

Hemos recogido datos de la incidencia acumulada de COVID-19 en las siete regiones sanitarias de Cataluña (Alt Pirineu i Aran, Barcelona, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida y Terres de l'Ebre) dos semanas antes del inicio del curso escolar, del 31 de agosto al 13 de septiembre de 2020, según el registro de casos de COVID-19 en Cataluña (accesible en el portal *Dades Obertes COVID-19* de la Generalitat de Catalunya: <https://analisi.transparenciacatalunya.cat/>). La incidencia acumulada era de 204,4 casos por cada 100.000 habitantes, con un rango de variación entre 55,4 y 209,6. El número de grupos de alumnos confinados durante la primera semana de curso escolar, del 14 al 18 de septiembre, se obtuvo del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya y de la Agrupació de Famílies per una Elecció Educativa Segura. En total, se confinaron 177 grupos en 143 colegios.

Utilizamos un modelo de regresión de Poisson para evaluar la relación entre el número de grupos confinados por cada 1000 colegios y la incidencia acumulada de COVID-19 por 100.000 habitantes. En la *figura 1* puede verse una relación lineal, según la cual el riesgo de confinar a un grupo de alumnos aumenta en promedio un 4,3% para un incremento de 10 casos por 100.000 habitantes en la tasa de incidencia. Por lo tanto, pasar de una región de baja incidencia, con por ejemplo menos de 25 casos, a otra de alta incidencia, con más de 200 casos, implica un riesgo más que considerable y haría cuestionable abrir colegios en regiones con alta incidencia, tal como sugiere la Organización Mundial de la Salud⁵. Para el análisis hemos excluido la región sanitaria de Alt Pirineu i Aran, que no ha confinado todavía ningún grupo escolar durante la primera semana de curso, posiblemente por su baja densidad de población y sus características sociodemográficas, con más colegios rurales, menor ratio de alumnos y mayor posibilidad de impartir clases al aire libre, lo que podría reducir la transmisión del virus en el entorno escolar.

Estos datos parecen demostrar la hipótesis de la relación entre la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en la comunidad y la infección en los colegios. Hasta que no estén disponibles otras medidas de detección de casos, se hace necesario reevaluar continuamente el riesgo de mantener los colegios abiertos en aquellas zonas donde la incidencia de la infección sea alta⁵. También hay que señalar la importancia de tener datos disponibles y de libre acceso sobre el número de grupos, alumnos por grupo, tipo de colegio (urbano, rural), medidas de ventilación e higiene en el aula, que nos permitan realizar un análisis más detallado para una mejor determinación del riesgo de infección en el entorno escolar.

Contribuciones de autoría

J.M. García-Alamino y A. Tobías han contribuido igualmente en la concepción y el diseño del trabajo, así como en la recogida de datos, su análisis y la interpretación de los resultados. Ambos firmantes han participado en la redacción y la revisión crítica de la carta, hasta aprobar su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Fantini MP, Reno C, Biserni GB, et al. COVID-19 and the re-opening of schools: a policy maker's dilemma. *Ital J Pediatr.* 2020;46:79.
2. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, et al. Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in COVID-19? *BMJ.* 2020;370:m3223.
3. Morawska L, Tang JW, Bahnfleth W, et al. How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimised? *Environ Int.* 2020;142:105832.
4. Li X, Xu W, Dozier M, et al. UNCOVER. The role of children in transmission of SARS-CoV-2: a rapid review. *J Glob Health.* 2020;10:011101.
5. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19 (reference number: WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/Schools/2020.2). (Consultado el 20/9/2020.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>.

Josep Maria Garcia-Alamino^{a,b} y Aurelio Tobías^{c,*}

^a Grupo de Investigación Salud Global, Género y Sociedad (GHenderS), Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^b Programme in Evidence Based Health Care, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

^c Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua (IDAEA), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurelio.tobias@idaea.csic.es (A. Tobías).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.09.007>

0213-9111/ © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Defunciones por COVID-19 en España y estadísticas de mortalidad



Deaths by COVID-19 in Spain and mortality statistics

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Cirera et al.¹ sobre las defunciones por COVID-19 en España, el cual deseáramos complementar y explicar la experiencia en la Comunidad de Castilla y León en cuanto a la comunicación de las defunciones a partir de la fuente forense.

La mortalidad ha sido y es uno de los temas más controvertidos durante la pandemia de COVID-19. El aumento del número de defunciones y la afectación del personal de las Oficinas del Registro Civil han producido retrasos en el envío de la información demográfica de las defunciones. Una de las instituciones afectadas ha

sido el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, que mantiene el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad diaria que obtiene la información de la plataforma Infoleg del Ministerio de Justicia. Ante ello, dicho Ministerio dictó una instrucción el 4 de abril para conocer diariamente con el mayor grado de exactitud posible e inmediatez el número de defunciones². Además, el Instituto Nacional de Estadística (INE), a partir de junio, accede directamente a la información de Infoleg, la depura y la completa, y elabora una nueva estadística experimental denominada EDeS (Estimación de Defunciones Semanales durante el brote de COVID-19), que actualiza cada 15 días³.

Estas medidas se refieren al número de defunciones, pero no a sus causas. En una crisis epidémica es necesario establecer un sistema específico de vigilancia de la mortalidad que permita conocer las causas de todas las defunciones casi en tiempo real. Tal inmediatez no es posible con el circuito de declaración estadística y la Estadística de Defunciones según la causa de la muerte elaborada

por el INE. Coincidimos con Cirera et al. y con otros autores⁴ en que la implantación del certificado médico de defunción digital debe ser una prioridad, ya que permitiría disponer con mayor antelación de la información sobre las causas de la muerte.

Una iniciativa destacable es la realizada en Castilla y León. Aprovechando la función de los médicos forenses de supervisar los certificados médicos de defunción, se estableció un marco de colaboración entre la Dirección General de Salud Pública (DGSP) de Castilla y León y los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) para informar de los fallecimientos y sus características demográficas y médicas (edad, sexo, causas, lugar de defunción y estado de COVID-19). Con la colaboración de los registros civiles y de las funerarias, los IMLCF de Castilla y León analizan diariamente todos los certificados médicos de defunción de la comunidad autónoma. En algunos casos también se consulta la historia clínica digital o se contacta con un familiar de referencia. Esta colaboración se inició a primeros de abril mediante el envío diario por correo electrónico de una tabla Excel diseñada por la DGSP y desde primeros de mayo se realiza vía web mediante una aplicación informática denominada INFA; en el momento actual se mantiene esta colaboración.

La participación de los médicos forenses y los IMLCF en circuitos específicos de vigilancia de la mortalidad en una segunda oleada del virus o ante nuevas crisis sanitarias sería una opción muy interesante de mejora de la información y de colaboración con las autoridades sanitarias.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han concebido la carta. E. Barbería redactó el borrador inicial sobre el que el resto de los/las autores/as han contribuido sustancialmente y han aprobado su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Cirera L, Segura A, Hernández I. Defunciones por COVID-19: no están todas las que son y no son todas las que están. *Gac Sanit.* 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.006>.
2. Barbería E, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Med Leg.* 2020;46:89–92.
3. Instituto Nacional de Estadística. Estimación de defunciones semanales. (Consultado el 1/9/2020.) Disponible en: https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm.
4. Teijeira-Álvarez R, León-Sanz MP, Castro-Herranz S, et al. La certificación de la defunción de casos de COVID-19 en España. *Rev Esp Med Leg.* 2020;46:101–8.

Eneko Barbería^{a,b,*}, Marta Grijalba^{a,c},
José Amador Martínez^d, Rosa Ana Marcos^e y Victoria García^f

^a Dirección General para el Servicio Público de Justicia,
Ministerio de Justicia, Madrid, España

^b Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud,
Universidad Rovira i Virgili, Reus (Tarragona), España

^c Facultad de Derecho, Universidad Internacional de La Rioja, Logroño
(La Rioja), España

^d Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Ávila, Burgos,
Segovia y Soria, Burgos, España

^e Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de León y Zamora,
León, España

^f Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Palencia,
Salamanca y Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enekobarberia@gmail.com (E. Barbería).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.09.003>

0213-9111/ © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Jóvenes epidemiólogos y salubristas españoles: ¿precariedad como forma de vida?



Young Spanish epidemiologists and public health professionals: job insecurity as way of life?

Sr. Director:

Como se ha podido comprobar durante la pandemia por SARS-CoV-2, la epidemiología es clave en la propuesta de políticas y la toma de decisiones. No obstante, en otras muchas ocasiones ha sido y es una disciplina desconocida e invisibilizada, al igual que quienes la desempeñan.

Para controlar la distribución de las enfermedades u otros problemas de salud es necesario contar con todos/as los/las profesionales que integran la salud pública¹. Sin embargo, los/las epidemiólogos/as y salubristas más jóvenes suelen encontrarse con ciertas barreras para desarrollar de forma plena su carrera, como son la precariedad laboral, la falta de reconocimiento profesional y la desigualdad en el acceso a determinadas ofertas laborales, entre otras².

El Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos y Salubristas (Grupo EJE) está formado por más de 200 profesionales de la epidemiología y la salud pública menores de 36 años, y sus objetivos pueden conocerse en su página web (<https://www.grupoeje.org/>). En 2019

se distribuyó un cuestionario *on-line* entre sus socios/as cuyo fin era poder trazar el perfil de estos/as jóvenes. Para ello, se recogieron variables referentes a los estudios universitarios, la formación en epidemiología y salud pública, las condiciones laborales y las áreas de trabajo (tabla 1). Se envió el cuestionario a 135 miembros y fue cumplimentado por 51 (tasa de respuesta del 38%), con una edad media de 30 años (desviación estándar: ± 3); de quienes respondieron, el 64,7% ($n = 33$) eran mujeres. Sus áreas de investigación fueron múltiples, destacando los determinantes sociales de la salud, la metodología epidemiológica, la medicina preventiva hospitalaria y la epidemiología ambiental, nutricional o del cáncer.

En los comienzos de la epidemiología eran principalmente hombres médicos quienes realizaban esta labor. Actualmente, la presencia de ambos sexos y la multiprofesionalidad son una realidad². Es fácil encontrar trabajando en salud pública tanto a profesionales de la salud como de las ciencias sociales o experimentales³. Esto no deja de ser una fortaleza propia de esta especialidad, ya que la perspectiva de cada una de las profesiones a una misma disciplina permite un abordaje biopsicosocial y holístico que genera un enriquecimiento del que se beneficia la salud de todas las personas.

Las nuevas generaciones de profesionales estamos altamente formados y cualificados. Paradójicamente, la precariedad al inicio de nuestra carrera es una realidad que condiciona el desarrollo y el liderazgo joven⁴. Entre las secuelas está la «fuga de cerebros» de