

**[TRADUCCIÓN]****POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA PANDÉMICA: UN GRAN PODER CONLLEVA UNA GRAN RESPONSABILIDAD****PANDEMIC PUBLIC HEALTH POLICY: WITH GREAT POWER COMES GREAT RESPONSIBILITY<sup>1</sup>****EUZEBIUSZ JAMROZIK<sup>2</sup>**  
*(Oxford, UK)***GEORGE S. HERIOT<sup>3</sup>**  
*(Monash University, Australia)***Traducción:** Alahí Bianchini  
(Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio L. Gioja,  
Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Argentina)**Introducción**

En los últimos 6 meses, se ha generado una vasta cantidad de datos clínicos y epidemiológicos que describen el COVID-19 y su propagación en diversas poblaciones.

Con el lujo de la riqueza, la baja densidad de población y el aislamiento geográfico, Australia y Nueva Zelanda han evitado hasta ahora las cifras de casos observadas en otros lugares, lo que ha permitido a nuestros organismos de salud pública disponer de un tiempo valioso para aprender y prepararse. La defensa de esta posición privilegiada ha visto el uso de facultades de reserva de salud pública para implementar algunas de las políticas más restrictivas en el mundo. Aquellos que ejercen estas facultades tienen una extraordinaria responsabilidad ante la comunidad. Sostenemos que nuestros organismos de salud pública y nuestros gobiernos deben hacer lo posible por mejorar la transparencia de la comunicación de los riesgos del COVID-19, las justificaciones de las intervenciones restrictivas y los objetivos globales a largo plazo de la política de salud pública. Seis meses después, ya no es aceptable que esta responsabilidad

se difiera por motivos de emergencia. Sobre la base de los datos disponibles actualmente, ya es posible identificar al menos algunas políticas que probablemente se asocien a beneficios netos, otras que no son beneficiosas y otras que son injustas o, en conjunto, perjudiciales. Es una falsa dicotomía sugerir que deben aplicarse múltiples intervenciones a la vez o ninguna en absoluto, que las poblaciones deben elegir entre el "laissez faire" y el confinamiento ("lockdown"). Los organismos de salud pública tienen la responsabilidad de considerar cómo alcanzar los objetivos generales de salud pública con las estrategias menos restrictivas o que generen menos cargas y de sopesar cada intervención en función de sus méritos.

### **Proporcionalidad y comunicación de los riesgos**

Las políticas de salud pública destinadas a mitigar los daños del COVID-19 deben responder a su distribución, ser proporcionales a su magnitud e, idealmente, aplicarse con el asentimiento de la comunidad luego de una comunicación transparente. Aunque la epidemiología descriptiva del COVID-19 sigue siendo objeto de debate, no deben ignorarse ni eludirse las consistentes observaciones extraídas de los millones de casos que se han producido en otros lugares. Desde las primeras descripciones de los resultados de COVID-19<sup>4</sup>, la tendencia más llamativa ha sido la estrechísima asociación entre el avance de la edad y la mortalidad.

A diferencia de la gripe pandémica (influenza), en la que el aumento de la mortalidad de la enfermedad recae desproporcionadamente sobre los individuos más jóvenes<sup>5,6</sup>, el exceso de muertes por COVID-19 se está produciendo casi en su totalidad entre los adultos mayores<sup>7</sup>. Inicialmente, la asociación con la edad era evidente como un fenómeno relativo, con un aumento de 1000 veces en el riesgo de muerte observado en personas de 80 años en comparación con adultos jóvenes sanos<sup>4, 8</sup>. A medida que han ido apareciendo datos menos afectados por determinación diferencial (el infradiagnóstico relativo de la enfermedad más leve), está cada vez más claro que el riesgo absoluto de muerte por infección por COVID-19 entre los adultos jóvenes es extremadamente pequeño. A pesar de muchas decenas de miles de infecciones, este año no se han observado periodos de exceso de mortalidad en personas menores de 45 años en países europeos distintos de Inglaterra<sup>7</sup>; durante la epidemia de Inglaterra hasta ahora, aproximadamente 900 de los 33 millones de personas por debajo de la edad media del país de 40 años (alrededor de 1 de cada 36.000) ingresaron en unidades de cuidados intensivos debido a COVID-19<sup>9, 10</sup>. En Singapur, no se ha producido más de una muerte entre más de 53.000 infecciones en hombres en edad laboral que vivían en residencias de trabajadores<sup>11,12</sup>.

Aunque más complejo, el análisis a nivel de población también sugiere que el riesgo de muerte por COVID-19 está fuertemente asociado con la comorbilidad médica, la etnia no blanca y la privación económica<sup>13</sup>.

En este contexto, la afirmación de que "este virus no discrimina" es manifiestamente falsa. Los mensajes basados en el miedo dirigidos a adultos jóvenes sanos no son sinceros y corren el riesgo de erosionar la confianza en la pericia de la sanidad pública. Además, esta apelación al interés propio socava la solidaridad necesaria para gestionar las epidemias en sociedades integradas y es lo suficientemente poco convincente como para que sigan siendo necesarias medidas coercitivas (como grandes multas) para inclinar la balanza a favor del cumplimiento de las intervenciones restrictivas. Los mensajes de salud pública basados en el interés propio también nos invitan a considerar, por ejemplo, hasta qué punto los individuos aceptarían los daños de las medidas de control del COVID-19 si se les comunicara de forma transparente su riesgo de morir a causa de una epidemia de COVID-19. El peor escenario observado para el exceso de mortalidad por todas las causas a causa del COVID-19 sigue siendo la dramática epidemia, posiblemente no mitigada, que tuvo lugar en la ciudad de Nueva York de marzo a mayo de este año. Suponiendo que todo el exceso de muertes se debiera al COVID-19 (y no a los trastornos sanitarios y sociales), el exceso de riesgo de muerte para un neoyorquino promedio se situaría en torno a 3 de cada 1000<sup>15</sup>. En Suecia, durante el mismo período, este riesgo fue inferior a 0,5 de cada 1000<sup>16</sup> habitantes.

### **Cargas injustas**

Que un virus discrimina entre sus huéspedes potenciales es un hecho de la naturaleza pero las respuestas políticas impuestas a la comunidad no deben resultar en una discriminación injusta, ya sea por la imposición desproporcionada de cargas o por la redistribución injusta del daño. A menudo será razonable exigir a grupos específicos que se adhieran a políticas mínimamente gravosas pero eficaces: por ejemplo, la obligación de lavarse las manos entre los trabajadores sanitarios<sup>17,18</sup>. Sin embargo, cuando las cargas son desproporcionadamente altas (o se reparten injustamente entre la población), esto debería ser cuestionado. El confinamiento de las torres de viviendas públicas de Melbourne, excesivamente vigilada y con escasos recursos, supuso el confinamiento de 2.515 residentes en sus unidades bajo vigilancia policial durante 5-14 días. Durante este periodo, las pruebas sintomáticas identificaron más de 10 veces el número de individuos infecciosos en el resto del estado que los encontrados en el cribado universal de los residentes de las torres<sup>19</sup>. En

vista de la tasa mucho más alta de ataques secundarios entre los contactos domésticos que entre los contactos no domésticos<sup>20</sup>, y la ausencia generalizada de brotes en torres de departamentos que no sean dormitorios en otros entornos<sup>21</sup>, es difícil argumentar que estas intervenciones fueran algo más que un *cordón sanitario* (*cordon sanitaire*, en el original) discriminatorio y erróneo en medio de una transmisión comunitaria activa y una adhesión subóptima a intervenciones más eficaces y menos gravosas<sup>22, 23</sup>.

Incluso las medidas aplicadas de forma coherente en toda una población pueden dar lugar a resultados injustos. Las restricciones uniformes de la movilidad y el trabajo ("*lockdown*") ofrecen el mayor beneficio a quienes corren el riesgo de sufrir daños por COVID-19 y son capaces de mantener el aislamiento físico. Como tales, estas intervenciones reducirán predominantemente las muertes por COVID-19 entre las personas mayores ricas e independientes que no pertenecen a grupos socialmente marginados, mientras que los costes económicos recaerán desproporcionadamente sobre los demás<sup>24,25</sup>. Independientemente del grado en que el confinamiento reduzca el número total de casos, no logrará reducir la infección en la misma medida entre las personas más pobres, más marginadas socialmente y/o con empleos precarios<sup>26</sup>, ni entre el personal de hospitales y residencias de adultos mayores<sup>27</sup>. Si el confinamiento no logra prevenir la infección del personal sanitario de primera línea, las estrategias dirigidas no sólo serían menos costosas a nivel poblacional, sino también más eficaces para este fin<sup>28</sup>

### **Claridad de objetivos**

Los organismos de salud pública también deben ser transparentes sobre cómo se espera que las intervenciones restrictivas interrumpan los patrones locales de transmisión y los daños subsiguientes. Por ejemplo, si se van a mantener los mandatos anómalos de Victoria sobre el uso de mascarillas al aire libre, las restricciones al ejercicio al aire libre o los toques de queda nocturnos, es razonable esperar la presentación de datos locales que sugieran (a pesar de los informes de otros lugares<sup>21,29,30</sup>) que las propagaciones al aire libre y nocturnas están dando lugar a eventos de transmisión significativos. La ausencia de justificación de estas medidas extraordinarias sólo puede sugerir que o bien no se dispone de los datos necesarios en una forma analizable (una deficiencia sintomática de fallas más amplias en el rastreo de contactos que debe abordarse urgentemente<sup>31</sup>) o bien que estas intervenciones no están respaldadas por

datos cotejados (pero no publicados). La preferencia por intervenciones policiales pero ineficaces sería caprichosa e injustificable.

El cierre de escuelas perjudica a los niños<sup>32,33</sup>, y la contribución del cierre de escuelas al control de las epidemias de coronavirus sigue siendo controvertida<sup>34</sup>. La morbilidad entre los niños fue extremadamente rara durante la epidemia de COVID-19 en Estocolmo a pesar de la asistencia continuada de niños menores de 16 años a guarderías y escuelas<sup>35</sup>.

Durante el mismo período, los diagnósticos de COVID-19 entre los profesores suecos no fueron más comunes que en la población general<sup>36</sup>. También es improbable que las muy raras transmisiones domésticas derivadas de jóvenes pacientes cero<sup>20</sup> causen un daño significativo a sus padres (dado que la edad media de los padres de niños de 10 años en Australia es de 40-43 años<sup>37</sup>), a menos que sea a miembros de la familia con comorbilidades o al 25% de los abuelos que cuidan regularmente de sus nietos<sup>38</sup>.

Sin embargo, si la verdadera preocupación es la prevención del daño en lugar de simplemente el número de infecciones entonces las estrategias deben dirigirse a interrumpir la transmisión de niños a otras personas vulnerables en lugar de prevenir la transmisión entre niños sanos.

Del mismo modo, si la morbilidad y la mortalidad por COVID-19 son los principales resultados de interés (en lugar de simplemente los casos diagnosticados), esto socava la justificación de las políticas que mantienen bajo el número total de casos y no evitan la infección y la muerte de las personas que viven en residencias de ancianos, que representan al menos la mitad de todas las muertes por COVID-19<sup>39,40</sup>. Las estrategias de confinamiento o aislamiento son menos efectivas entre los trabajadores esenciales que a menudo tienen que trabajar en múltiples instalaciones<sup>41</sup>, y esto permite un riesgo continuo de introducción de la enfermedad. La prevención de los brotes en residencias de ancianos no es imposible aunque parece requerir un conjunto integral de intervenciones de control de infecciones, dotación de personal e instalaciones<sup>39,40</sup>. Estas intervenciones específicas serían beneficiosas para controlar la transmisión del COVID-19 a las personas que viven en residencias de ancianos, incluso en presencia de cierto grado de transmisión en la comunidad. Estas intervenciones dirigidas serían beneficiosas para controlar la transmisión de COVID-19 a los residentes de residencias de ancianos, incluso en presencia de cierto grado de transmisión comunitaria. La mejora del control de la infección en estos entornos en respuesta a la pandemia actual también reduciría los daños causados por enfermedades infecciosas perennes (incluida la gripe y los coronavirus del "resfriado común"<sup>44</sup>).

## **Efectos no deseados del confinamiento**

Se espera que tras el confinamiento se produzca una oleada de enfermedades no transmisibles, en particular debido a los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y cáncer, que en el futuro provocarán muertes evitables<sup>45, 48</sup>.

Otros daños para la salud directamente relacionados con el confinamiento incluyen el aumento de casos de problemas de salud mental debidos al aislamiento social, especialmente entre los jóvenes, las mujeres y los padres de niños pequeños<sup>49-51</sup>.

A largo plazo, la recesión económica exacerbada por el confinamiento tiene importantes consecuencias para la salud, incluida la salud mental, con predicciones de modelos recientes de un aumento de la tasa de suicidios en Australia de al menos un 13,7%<sup>52</sup>.

Que estos daños y su desigual distribución estén justificados por los beneficios a largo plazo para la población depende en parte de los objetivos políticos a largo plazo y de la probabilidad de alcanzarlos.

## **¿Cuáles son los objetivos a largo plazo de las políticas?**

Centrarse excesivamente en el número de casos a corto plazo (que incluye muchas infecciones leves o asintomáticas) distrae la atención acerca de los resultados de las políticas que probablemente sean más valiosos para la comunidad, como la reducción de los daños causados por el COVID-19 y, en términos más generales, la reducción a largo plazo de la morbilidad y la mortalidad de la población por cualquier causa. Las políticas de supresión sólo pueden alcanzar estos objetivos si se dispone de una vacuna altamente eficaz en un futuro próximo. Sin embargo, hay varias advertencias en la estrategia de *deus ex vaccinia*: el desarrollo de la vacuna puede llevar muchos meses o años<sup>50</sup>; la primera vacuna disponible puede ser sólo parcialmente eficaz (por ejemplo, alrededor del 50%<sup>51</sup> y / o menos eficaz en los grupos de riesgo), y los pequeños riesgos de la vacuna podrían superar los beneficios individuales de la vacunación en personas jóvenes y sanas.

Las facultades de reserva de salud pública conferidas por la declaración del estado de emergencia son un mecanismo justificable y necesario mediante el cual las sociedades pueden protegerse contra las amenazas emergentes. Sin embargo, en las democracias sanas se ponen límites a estos poderes por una buena razón. Las actuales medidas de emergencia pandémica son una apuesta por un resultado incierto (la disponibilidad de una vacuna segura y altamente eficaz) y su prolongación

más allá de los límites legislados indica el riesgo de la estrategia. Si hubiera una vacuna disponible durante nuestro primer año viviendo en estado de emergencia, algunas de las intervenciones más desproporcionadas podrían considerarse justificadas en retrospectiva. Cuanto más esperemos por una vacuna, menos proporcionadas serán estas intervenciones, lo que en última instancia resultará en un daño neto para la salud pública cuando los efectos no deseados del confinamiento superen los beneficios de evitar el COVID-19 en sí.

Además, incluso si una vacuna ofreciera una pronta liberación, seguiría sin haber justificación para las injusticias o políticas discriminatorias anteriores.

Vivimos en un mundo endémico de COVID-19 y mantener nuestro actual estado de gracia mediante un confinamiento estricto y una vigilancia incesante está plagado de dificultades y queda expuesto a su restablecimiento por accidente o malicia. El cierre de fronteras a largo plazo requiere restricciones draconianas, tanto para los ciudadanos como para los no ciudadanos, así como costes económicos potencialmente intolerables. Más allá de si merece la pena o no apostar por la disponibilidad a corto plazo de una vacuna altamente eficaz, nuestras comunidades merecen respuestas políticas transparentes, justas y proporcionadas, lo que no siempre ha sido el caso hasta la fecha.

### **Transparencia, justicia y proporcionalidad**

Los organismos de salud pública deben recopilar y comunicar de forma transparente los datos relativos a los daños por COVID-19, los contextos en los que se produce la transmisión de la enfermedad y los beneficios (o perjuicios) de las intervenciones de salud pública. Sobre la base de los datos actualmente disponibles, ya es posible identificar al menos algunas políticas que probablemente se asocien con beneficios netos, algunas que no son beneficiosas y otras que son injustas o, en conjunto, perjudiciales. Entre las políticas beneficiosas figuran las centradas en el presentismo, las licencias por enfermedad de los empleados eventuales, el control de las infecciones en los lugares de trabajo de alto riesgo y la mejora de las prácticas generales de higiene respiratoria de la comunidad.

Las residencias de adultos mayores y las viviendas sociales requieren una inversión urgente e ininterrumpida. Las poblaciones marginadas y lingüísticamente diversas necesitan comunicación y asistencia, no coacción policial. Las políticas no beneficiosas incluyen todas aquellas dirigidas a espacios públicos al aire libre bien ventilados en los que la transmisión de coronavirus es escasa o nula. El regreso de aspectos clave de la vida social

(como escuelas, bodas y funerales) puede requerir una atención especial pero no puede postergarse indefinidamente.

## **Conclusión**

La humanidad ha sobrevivido a otras pandemias pero las sociedades no prosperan en un estado perpetuo de emergencia. Las políticas actuales de Australia y Nueva Zelanda se concibieron en un periodo de temerosa incertidumbre. Estas políticas han producido importantes éxitos a corto plazo, así como daños involuntarios, visibilizando y a veces exacerbando las desigualdades sociales.

Tenemos una oportunidad única para reorientar las prioridades de salud pública, a la luz de la evidencia actual, hacia objetivos equilibrados a largo plazo. El objetivo general debe ser la prevención de daños por todas las causas, considerando el COVID-19 como un problema de salud pública entre muchos otros. Las intervenciones desproporcionadas, incluidas las que son innecesariamente restrictivas o perjudiciales, deben revisarse con carácter de urgencia. Además, las decisiones difíciles deben reflejar los valores de las comunidades afectadas. Los gobiernos que apliquen poderes de emergencia, como el cierre prolongado de fronteras internacionales y el refuerzo de las medidas policiales, deben recordar el límite de su mandato, que sólo puede encontrarse a través de un auténtico debate público basado en una comunicación transparente de los riesgos. Durante y después de esta pandemia, la mejor vacuna contra las enfermedades infecciosas sigue siendo una sociedad libre, sana y justa.

---

## **Referencias**

<sup>1</sup> <https://doi.org/10.1111/imj.15038>

<sup>2</sup> Department of Medicine, Royal Melbourne Hospital, University of Melbourne; Monash Bioethics Centre; Nuffield Department of Population Health, Wellcome Centre for Ethics and the Humanities and The Ethox Centre, University of Oxford, Oxford, UK.

<sup>3</sup> School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia.

<sup>4</sup> Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai Net al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis* 2020;20: 669–77.

- 
- <sup>5</sup> Simonsen L, Clarke MJ, Schonberger LB, Arden NH, Cox NJ, Fukuda K. Pandemic versus epidemic influenza mortality: a pattern of changing age distribution. *J Infect Dis* 1998;178:53–60.
- <sup>6</sup> Nicoll A, Ciancio B, Chavarrias VL, Mølbak K, Pebody R, Pedzinski B et al. Influenza-related deaths-available methods for estimating numbers and detecting patterns for seasonal and pandemic influenza in Europe. *EuroSurveill*. 2012;17: 20162.
- <sup>7</sup> EuroMOMO. Graphs and Maps 2020[cited 2020 Aug 27]. Disponible en URL: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>
- <sup>8</sup> Salje H, Kiem CT, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *medRxiv2020*;369:208–211
- <sup>9</sup> Intensive Care National Audit and Research Centre. ICNARC report on COVID-19 in critical care 31 July 2020 [citado el 27 de agosto de 2020]. UK; 2020. Disponible en URL: <https://www.icnarc.org/DataServices/Attachments/Download/42ceb4d2-3dd3-ea11-9128-00505601089b>
- <sup>10</sup> PICANet. PICANet report on COVID-19 confirmed cases admitted to paediatric intensive care. Healthcare Quality Improvement Partnership, University of Leeds and University of Leicester; 2020 [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: [https://www.picanet.org.uk/wp-content/uploads/sites/25/2020/06/PICANet\\_COVID\\_report\\_2020-06-23\\_v1.3.pdf](https://www.picanet.org.uk/wp-content/uploads/sites/25/2020/06/PICANet_COVID_report_2020-06-23_v1.3.pdf)
- <sup>11</sup> Straits Times. Coronavirus cases in Singapore. 2020 [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: <https://www.straitstimes.com/multimedia/graphics/2020/02/spore-virus-cases/index.html?shell>
- <sup>12</sup> Singapore Ministry of Health. Daily Situation report: annex A. 2020 [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: <https://covidsitrep.moh.gov.sg/>
- <sup>13</sup> Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE et al. Open SAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. *Nature* 2020;584:430–6.
- <sup>14</sup> Victorian Department of Health and Human Services. Statement from the Premier 2020. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: <https://www.dhhs.vic.gov.au/updates/coronavirus-covid-19/statement-premier-30-july-2020>
- <sup>15</sup> Weinberger DM, Chen J, Cohen T, Crawford FW, Mostashari F, Olson D. et al. Estimation of Excess Deaths Associated With the COVID-19 Pandemic in the United States, March to May 2020. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180: 1336–44. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3391>.
- <sup>16</sup> Statistics Sweden. Preliminary statistics of deaths. 2020 [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics/>

- 
- <sup>17</sup> Elston DM. Occupational skin disease among healthcare workers during the coronavirus (COVID-19) epidemic. *J Am Acad Dermatol* 2020;82: 1085–6.
- <sup>18</sup> Guertler A, Moellhoff N, Schenck TL, Hagen CS, Kendziora B, Giunta RE et al. Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic—comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. *Contact Dermatitis* 2020;83: 108–14.
- <sup>19</sup> Victorian Department of Health and Human Services. Coronavirus update for Victoria 2020. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en URL: <https://www.dhhs.vic.gov.au/coronavirus-update-victoria-19-july>
- <sup>20</sup> Park YJ, Choe YJ, Park O, Park SY, Kim Y-M, Kim J et al. Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020. [citado el 27 de agosto de 2020]. *Emerg Infect Dis* 2020;26: 2465–8. <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>.
- <sup>21</sup> Leclerc QJ, Fuller NM, Knight LE, Funk S, Knight GM, Group CC-W. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? *Wellcome Open Res.* 2020;5: 83.
- <sup>22</sup> Monash Centre for Health Research and Implementation. COVID-19 Knowledge, Attitude and Behaviours Survey Results. Melbourne: Monash University; 2020. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en el URL: <https://www.monash.edu/medicine/sphpm/mchri/research/covid-19-knowledge-attitude-and-behaviours-survey-results>
- <sup>23</sup> Clayton R. Premier says coronavirus hardship payments are available, as Victorians continue to work while ill. *ABC News* 2020 Jul 22. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en el URL: <https://www.abc.net.au/news/2020-07-22/are-you-eligible-for-the-victorian-government-hardship-payment/12478650>
- <sup>24</sup> Bonaccorsi G, Pierri F, Cinelli M, Flori A, Galeazzi A, Porcelli F et al. Economic and social consequences of human mobility restrictions under COVID-19. *Proc Natl Acad Sci* 2020;117:15530–5.
- <sup>25</sup> Weill JA, Stigler M, Deschenes O, Springborn MR. Social distancing responses to COVID-19 emergency declarations strongly differentiated by income. *Proc Natl Acad Sci* 2020;117:19658–60.
- <sup>26</sup> Martin CA, Jenkins DR, Minhas JS, Gray LJ, Tang J, Williams C et al. Socio-demographic heterogeneity in the prevalence of COVID-19 during lockdown is associated with ethnicity and household size: results from an observational cohort study. *E Clinical Medicine* 2020;25: 100466.
- <sup>27</sup> Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2020;5: E475–83. [citado el 27 de agosto de 2020]. <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20084111>
- <sup>28</sup> Victoria State Government Department of Health and Human Services. Protecting our healthcare workers. 2020 [citado el 25 de agosto de 2020]. Disponible en el

---

URL:

<https://www.dhhs.vic.gov.au/sites/default/files/documents/202010/Protecting-our-healthcare-workers-action-plan.pdf>

<sup>29</sup> Leclerc QJea. SARS-CoV-2Superspreading Events Database 2020 [citado el 27 de agosto de 2020].

Disponibile en el URL:<https://superspreadingeventsdatabase.blogspot.com/p/about.html>

<sup>30</sup> Qian H, Miao T, Li L, Zheng X, Luo D, Li Y. Indoor transmission of SARS-CoV-2. medRxiv2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.04.20053058>

<sup>31</sup> Hall B. Victoria's contact tracing system to be bolstered after string of failures. The Age 2020 Jul 10.

URL: <https://www.theage.com.au/politics/victoria/victoria-s-contact-tracing-system-to-be-bolstered-after-string-of-failures-20200710-p55aud.html>

<sup>32</sup> Esposito S, Principi N. School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic. JAMA Pediatrics. 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1892>

<sup>33</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health. Open letter from UK paediatricians about the return of children to schools. 2020.

<sup>34</sup> Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C et al. School Closures And management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health 2020;4: 397–404.

<sup>35</sup> Hildenwall H, Luthander J, Rhedin S, Hertting O, Olsson-Åkefeldt S, Melén E et al. Paediatric COVID-19 admissions in a region with open schools during the two first months of the pandemic. Acta Paediatric 2020;109: 2152–4. <https://doi.org/10.1111/apa.15432>. 33 SCB. Prevalence of Covid-19 in Different Occupational Groups. Stockholm: Statistics Sweden; 2020.

<sup>36</sup> SCB. Prevalence of Covid-19 in Different Occupational Groups. Stockholm: Statistics Sweden; 2020.

<sup>37</sup> Australian Bureau of Statistics. 3301.0–Births, Australia, 2010. Report; 2011. Disponible en el URL: <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3301.0>

<sup>38</sup> Ee N, Maccora J, Hosking D, McCallum J. Australian Grandparents Care. Canberra: National Seniors; 2020.

<sup>39</sup> Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lemmon E, Henderson D et al. Mortality Associated with COVID-19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence. International Long-Term Care Policy Network; 2020.

<sup>40</sup> Australian Government Department of Health. COVID-19 cases in aged care services–residential care.

<sup>41</sup> Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Increased risk of SARS-CoV-2 infection in staff working across different care homes: enhanced Covid-19 outbreak investigations in London care homes. *J Infect* 2020;81: 621–4.

<sup>42</sup> Order of the Minister of Public Safety and Solicitor General: Emergency Program Act. Ministerial Order No.M105. Province of British Columbia. 2020 [citado el 10 de abril de 2020].

Disponibile en URL: [www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/emergency-preparedness-response-recovery/gdx/orders-april-10/ep\\_act\\_order\\_m105-2020\\_single\\_site.pdf](http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/emergency-preparedness-response-recovery/gdx/orders-april-10/ep_act_order_m105-2020_single_site.pdf)

<sup>43</sup> Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *CMAJ* 2020;192: E946–E55.

<sup>44</sup> Patrick DM, Petric M, Skowronski DM, Guasparini R, Booth TF, Kraiden M et al. An outbreak of human coronavirus OC43 infection and serological cross-reactivity with SARS coronavirus. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17: 330–6.

<sup>45</sup> Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* 2020;396: 381–9.

<sup>46</sup> Kehoe J. More cancer deaths from COVID-19 lockdown. *Australian Financial Review* 2020 Aug 12.

<sup>47</sup> American Cancer Society Cancer Action Network. COVID-19 Pandemic Impact on Cancer Patients and Survivors. 2020.

<sup>48</sup> Lange PW, Gazzard M, Walker S, Hilton JJ, Haycock S, Wagstaff JFR et al. Where are our patients? Retrospective cohort study of acute medical unit admissions during and prior to the COVID-19 pandemic. *Intern Med* 2020;50: 1132–4.

<sup>49</sup> Fisher JR, Tran TD, Hammargerg K, Sastry J, Nguyen H, Rowe H et al. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Med J Aust* 2020: 1.

<sup>50</sup> Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry* 2020;7: 883–92.

<sup>51</sup> Haripersad YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards K et al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child* 2020. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319868>

<sup>52</sup> Atkinson JA, Skinner A, Lawson K, Song Y, Hickie I. Road to Recovery: Restoring Australia's Mental Wealth. Sydney: University of Sydney; 2020.

<sup>53</sup> Jamrozik E, Selgelid MJ. COVID-19 human challenge studies: ethical issues. *Lancet Infect Dis* 2020;20: e198–203.

<sup>54</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). An International Randomised Trial of Candidate Vaccines against COVID-19. Ginebra: OMS; 2020.

## Bibliografía

ATKINSON JA, Skinner A, Lawson K, Song Y, Hickie I. Road to Recovery: Restoring Australia's Mental Wealth. Sydney: University of Sydney; 2020.

BONACCORSI G, Pierri F, Cinelli M, Flori A, Galeazzi A, Porcelli Fet al. Economic and social consequences of human mobility restrictions under COVID-19. *Proc Natl Acad Sci* 2020; 117:15530–5.

CLAYTON R. Premier says coronavirus hardship payments are available, as Victorians continue to work while ill. *ABC News* 2020 Jul 22. [citado el 27 de agosto de 2020]. Disponible en el URL: <https://www.abc.net.au/news/2020-07-22/are-you-eligible-for-the-victorian-government-hardship-payment/12478650>

COMAS-HERRERA A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lemmon E, Henderson Det al. Mortality Associated with COVID-19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence. International Long-Term Care Policy Network; 2020.

Disponible en el URL: <https://superspreadingeventsdatabase.blogspot.com/p/about.html>

EE N, Maccora J, Hosking D, McCallum J. Australian Grandparents Care. Canberra: National Seniors; 2020.

ELSTON DM. Occupational skin disease among healthcare workers during the coronavirus (COVID-19) epidemic. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82: 1085–6.

ESPOSITO S, Principi N. School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Pediatrics*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1892>

FISHER JR, Tran TD, Hammargerg K, Sastry J, Nguyen H, Rowe H et al. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Med J Aust* 2020: 1.

GUERTLER A, Moellhoff N, Schenck TL, Hagen CS, Kendziora B, Giunta RE et al. Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic—comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. *Contact Dermatitis* 2020; 83: 108–14.

HALL B. Victoria's contact tracing system to be bolstered after string of failures. *The Age* 2020 Jul 10.

HARIPERSAD YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards Ket al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child* 2020. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319868>

---

HILDENWALL H, Luthander J, Rhedin S, Hertting O, Olsson-Åkefeldt S, Melén E et al. Paediatric COVID-19 admissions in a region with open schools during the two first months of the pandemic. *Acta Paediatrica* 2020;109: 2152–4. <https://doi.org/10.1111/apa.15432.33> SCB. Prevalence of Covid-19 in Different Occupational Groups. Stockholm: Statistics Sweden; 2020.

JAMROZIK E, Selgelid MJ. COVID-19 human challenge studies: ethical issues. *Lancet Infect Dis* 2020;20: e198–203.

KEHOE J. More cancer deaths from COVID-19 lockdown. *Australian Financial Review* 2020 Aug 12.

LADHANI SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Increased risk of SARS-CoV-2 infection in staff working across different care homes: enhanced Covid-19 outbreak investigations in London care homes. *J Infect* 2020;81: 621–4.

LANGE PW, Gazzard M, Walker S, Hilton JJ, Haycock S, Wagstaff JFR et al. Where are our patients? Retrospective cohort study of acute medical unit admissions during and prior to the COVID-19 pandemic. *Intern Med* 2020;50: 1132–4.

LECLERC QJ, Fuller NM, Knight LE, Funk S, Knight GM, Group CC-W. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? *Wellcome Open Res.* 2020;5: 83.

LECLERC QJ et al. SARS-CoV-2 Superspreading Events Database 2020 [citado el 27 de agosto de 2020].

MAFHAM MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* 2020;396: 381–9.

MARTIN CA, Jenkins DR, Minhas JS, Gray LJ, Tang J, Williams C et al. Socio-demographic heterogeneity in the prevalence of COVID-19 during lockdown is associated with ethnicity and household size: results from an observational cohort study. *E Clinical Medicine* 2020;25: 100466.

NGUYEN LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2020;5: E475–83. [citado el 27 de agosto de 2020]. <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20084111>

NICOLL A, Ciancio B, Chavarrias VL, Mølbak K, Pebody R, Pedzinski B et al. Influenza-related deaths—available methods for estimating numbers and detecting patterns for seasonal and pandemic influenza in Europe. *Euro Surveill.* 2012;17: 20162.

PARK YJ, Choe YJ, Park O, Park SY, Kim Y-M, Kim J et al. Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020. [citado el 27 de

---

agosto de 2020]. *Emerg Infect Dis* 2020;26: 2465–8. <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>.

PATRICK DM, Petric M, Skowronski DM, Guasparini R, Booth TF, Krajden M et al. An outbreak of human coronavirus OC43 infection and serological cross-reactivity with SARS coronavirus. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17: 330–6.

PIERCE M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry* 2020;7: 883–92.

QIAN H, Miao T, Li L, Zheng X, Luo D, Li Y. Indoor transmission of SARS-CoV-2. medRxiv 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.04.20053058>

SALJE H, Kiem CT, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. medRxiv 2020;369:208–211.

SIMONSEN L, Clarke MJ, Schonberger LB, Arden NH, Cox NJ, Fukuda K. Pandemic versus epidemic influenza mortality: a pattern of changing age distribution. *J Infect Dis* 1998;178: 53–60.

STALL NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *CMAJ* 2020;192: E946–E55.

URL: <https://www.theage.com.au/politics/victoria/victoria-s-contact-tracing-system-to-be-bolstered-after-string-of-failures-20200710-p55aud.html>

VERITY R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis* 2020;20: 669–77.

VINER RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C et al. School Closures And management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4: 397–404.

WEILL JA, Stigler M, Deschenes O, Springborn MR. Social distancing responses to COVID-19 emergency declarations strongly differentiated by income. *Proc Natl Acad Sci* 2020;117:19658–60.

WEINBERGER DM, Chen J, Cohen T, Crawford FW, Mostashari F, Olson D et al. Estimation of Excess Deaths Associated With the COVID-19 Pandemic in the United States, March to May 2020. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180: 1336–44. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3391>.

WILLIAMSON EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE et al. Open SAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. *Nature* 2020;584:430–6.

---

*Received/Recebido: 04/06/2023*  
*Approved/Aprovado: 06/11/2023*