La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Se debe reconocer y estipular que las personas mayores son sujetos de intervención, y no objetos de intervención, ya que la política de atención durante la pandemia los ha colocado en una posición de objetos de cuidado y no sujetos de cuidado. El 1 de mayo de 2020, en su condición de titular de la ONU, pero también de persona mayor, António Guterres lanzaba una iniciativa para defender los derechos de personas mayores y recordar que “ninguna persona, joven o vieja, es prescindible/sustituible”. Toda respuesta social, económica y humanitaria al COVID-19 debe tener en cuenta las necesidades y la opinión de las personas mayores.

Lo que implica que se desdibuje a los adultos mayores como protagonistas de su propio cuidado, y, por tanto, de su capacidad de decisión e independencia.

Referencias

- [1] Agamben, G. (2016). *Homo Sacer. El poder soberano y la vida nuda*. Pre-Textos.
- [2] Amnistía Internacional. (2020). *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia covid-19 en España*. Amnistía Internacional España.
- [3] Aguilar, L. F. (2009). Marco para el análisis de las políticas públicas. En *Política pública y democracia en América Latina* (pp. 1-22). EGAP - Miguel Ángel Porrúa.
- [4] Aromando, J. (2003). Una visión sobre la perspectiva educativa y cultural del adulto mayor en MERCOSUR [presentación de ponencia]. *VII Jornadas Nacionales de Estudios de Población (AEPA)*, Tafi del Valle, Argentina. Biblioteca Red Adultos Mayores (RAM, en línea).
- [5] Barba, C. (2007). *¿Reducir la pobreza o construir ciudadanía social para todos? América Latina: regímenes de bienestar en transición al iniciar el siglo XXI*. Universidad de Guadalajara.
- [6] Gobierno de España. (2020). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/19/snd265/con>
- [7] Cardona, D. y Pélaez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- [8] Cobb, R. y Elder, C. (1984). Agenda-building and the politics of aging. *Policy Science Journal*, 1(13), 115-129.

- [9] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2012). *América Latina experimenta proceso de envejecimiento poblacional inexorable*. https://www.cepal.org/notas/74/EnFoco_2
- [10] Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (2002, 25 de junio). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. *Diario Oficial*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam/LDPAM_orig_25jun02.pdf
- [11] Consejo de Salubridad General. (2020). *Guía Bioética para Asignación de recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*. Gobierno Federal.
- [12] Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT). (2023). *Información general COVID-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>
- [13] Del Prado Higuera, C. y Duque-Silva, G. A. (2021). *Agamben tiene razón: COVID 19 y estado de excepción permanente*. *Bajo Palabra*, 27, 105-124. <https://doi.org/10.15366/bp2021.27.005>
- [14] Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2020). *Adultos mayores en Chile: ¿cuántos hay? ¿dónde viven? Y ¿en qué trabajan?* <http://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>
- [15] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Comunicado de prensa Núm. 133/23*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022_3t.pdf
- [16] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2023). *Protección al mayor*. <https://imserso.es/espacio-mayores/espacio-juridico/proteccion-al-mayor>
- [17] Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.
- [18] Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el College de France (1978.1979)*. Fondo de Cultura Económica.
- [19] Gobierno de Chile. (2021). *Instructivo para permisos de desplazamiento*. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/-Fases_3_y_4_Protocolo_COVID-19_y_Personas_Mayores_-002.pdf
- [20] Gobierno de Jalisco. (2021). *Jalisco ante la pandemia: evaluación y ajustes*. https://www.jalisco.gob.mx/sites/default/files/ampliacion_de_aforos_y_horarios.pdf
- [21] Guzmán-Montes, R., Sarmiento-Loayza, L., Bonatti-Paredes, C., Gallegos-Cárdenas, A. y Villalobos-Dintrans, P. (2022). *COVID-19 y personas mayores en Chile: lecciones de dos años de pandemia*. *Revista médica de Chile*, 150(12), 1664-1673. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022001201664>

- [22] Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Cepal.
- [23] Huenchuan, S. (2020). *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19* (LC/MEX/TS.2020/9). Cepal.
- [24] Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Cepal. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39146.pdf>
- [25] Instituto Nacional de Geriátrica. (2020). *Prevención de Enfermedad por Coronavirus 2019 en Residencias de Personas Mayores*. Gobierno Federal.
- [26] Kehl, S., y Fernández, J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 125-161. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0101110125A>
- [27] Matos, M. (2020). Qué podrá hacer y que no si aplican restricciones en su municipio. *El País* https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/09/30/economia/1601466851_371853.html
- [28] Megret, F. (2011). The Human Rights of Older Persons: A Growing Challenge. *Human Rights Law Review*, 11(1), [en línea]. <https://academic.oup.com/hrlr/article-abstract/11/1/37/652960?login=false>
- [29] Ministerio de Relaciones Exteriores. (2017, 7 de octubre). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Decreto 162. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>
- [30] Ministerio de Salud. (2022). *Informe epidemiológico COVID-19 en personas de 60 años y más Chile, hasta la semana epidemiológica 12 de 2022*. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/PM_COVID_SE_12_2022.pdf
- [31] Nikken, P. (2010). La protección de los derechos humanos: haciendo efectiva la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista IIDH*, 52, 55-140. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25563.pdf>
- [32] Novak, B. y Vázquez-Castillo, P. (2021) Año y medio de pandemia: años de vida perdidos debido al COVID-19 en México. *Notas de población*, 112, 171-191. <https://hdl.handle.net/11362/47700>
- [33] OMS (2020). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- [34] Ordoñez, J. y Flores, A. (2022). El “Estado de excepción” ¿Un instrumento de la democracia? *Revista de Derecho*, 57, 83-104.
- [35] Pérez-Díaz, J. et. al., (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. *Indicadores estadísticos básico. Envejecimiento en red*, 25, 1-39.
- [36] Sánchez, R., Oliveres, V. y Ordaz, A. (2020). Más de 45.000 personas murieron a causa de la COVID en la primera ola de la pandemia en España. *ElDiario.es*. <https://www.>

eldiario.es/datos/45-000-personas-murieron-causa-covid-primer-ola-pandemia-espana_1_6494110.html

- [37] Santos, J. (2021). Jalisco rechaza medidas de la CEJDH sobre adultos mayores. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/02/10/estados/jalisco-rechaza-medidas-de-la-chedh-sobre-adultos-mayores/>
- [38] Schmitt, K. (2009). *El concepto de lo político*. Alianza.
- [39] Statista Research Department. (2023). *Número de personas fallecidas a causa del coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe al 8 de septiembre de 2022, por país*. <https://es.statista.com/estadisticas/1105336/covid-19-numero-fallecidos-america-latina-caribe/>
- [40] Torres, X. (2020). *Tras cinco meses de confinamiento, los adultos mayores se han quedado en casa, pero con hambre y solos*. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/08/11/tras-cinco-meses-de-confinamiento-los-adultos-mayores-se-han-quedado-en-casa-pero-con-hambre-y-solos/>
- [41] Weber, M. (2004). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- [42] Welty-Chanes, C. (2013). Política social y envejecimiento. *Papeles de Población*, 19(77), 25-59. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794002.pdf>