

COVID-19



Diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas

De enero del 2020 a enero del 2021

1 de febrero del 2021

Autores: Equipo del Sistema de Gestión de Incidentes (IMST) /
Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC)

Contenido

1.	Introducción	1
2.	Consideraciones de género asociadas con la COVID-19.....	1
3.	Análisis de las diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas.....	3
3.1.	Panorama regional: Distribución por edad y sexo.....	3
3.2.	Grupos específicos: Trabajadores de salud	4
3.3.	Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (SIM-I).....	5
3.4.	Embarazo.....	6
4.	Reflexiones.....	7
5.	Referencias.....	9

1. Introducción

Los primeros casos de la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) fueron notificados en Wuhan (China) el 31 de diciembre del 2019. Con el tiempo, el SARS-CoV-2, que puede causar una variedad de trastornos desde tos leve y disnea hasta neumonía grave, se ha propagado incontrolablemente de un continente a otro. El 30 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó oficialmente el brote del SARS-CoV-2 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), tras haberse cumplido los criterios estipulados para esta designación en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (1). El 11 de marzo del 2020, la OMS caracterizó a la COVID-19 como una pandemia mundial que exigía medidas estrictas de respuesta para controlar su propagación (2). Un año más tarde, al 31 de enero del 2021, habían ocurrido en todo el mundo cerca de 102 millones de casos de COVID-19 y más de 2,2 millones de muertes. La pandemia se aceleró en la Región de las Américas cuando el epicentro se trasladó de Europa a los países de esta Región alrededor de mayo del 2020. Al 31 de enero del 2021, en la Región se habían notificado más de 45,6 millones de casos y 1 millón de muertes. La tasa cruda de mortalidad en la Región de las Américas para la COVID-19 fue de 2,3% (3).

Hasta el comienzo de la pandemia de COVID-19, la Región de las Américas había registrado adelantos importantes en las condiciones y los resultados de salud. La esperanza de vida había aumentado 7 años en los últimos dos decenios, la mortalidad materna se había reducido y se estaba cerca de lograr la eliminación de varias enfermedades transmisibles, a medida que los gobiernos adoptaban el acceso universal a la salud (4). Se habían hecho inversiones en los preparativos para situaciones de emergencia y la reducción de riesgos de desastres, a fin de manejar las amenazas actuales y futuras para la salud. A pesar del progreso reciente, la pandemia amplificó las inequidades en materia de salud y dejó al descubierto las brechas del sistema de salud vinculadas a las mayores desigualdades socioeconómicas que afectan de manera desproporcionada a los grupos desfavorecidos (5). El género es uno de esos determinantes clave de la salud que, durante la pandemia, se convirtió en un factor impulsor importante de algunos resultados en materia de salud, tanto para los hombres como para las mujeres (6).

Aunque se ha reconocido ampliamente la importancia de incorporar la igualdad de género en la respuesta ante las emergencias de salud y los desastres, hay fallas frecuentes en la activación de un enfoque oportuno que tenga en cuenta el género en los casos de emergencias y respuesta ante desastres (7). Los Estados Miembros de la Región siguen comprometidos para lograr avances hacia la igualdad de género en el ámbito de la salud. En este documento se presentan tanto los datos suministrados por los ministerios de salud como los análisis de los resultados en materia de salud relacionados con la COVID-19, desglosados por género, sexo, edad, etnicidad y otros factores demográficos, con el propósito de destacar el impacto desigual de la pandemia. La importancia de adoptar una perspectiva de género en la respuesta a la COVID-19 seguirá aumentando a medida que se conozcan otros análisis y resultados de las investigaciones.

2. Consideraciones de género asociadas con la COVID-19

La dinámica de género en los brotes de enfermedades y los resultados dispares en materia de salud abarcan tanto mecanismos físicos (factores biológicos propios de cada sexo subyacentes en la respuesta inmunitaria del huésped)

como componentes sociales (factores sociales, comportamentales y del modo de vida). La pandemia de coronavirus no es una excepción cuando se trata de las diferencias de género y su asociación con la susceptibilidad a la enfermedad y su gravedad, así como con el acceso a los servicios de salud. Para que la respuesta ante la pandemia integre un enfoque receptivo a las cuestiones de género al tiempo que tenga en cuenta los factores sociales, económicos, ambientales, geográficos, étnicos y culturales es indispensable comprender a fondo la manera en que la enfermedad repercute en las personas, los grupos de diversos géneros y en la población, así como los obstáculos que esas personas encuentran para acceder a los servicios de salud.

La asociación entre características clínicas graves y los resultados y la edad, el sexo y las enfermedades preexistentes está bien documentada (8). En un metanálisis de los datos disponibles, se encontró que los hombres podrían tener un mayor riesgo de sufrir una infección grave por el SARS-CoV-2, debido a que el número de hombres hospitalizados es superior en 50% al de mujeres (9, 10). Cuando se examinó la mayor probabilidad de que los hombres tuviesen manifestaciones más graves de la COVID-19, se analizaron las diferencias entre las vías biológicas de hombres y mujeres para luchar contra los virus. En general, las mujeres tienden a producir respuestas inmunitarias más eficaces y mejor adaptadas a los virus, lo cual se traduce en casos menos graves de COVID-19 (11). Aunque la tasa de mortalidad específica para niños y adultos jóvenes es baja, los niños tienen riesgo de presentar una complicación relacionada con la COVID-19, conocida como el síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) (12).

Debido a las funciones y las responsabilidades de las mujeres con respecto al cuidado de otras personas, a sus medios de vida, a su exposición a la violencia doméstica y su participación desigual en la toma de decisiones a los niveles más altos de la gobernanza, hay impactos menos visibles de la pandemia que no suelen cuantificarse de la misma manera que las infecciones. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en especial en los países de ingresos bajos, las mujeres participan en gran medida en el trabajo informal y en otras formas vulnerables de empleo (por ejemplo, el trabajo por cuenta propia en negocios pequeños de subsistencia y el trabajo doméstico), lo que a menudo las excluye de las medidas formales de protección social dirigidas a los trabajadores afectados económicamente por la pandemia de COVID-19 (13). En estas circunstancias, la desigualdad en materia de género se ha visto exacerbada por la pandemia, dado que las mujeres de la Región han sufrido de manera desproporcionada debido al aumento del desempleo y la pobreza. El impacto económico de la pandemia también debe tener en cuenta el aumento de la disparidad entre los géneros en cuanto a las horas trabajadas durante la pandemia de COVID-19, ya que las madres con niños pequeños tuvieron más probabilidades que los hombres de verse obligadas a reducir sus horas de trabajo (14).

En este informe se examinarán los datos disponibles sobre las diferencias de género y la COVID-19 desde el inicio de la pandemia en la Región hasta el 31 de enero del 2021, en un intento deliberado de desentrañar los datos de salud o que guardan alguna relación con ella. El propósito es poner de relieve la manera en que la emergencia ha expuesto las disparidades por razones de género y proponer oportunidades concretas de mejorar la respuesta equitativa a la pandemia. En la actualidad, hay 63 vacunas en la fase de desarrollo clínico y 174 en la fase de desarrollo preclínico (15). A medida que nos preparamos para organizar la campaña de vacunación contra el SARS-CoV-2, la comprensión de las vulnerabilidades y su distribución en cuanto al sexo y la edad nos ayudará a incorporar este determinante clave de la salud en la respuesta de salud pública más importante que veremos en nuestra vida.

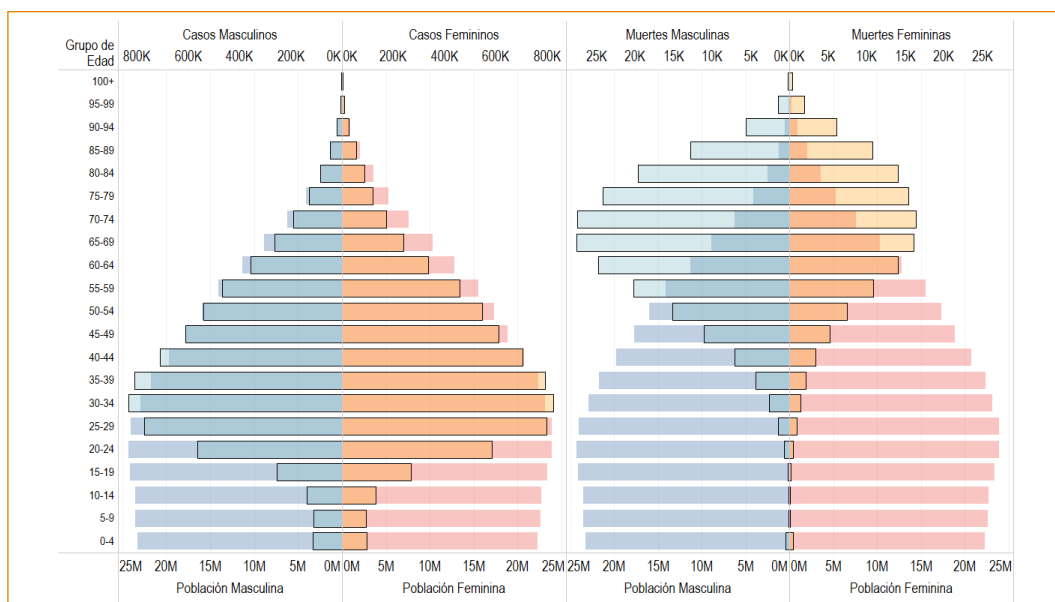
3. Análisis de las diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas

La Organización Panamericana de la Salud implementó la vigilancia de la COVID-19 desde que se detectó el primer caso en la Región de las Américas, el 21 de enero del 2020. Las actividades de vigilancia han permitido que la OPS analice las tendencias epidemiológicas y la evolución del virus causante de la COVID-19, evalúe el impacto de la pandemia en los sistemas de atención de salud, detecte y contenga brotes en los grupos vulnerables, y guíe la aplicación de las medidas de control. Entre las iniciativas de vigilancia emprendidas por la OPS se encuentra la utilización del formulario para la notificación de casos de la COVID-19 en el que se recopila información clave de tipo demográfico, clínico y epidemiológico acerca de los casos de la enfermedad. Estos datos se utilizan para comprender mejor cómo actúa el virus y su impacto en los resultados en materia de salud. En la sección a continuación se presenta la distribución por edad y sexo de los casos de la COVID-19 y de las muertes en la Región.

3.1 Panorama regional: Distribución por edad y sexo

La Región de las Américas tiene una población total de 1.020 millones de personas, de las cuales 51% son de sexo femenino (16). Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 y al 31 de enero del 2021, se han registrado en la Región 45,6 millones de casos y 1,1 millones de muertes. Los informes sobre los casos, presentados por los ministerios de salud de 26 países del continente, incluyeron datos sobre sexo y edad para 20 millones de casos (43% de todos los casos notificados). A continuación se analiza la distribución de estos casos (figura 1).

Figura 1. Casos de COVID-19 y muertes por sexo y grupo etario comparados con la población de base en 26 países y territorios de la Región de las Américas



En la Región de las Américas, no se notificó ninguna diferencia importante por razones de sexo en el número absoluto de casos, y 50% de los casos ocurrieron en mujeres. Se observa un aumento pequeño en la proporción de casos de COVID-19 diagnosticados en hombres, en los grupos de más edad (cuadro 1). Los hombres de 60 a 69 años de edad representan 52% de los casos notificados, pero esta cifra se reduce a 47,5% de los casos en el caso de las personas de 70 o más años de edad. No obstante, las cifras absolutas comparables de casos en mujeres y hombres indican una tasa de incidencia mayor para los hombres en los grupos de más edad. Hay una población de referencia más grande de mujeres mayores debido a su esperanza de vida más larga, en comparación con los hombres mayores. La incidencia de casos de COVID-19 en hombres de 60 a 69 años y de más de 70 años es de 23,1 por 1.000 habitantes y de 24,97 por 1.000, respectivamente. En el caso del grupo de 60 a 69 años de edad, en los hombres se registran 3,89 casos más por 1.000 habitantes, en comparación con las mujeres.

Cuadro 1. Porcentaje del total de casos e incidencia por 1.000 habitantes estratificados por edad y sexo

Grupo etario	% Hombres	% Mujeres	Incidencia en hombres (por 1.000 habitantes)	Incidencia en mujeres (por 1.000 habitantes)
0-9 años	53,4%	46,6%	4,77	4,34
10-19 años	49,3%	50,7%	9,06	9,66
20-29 años	49,1%	50,9%	25,28	26,74
30-39 años	50,4%	49,6%	30,54	29,83
40-49 años	50,0%	50,0%	29,61	28,54
50-59 años	50,2%	49,8%	27,17	25,59
60-69 años	52,0%	48,0%	23,1	19,21
+70 años	47,5%	52,5%	24,97	21,03
Total general	50,0%	50,0%	21,16	20,6

3.2 Grupos específicos: Trabajadores de salud

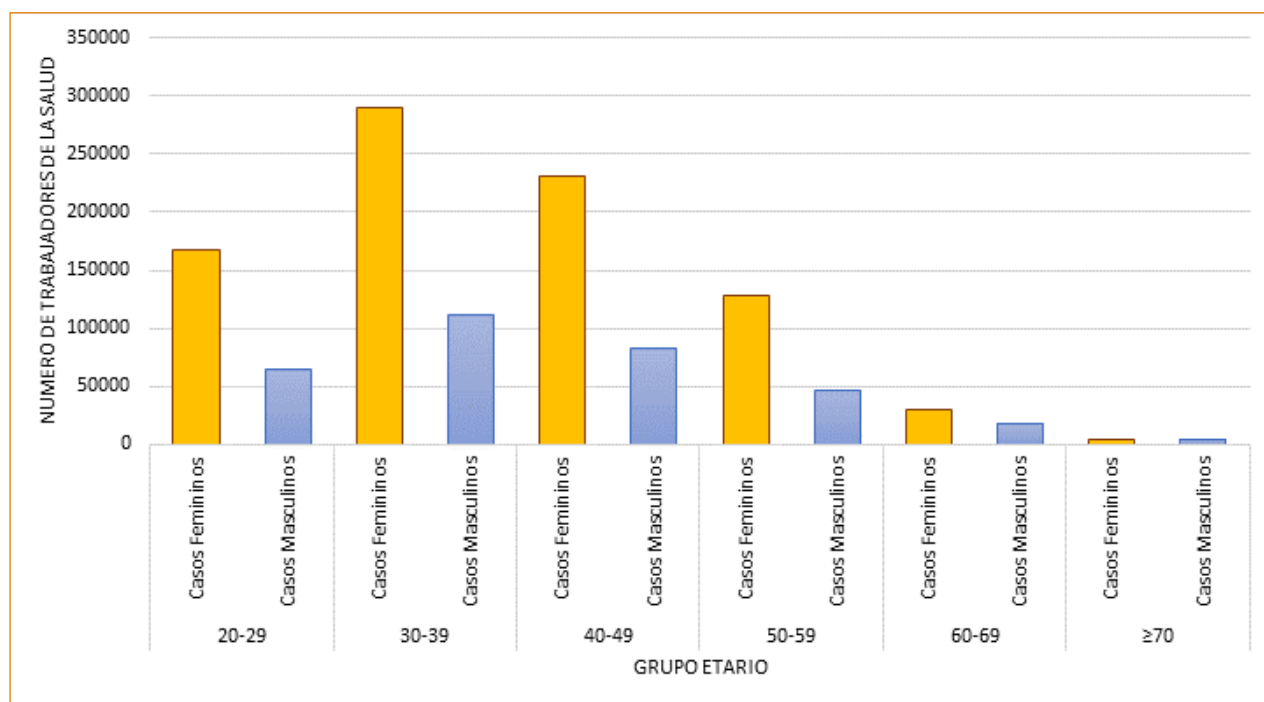
La COVID-19 expone al personal de salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Además de una mayor exposición al agente patógeno, el trabajador de salud debe afrontar largas horas de trabajo, trastornos psicológicos, desgaste ocupacional y estigma (17). A pesar de estas dificultades, estas personas desempeñan una función vital en la respuesta a la pandemia; por lo tanto, la protección del personal es fundamental para asegurar que el sistema de salud pueda funcionar bien. Para garantizar la seguridad del paciente, en primer lugar deberá garantizarse la seguridad del personal de salud (18).

En cada una de las olas pandémicas del 2020, la sobrecarga del sistema de atención de salud condujo a que el personal de salud de los países más afectados tuviera que soportar largos turnos de trabajo, cansancio y estrés. A pesar de la escasez de suministros y de las medidas de confinamiento en los países, el personal de salud tuvo que seguir cuidando a los pacientes con infección presunta o confirmada por el SARS-CoV-2, sin haber recibido la capacitación ni el EPP adecuados. La tensión que soporta el personal de salud no es igual para hombres y mujeres. A nivel mundial, 70% de los

trabajadores de salud de primera línea son mujeres. En la Región de las Américas, 86% del personal de enfermería, los profesionales que tienen que estar en contacto muy estrecho con los pacientes, son mujeres (19). Se observan tendencias similares en todos los entornos de atención de salud del resto del mundo, ya que estas tareas están a cargo principalmente de mujeres y niñas de los grupos desfavorecidos socialmente, como los migrantes, que trabajan en la economía informal (20). Si se utiliza el equipo de protección personal apropiado (EPP), es posible reducir en gran medida las tasas del personal de salud que contrae la COVID-19. Sin embargo, también es fundamental considerar otros factores como el estrés, la capacitación insuficiente y las unidades donde no hay personal suficiente.

Al 31 de enero del 2021, los informes de casos presentados por los ministerios de salud incluían más de 1,3 millones de casos de COVID-19 en el personal de salud de los países de la Región de las Américas. Más de seis mil trabajadores de salud han muerto por esta enfermedad. Las mujeres representan 72% de los casos registrados en el personal de salud. La diferencia en cuanto a los casos de la enfermedad entre los hombres y las mujeres que conforman el personal de salud es más marcada en los grupos de 40 a 59 años, donde 74% de los casos son mujeres (figura 2).

Figura 2. Número de casos de la COVID-19 en el personal de salud, por edad y sexo



3.3 Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (SIM-I)

Si bien por lo general los casos de COVID-19 y las muertes por esta causa que se han notificado corresponden a los grupos de más edad, desde mayo del 2020 se ha observado en los niños una complicación rara, aunque asociada con el virus SARS-CoV-2. El síndrome inflamatorio multisistémico en niños (SIM-I) produce síntomas similares a la enfermedad de Kawasaki y puede dar lugar a insuficiencia orgánica múltiple y choque. En la Región de las Américas, 17 países y territorios notificaron 2.922 casos confirmados de SIM-I y 81 muertes (3%) a finales de enero del 2021 (cuadro 3). No

hay ninguna diferencia significativa entre la tasa en niños varones en comparación con la tasa en niñas en relación con el SIM. En la actualidad, 56% de los casos ocurridos en la Región fueron en niños, mientras que 59% de las muertes por esta causa fueron en niñas. Hasta ahora no se sabe con certeza si el sexo repercute en las tasas del síndrome inflamatorio multisistémico en niños.

Cuadro 3. Número total de casos confirmados de SIM-I asociados con la COVID-19

País/territorio	Número de casos confirmados	Número de muertes confirmadas
Argentina	65	1
Brasil	646	41
Canadá	23	0
Chile	151	2
Colombia	3	0
Costa Rica	27	0
Cuba	2	0
Ecuador	8	0
El Salvador	17	0
Estados Unidos de América	1.811	26
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	52	5
República Dominicana	103	5
Total	2,922	81

3.4 Embarazo

Todavía se está analizando el impacto de la COVID-19 en el embarazo, pero pareciera que las embarazadas suelen necesitar más los cuidados intensivos que las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas (21). Las comorbilidades preexistentes, la edad y el índice de masa corporal alto de la madre parecen exponer a las embarazadas a un mayor riesgo de que la COVID-19 sea grave. En la Región de las Américas, se ha notificado un total de 150.167 casos de la COVID-19 durante el embarazo y 836 muertes (cuadro 4). La razón de mortalidad general por la COVID-19 varía desde 0,0% (Chile) hasta 6,25% (Bahamas). Los datos disponibles en el caso de México muestran que casi la mitad de las muertes maternas ocurrieron durante el tercer trimestre de embarazo, mientras que 33,6% de ellas tuvieron lugar después del parto. De las personas que murieron en México, 30,9% habían sido intubadas y 34% habían estado en la unidad de cuidados intensivos.

Cuadro 4. Número total de casos y muertes en embarazadas con resultados positivos al SARS-CoV-2 y razón de mortalidad general

País	Número de embarazadas con resultados positivos al SARS-CoV-2	Número de muertes en embarazadas con resultados positivos al SARS-CoV-2	Tasa de mortalidad (%)
Argentina	8.698	44	0,51
Bahamas	16	1	6,25
Belize	103	2	1,94
Bolivia	891	25	2,81
Brasil	4.880	252	5,16
Chile	7.881	3	0,04
Colombia	6.245	61	0,98
Costa Rica	286	3	1,05
Cuba	11	0	0,00
Ecuador	1.674	25	1,49
Estados Unidos de América	64.075	74	0,12
Guatemala	1.054	11	1,04
Haití	76	4	5,26
México	10.188	221	2,17
Panamá	1.289	7	0,54
Paraguay	667	1	0,15
Perú	41.403	76	0,18
República Dominicana	309	19	6,15
Uruguay	82	0	0,00
Venezuela	339	7	2,06
Total	150.167	836	0,56

4. Reflexiones

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las desigualdades existentes en materia de género y, por lo tanto, ha arrojado luz sobre sus implicaciones indirectas. La discriminación por razones de género y otras variables de la exclusión social pueden someter a las mujeres y los hombres a un riesgo más alto de infección, limitar su acceso a los servicios y las vacunas, socavar la respuesta de los países y exacerbar las desigualdades que ya existían antes de la COVID-19. Las medidas de confinamiento en los países han dado lugar a niveles más altos de violencia doméstica hacia las mujeres. El aumento de la carga doméstica ha sido especialmente difícil para las mujeres que deben trabajar fuera del hogar. Los efectos del brote de coronavirus podrían exacerbar las desigualdades que ya afectan a las mujeres y desacelerar el

progreso hacia varias metas vitales de los ODS, como la reducción de la mortalidad materna y de las muertes en menores de 5 años. En adelante, los planes de respuesta a la COVID-19 deben abordar las repercusiones que tiene la pandemia en las cuestiones de género mediante la inclusión de las mujeres en la toma de decisiones, la eliminación de las desigualdades en los cuidados no remunerados y el diseño de planes socioeconómicos con énfasis en la vida de las mujeres (22). Para poder fundamentar estas decisiones será necesario formular recomendaciones basadas en la evidencia y conocimientos detallados de la manera en que las personas se ven afectadas por la pandemia, según las diferencias de sexo y género.

Hay un resultado negativo significativo en las tasas de incidencia y de mortalidad en los hombres, en comparación con las mujeres, en particular en los grupos de más edad. Las diferencias fisiológicas basadas en el sexo, incluida la respuesta inmunitaria innata y adaptativa a la infección, podrían explicar esta diferencia (11). Las comorbilidades preexistentes y los factores sociales, comportamentales y del modo de vida también podrían contribuir a este sesgo. Otras investigaciones para estudiar las repercusiones socioeconómicas, biológicas y relacionadas con el género de la COVID-19 podrían mostrar la manera en que el virus desestabiliza desproporcionadamente la vida de mujeres y hombres, con lo cual su derecho a la salud se ve condicionado. Es necesario comprender mejor estos factores para adaptar las respuestas generales, así como los tratamientos y las estrategias de vacunación.

En la Región de las Américas, donde vive 13% de la población mundial, se ha notificado 43% de los casos mundiales de COVID-19. Los grupos que presentan diferentes formas de vulnerabilidades y desigualdades sociales, económicas y de otro tipo, entre ellas muchas mujeres, se ven afectados de manera desproporcionada por el virus. Aunque la infección en las mujeres tiende a ser menos grave, las repercusiones sociales han acentuado las disparidades que afrontan las mujeres. Las mujeres representan 70% del personal de salud, lo cual las expone a un riesgo singularmente alto de contraer la enfermedad. Las embarazadas pueden enfrentarse con un riesgo mayor de necesitar cuidados intensivos o respiración invasiva. La comunidad científica sigue aumentando sus conocimientos acerca de este virus sin precedentes, y se genera y se publica evidencia con rapidez en diversos formatos. La renovación rápida de la evidencia exige una evaluación continua y exhaustiva de los resultados de los estudios. Esto ayudaría a orientar los cambios de política necesarios a fin de lograr una mayor protección para los grupos con mayores vulnerabilidades en la Región. Los Estados Miembros deben esforzarse por mejorar los logros frágiles que se han alcanzado en cuanto a la igualdad de género en el acceso a salud. La COVID-19 ha puesto de relieve muchas de las vulnerabilidades y disparidades actuales, lo que subraya la necesidad de emprender medidas aceleradas a fin de generar cambios institucionales transformadores para que nadie se quede atrás. La OPS y los Estados Miembros seguirán asignando prioridad a la investigación, mediante la recopilación y la distribución de datos cuantitativos y cualitativos, desglosados por sexo y por otros factores socioeconómicos para exponer las inequidades y el impacto contrastante de la pandemia.

5. Referencias

1. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-NCoV). Organización Mundial de la Salud, OMS 2020. [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo del 2020. Organización Mundial de la Salud, OMS 2020. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
3. Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas. PAHO COVID-19 RESPONSE. Organización Panamericana de la Salud, <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. OPS; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>.
5. Mein, Stephen A. "COVID-19 and Health Disparities: the Reality of 'the Great Equalizer.'" *Journal of General Internal Medicine*, vol. 35, no. 8, 2020, pp. 2439–2440., doi:10.1007/s11606-020-05880-5.
6. Hawkes, Sarah, and Kent Buse. "Gender and Global Health: Evidence, Policy, and Inconvenient Truths." *The Lancet*, vol. 381, no. 9879, 2013, pp. 1783–1787., doi:10.1016/s0140-6736(13)60253-6.
7. Smith, Julia. "Overcoming the 'Tyranny of the Urgent': Integrating Gender into Disease Outbreak Preparedness and Response." *Gender & Development*, vol. 27, no. 2, 2019, pp. 355–369., doi:10.1080/13552074.2019.1615288.
8. Levin, Andrew, et al. "Assessing the Age Specificity of Infection Fatality Rates for COVID-19: Systematic Review, Meta-Analysis, and Public Policy Implications." *SSRN Electronic Journal*, 2020, doi:10.2139/ssrn.3684447.
9. Ueyama, Hiroki, et al. "Gender Difference Is Associated With Severity of Coronavirus Disease 2019 Infection: An Insight From a Meta-Analysis." *Critical Care Explorations*, vol. 2, no. 6, 2020, doi:10.1097/cce.000000000000148.
10. Gebhard, Catherine, et al. "Impact of Sex and Gender on COVID-19 Outcomes in Europe." *Biology of Sex Differences*, vol. 11, no. 1, 2020, doi:10.1186/s13293-020-00304-9.
11. Gadi, Nirupa, et al. "What's Sex Got to Do With COVID-19? Gender-Based Differences in the Host Immune Response to Coronaviruses." *Frontiers in Immunology*, vol. 11, 2020, doi:10.3389/fimmu.2020.02147.
12. Organización Mundial de la Salud. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19. OMS, 2020. www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19.

13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "It Is Necessary to Incorporate the Gender Dimension into Fiscal Policies amid the Pandemic and the Care Economy into a Transformative Recovery: Alicia Bárcena." Comunicado de prensa | CEPAL; 9 de octubre del 2020. www.cepal.org/en/pressreleases/it-necessary-incorporate-gender-dimension-fiscal-policies-amid-pandemic-and-care.
14. Landivar, Linda Christin, et al. "Early Signs Indicate That COVID-19 Is Exacerbating Gender Inequality in the Labor Force." *The COVID-19 Reader*, 2020, pp. 209–212., doi:10.4324/9781003141402-22.
15. Organización Mundial de la Salud. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
16. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población 2019. World Population Prospects. Naciones Unidas. <https://population.un.org/wpp/Publications/>.
17. Organización Mundial de la Salud. "COVID-19 Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers." Guideline, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.
18. Organización Mundial de la Salud. Keep Health Workers Safe to Keep Patients Safe. OMS, www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who.
19. Koissy-Kpein, Laura Turquet and Sandrine. COVID-19 and Gender: What Do We Know; What Do We Need to Know?: UN Women Data Hub. Homepage, 13 Apr. 2020, <https://data.unwomen.org/features/covid-19-and-gender-what-do-we-know-what-do-we-need-know>.
20. Addati, Laura, et al. Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work. Organización Internacional del Trabajo; 2018.
21. Allotey, John, et al. "Clinical Manifestations, Risk Factors, and Maternal and Perinatal Outcomes of Coronavirus Disease 2019 in Pregnancy: Living Systematic Review and Meta-Analysis." *Bmj*, 2020, p. m3320., doi:10.1136/bmj.m3320.
22. Naciones Unidas. Igualdad entre los géneros y empoderamiento de las mujeres y la niñas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>.