

A LA JUNTA ELECTORAL CENTRAL

Dr. **Oriol Mitjà Villar**, mayor de edad, provisto del NIF [REDACTED], con domicilio en Calle [REDACTED]ra [REDACTED]r [REDACTED] Badalona a efecto de notificaciones (así como mediante la cuenta de correo electrónico [REDACTED]@[REDACTED].cdm), comparezco ante la **JUNTA ELECTORAL CENTRAL** y, como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Alegación previa.- Dirijo el presente escrito a la JUNTA ELECTORAL CENTRAL por cuanto es objeto del mismo una cuestión que afecta a la totalidad del territorio de la CCAA de Catalunya (carente de Junta Electoral de Comunidad Autónoma), y estar relacionada con el censo de electores, competencia de la Junta Electoral Central, al amparo del art. 19 de la L.O. 5/1985, de 19 de junio del régimen electoral general (LOREG).

Antecedentes.- La Dirección General de Participación Ciudadana y Procesos Electorales del Departamento de Acción Exterior, Relaciones Institucionales y Transparencia ha aprobado y publicado en su página de internet un *Protocolo específico para la adecuación de los colegios electorales y para el procedimiento de voto en mesa electoral y escrutinio para las próximas elecciones al Parlamento de Catalunya del 14 de febrero de 2021*, que acompañamos como **Anexo I**, en la sección 4 del cual se prevé textualmente (en su traducción al castellano):

“4. Voto de las personas contagiadas

Hay un amplio consenso entre la comunidad internacional respecto a que el derecho a voto es un derecho fundamental y que, por lo tanto, se debe garantizar en cualquier circunstancia. En este sentido, y ante una situación excepcional como la actual pandemia de la COVID-19, las autoridades deben poner a disposición de la ciudadanía todos los medios posibles para garantizar el libre ejercicio de este derecho.

Con la experiencia acumulada los últimos meses, se considera que:

- Exceptuar transitoriamente los estados de aislamiento o de cuarentena durante el tiempo máximo imprescindible para efectuar una votación en un local electoral supone un riesgo poco significativo para la salud pública, siempre y cuando se sigan estrictamente las medidas de seguridad sanitaria determinadas por las autoridades.**
- Contribuye al control efectivo del riesgo de contagio mencionado un uso adecuado de los equipos de protección por parte de no profesionales —con las limitaciones que supone, pero sin que sea estrictamente necesaria la vigilancia o la asistencia de personal profesional de salud—, el refuerzo de las medidas higiénicas, de limpieza, desinfección y ventilación, y*

el establecimiento de circuitos específicos que garanticen el derecho a voto, minimizando la interacción social. Esto incluye la colocación de los equipos de protección individual —a utilizar por los miembros de la mesa y el personal de limpieza y desinfección—, que puede ser efectuada por la próxima persona usuaria previa formación o siguiendo un manual.

- La limpieza y desinfección debe realizarse por parte de equipos profesionales del sector, pero no necesitan ninguna formación o acreditación específica para hacerlo.

Por este motivo, se considera seguro permitir el voto de personas contagiadas por SARSCoV-2 en las próximas Elecciones en el Parlamento de Cataluña, bajo las condiciones y los criterios siguientes:

Procedimiento de voto de las personas contagiadas:

- Se promoverá activamente el voto por correo de las personas que hayan recibido la indicación sanitaria de iniciar un aislamiento o cuarentena, por tratarse de un caso positivo o de un contacto estrecho, respectivamente.

- Se recomendará a la ciudadanía votar según una distribución de franjas de acuerdo con la situación sanitaria personal. El seguimiento de estas indicaciones no es obligatorio y se apelará al sentido común, la buena voluntad y la responsabilidad de cada persona hacer el seguimiento en beneficio de la seguridad sanitaria.

- La distribución de los votantes por franjas es la siguiente:

o Los colectivos de riesgo votarán preferentemente durante las tres primeras horas de la jornada electoral, es decir, de las 9.00h a las 12.00h.

o Los votantes no pertenecientes a los colectivos de riesgo o en cuarentena votarán preferentemente en la franja de las 12.00h a las 19.00h.

o Los colectivos de personas en cuarentena –contagiados, contactos estrechos y sospechosos- votarán durante la última hora de la jornada electoral, es decir, de las 19.00h a las 20.00h.

- Durante la última hora de votación los miembros de la mesa utilizarán equipos de protección individual (EPI) integrales de alta seguridad. Se los tendrán que poner entre las 18.40h y las 19.00h por turnos, quedando siempre dos miembros en custodia de la urna y para seguir con el proceso electoral.

- Las personas contagiadas, contactos estrechos y sospechosos deberán llevar un certificado de desplazamiento por la crisis sanitaria de la COVID-19 o documento equivalente vigente con la finalidad única de romper el confinamiento obligatorio para ejercer su derecho a voto. La autoridad competente se lo podrá pedir.

- Se recomienda llevar el voto preparado de casa para votar en este turno con el fin de minimizar el tiempo de estancia dentro del local electoral, así como evitar tocar cualquier tipo de material.

- Se pedirá a la Junta Electoral Central que las personas vulnerables o que se encuentren en cuarentena por ser contactos estrechos puedan alegar su situación de salud para declinar su obligación de ser miembros de mesa en caso de ser seleccionadas.

- El Gobierno solicitará un informe jurídico respecto a la posibilidad legal que personas de riesgo y ciudadanía en general puedan declinar la obligación de ser miembros de mesa en caso de ser seleccionadas.

Material de protección para los miembros de las mesas electorales durante la última franja:

- *A los miembros de mesa se les facilitará un Equipo de Protección Individual de alta seguridad, de acuerdo con las características que índice el PROCICAT, y que incluye:*
 - o Ropa protectora.*
 - o Guantes.*
 - o Mascarilla FFP2.*
 - o Gafas protectoras.*
- *También se les facilitará un manual sobre cómo ponerse y quitarse el equipo correctamente.”*

A la vista de tales previsiones se formulan las siguientes

ALEGACIONES

1.- El derecho a la vida y la integridad física reconocido en el artículo 15 de la Constitución Española es un derecho fundamental que, en caso de permitirse a los infectados por COVID-19 acudir a las urnas, tal como se prevé en el Protocolo objeto de impugnación, se pondría en riesgo de forma evidente.

2.- La Constitución, en el artículo 43, configura el derecho a la salud, como principio rector de la política social y económica, estableciendo que los poderes públicos deberán proteger la salud pública a través de las medidas preventivas que fueran necesarias.

3.- Al tratarse este caso de una confrontación de derechos fundamentales, se deben ponderar, y considerar que la vulneración del derecho de sufragio activo es adecuada para salvaguardar el derecho global de la salud pública.

Tal y como se pone de manifiesto en el Informe epidemiológico que se adjunta como **Anexo II**, permitir la concentración de personas junto a vectores del virus es altamente peligroso y las medidas de control y seguridad propuestas mediante el uso de un Equipo de Protección Individual (EPI) por parte de no profesionales no mitiga el riesgo. Es necesario tener en cuenta, que, aplicando un criterio pragmático, poner en peligro la salud y, por tanto, la vida de la ciudadanía debe ser antepuesto a la participación política.

En particular, llama poderosamente la atención que si bien está previsto facilitar a los miembros de mesa un Equipo de Protección Individual (EPI) únicamente en la última franja horaria (de 19 a 20 h.), lo cierto es que el acceso de personas contagiadas a las mesas electorales puede producirse a lo largo de toda la jornada electoral (acudir de 19 a 20 h no es más que una recomendación). Es evidente, por lo tanto, el riesgo para la salud al que se

expone a los miembros de las mesas electorales, quienes únicamente estarán adecuadamente protegidos –siempre que el protocolo para la utilización del EPI se siga adecuadamente- durante la última hora de la jornada electoral, careciendo de dicha protección el resto de la jornada, durante la cual (insistimos) puede presentarse en el colegio electoral cualquier persona contagiada, en cuarentena o sospechosa de haber contraído la enfermedad.

4- La incapacidad de votar de manera presencial el día 14 de febrero no niega el ejercicio del derecho fundamental al sufragio activo, dado que actualmente existen otros métodos accesibles al ciudadano para ejercer tal derecho, como el voto por correo. En cambio, permitir el voto presencial de las personas infectadas sí puede suponer una limitación del ejercicio de ese derecho al resto de ciudadanos que, por temor al contagio, al verse obligados a estar en contacto con la infección, no acudan a las urnas.

5.- La Junta Electoral Central, ya estableció su criterio en las pasadas elecciones vascas del 12 de Julio de 2020, en las que se dispuso que los enfermos e infectados por COVID-19 no debían acudir a la mesa electoral para salvaguardar la salud pública de la ciudadanía.

6.- En la fecha en la que se celebran los comicios catalanes la situación epidemiológica es considerablemente más grave que la que sufría el territorio vasco en las fechas en las que se declaró que no debían acudir a las mesas electorales. La aplicación de un criterio distinto a dos territorios, en identidad de circunstancias, supondría una vulneración del principio más básico de igualdad constitucionalmente reconocido

7.- Que, tal y como se establece en el punto 3 del acuerdo número 125/2020 de la JEC: “Es de público conocimiento que, mientras persista el riesgo de contagio, deben evitarse las aglomeraciones en lugares cerrados. El riesgo de contagio siempre existirá, por mucho que los poderes públicos se esmeren en mantener unas condiciones idóneas de limpieza de los locales electorales y de asepsia de todas las personas que intervienen en el proceso de votación.”

Cabe considerar, en consecuencia, que, el riesgo conocido, es razón suficiente para impedir acudir a las mesas electorales a personas que no solo tienen posibilidad, sino claro potencial para infectar a ciudadanos sanos.

En virtud de lo expuesto,

SOLICITO

Que tenga por presentado este escrito junto con la documentación al mismo acompañada, lo admita, y que, en virtud de las alegaciones en el mismo formuladas, así como –en particular- del contenido del Anexo II, por esta Junta Electoral, se resuelva:

- 1- no permitir a las personas infectadas por COVID-19 acudir presencialmente a la mesa electoral en las próximas elecciones al Parlamento de Catalunya del 14 de febrero de 2021.
- 2- Que, en caso de ser posible, se active el proceso de voto por correo previsto en el artículo 72.c de la LOREG: “c) En caso de enfermedad o incapacidad que impida la formulación personal de la solicitud, cuya existencia deberá acreditarse por medio de certificación médica oficial y gratuita, aquélla podrá ser efectuada en nombre del elector por otra persona autorizada notarial o consularmente mediante documento que se extenderá individualmente en relación con cada elector y sin que en el mismo pueda incluirse a varios electores, ni una misma persona representar a más de un elector. La Junta Electoral comprobará, en cada caso, la concurrencia de las circunstancias a que se refiere este apartado.”
- 3- Que se permita que el voto por correo se emita hasta la fecha de los comicios y no se vete la posibilidad de emitir un voto por correo a partir del 5 de febrero.

Y, para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente escrito mediante certificado digital en Badalona, a 1 de febrero de 2021.

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

Análisis del

“Protocolo específico para la adecuación de los colegios electorales y para el procedimiento de voto en mesa electoral y escrutinio para las próximas elecciones al Parlamento de Cataluña de 14 de febrero de 2021 v2.1 21/12/2020”

Dr. Oriol Mitjà

Médico especialista en Medicina Interna — Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain

Profesor titular en Enfermedades Infecciosas y Salud Global
—Equivalencia de “Established researcher R3 – European council” —
Consejo Europeo de Investigación (ERC)

Asesor técnico de la Organización Mundial de la Salud
Departamento de estrategias para control de enfermedades tropicales olvidadas

Oriol Mitjà, omitja@flsida.org, Hospital Germans Trias, Carretera Canyet s/n, 08916, Badalona, Spain

1. Alcance y objetivos

El presente informe tiene el alcance y objetivos siguientes:

1.1 Evaluar la progresión temporal de la pandemia en España y análisis comparativo entre la situación epidemiológica en Cataluña en febrero de 2021 y la situación epidemiológica en Galicia y País Vasco en julio de 2020 momento en el que se celebraron elecciones en dichas CCAA.

1.2 Evaluar el riesgo de transmisión de la Covid-19 en espacios interiores con referencia explícita a experiencias previas de eventos de transmisión durante los comicios en Estados Unidos

1.3 Evaluar la situación epidemiológica en Cataluña en el momento actual en base a la normativa consensuada entre las CCAA

1.4 Revisión del documento citado a continuación y evaluación técnica del mismo

Título: *“Protocolo específico para la adecuación de los colegios electorales y para el procedimiento de voto en mesa electoral y escrutinio para las próximas elecciones al Parlamento de Cataluña de 14 de febrero de 2021 v2.1 21/12/2020.”*

Autores y fecha: Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Exterior, Relacions Institucionals i Transparència, Direcció General de Participació Ciutadana i Processos Electorals, 21/12/2020.

Aprobado por: PROCICAT.

De ahora en adelante, “Protocolo Elecciones y Covid-19, 21/12/2020, v2.1”

Se evaluará si la afirmación del “Protocolo Elecciones i Covid-19, 21/12/2020, v2.1” con respecto al riesgo para la salud pública de permitir el voto en colegio electoral de las personas contagiadas está bien argumentado en base a la evidencia científica de la que se dispone.

2. Progresión temporal de la pandemia en España

Los datos oficiales de España registrados durante la primera oleada de la pandemia (marzo-junio de 2020) reflejan sin duda un sesgo hacia los casos más graves, que son los que con mayor probabilidad contactaron y fueron atendidos por el sistema sanitario. Los casos leves y los casos asintomáticos están estimados a la baja con toda seguridad. Esta proporción puede situarse alrededor de un caso registrado por cada diez casos “reales”. A partir de julio de 2020 y hasta el momento actual se estima que se pueden estar registrando correctamente un 70-80% de los casos “reales”, gracias al aumento de la capacidad de detección (prueba RT-PCR y pruebas antigénicas rápidas) de los pacientes infectados en España (fig. 1), que incluyen una elevada proporción de casos leves y asintomáticos.

La media semanal de nuevos casos diarios confirmados de Covid-19 en España fue de 377 la primera semana y de 480 la segunda semana de julio de 2020. Estas cifras contrastan con los valores recientes de 28.829 en la tercera semana y 35.342 en la cuarta semana de enero de 2021.

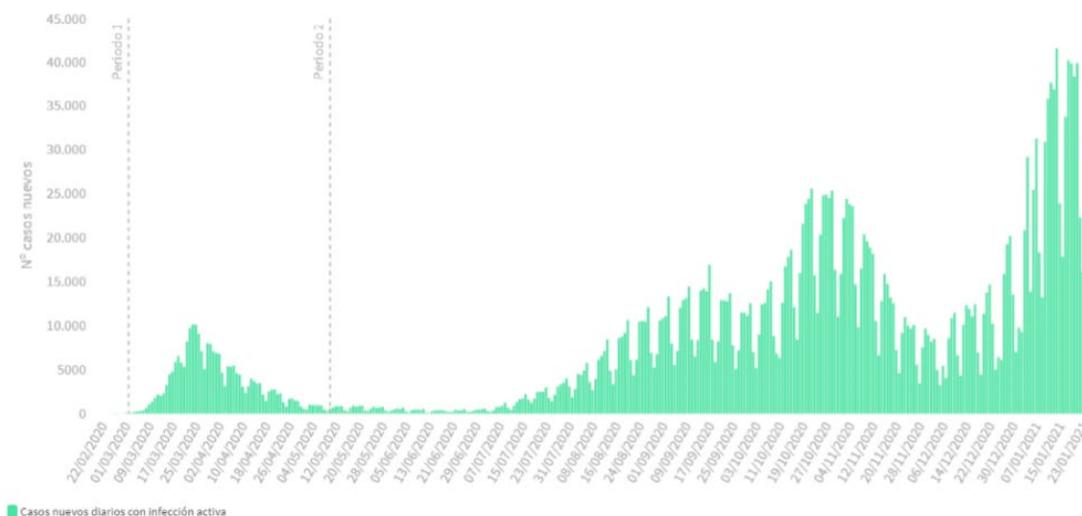


Figura 1:

Casos de COVID-19 oficialmente registrados en España (prueba PCR o antigénica positiva) hasta el 29 de enero de 2021. Primera, segunda y tercera oleadas.

Fuente: Ministerio de Sanidad.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>.

Acceso el 31 de enero de 2021

3. Riesgo de transmisión en espacios interiores con referencia al proceso electoral en Estados Unidos

El contagio de la COVID-19 es de persona a persona. La vía de transmisión más probable del virus SARS-CoV-2 es por contacto, gotas respiratorias y aerosoles. La mayoría de los contagios se producen a partir de pacientes sintomáticos, aunque también pueden ocurrir contagios a partir de pacientes asintomáticos.

La transmisión de COVID-19 puede ser particularmente eficaz en espacios interiores cerrados, como lugares de trabajo, incluidas fábricas, iglesias, restaurantes, centros comerciales, o eventos que ocurren en interiores como, fiestas y clases de baile. Una revisión sistemática apuntó un riesgo 18.7 veces mayor de transmisión en espacios confinados respecto a espacios abiertos.

El tiempo que las personas permanecen en ambientes interiores también parece estar asociado con la tasa de ataque. Por ejemplo, en una práctica de coro de 2,5 horas en Washington, EE. UU., hubo 32 casos secundarios confirmados y 20 probables de COVID-19 entre 61 participantes (85,2 %). Asimismo, en un centro de llamadas en Corea del Sur mostró una tasa de ataque del 43,5% entre 216 empleados en el noveno piso del centro de llamadas, lo que indica una alta transmisión en un entorno de trabajo interior lleno de gente.

Transmisión en el proceso electoral de Estados Unidos

Durante las elecciones presidenciales en Estados Unidos, el pasado 3 de noviembre de 2020 se estima que entre 40-60 trabajadores electorales (equivalente a un miembro de la mesa electoral en España) en todo el país contrajeron la enfermedad Covid-19, aunque no se puede certificar de manera irrefutable el vínculo con el servicio en la mesa electoral.

Según un análisis de Votebeat de informes locales, hubo casos de Covid-19 entre trabajadores electorales en al menos 24 condados en 14 estados en los días posteriores.

El profesor de enfermedades infecciosas y vacunas en la Facultad de Salud Pública de UC Berkeley, John Swartzberg, explicó que los riesgos de los miembros de las mesas se "magnifican" por el mayor número de encuentros humanos y el tiempo prolongado en espacios cerrados, lo que potencialmente los expone a una mayor carga viral. Puesto que estas personas están en las urnas durante un largo período de tiempo, a diferencia del votante que en realidad solo está interactuando con una persona durante un período de tiempo muy corto.

4. Evaluación de la situación epidemiológica en Cataluña en el momento actual

El 22 de octubre de 2020 el Ministerio de Sanidad distribuyó un documento, consensado entre la mayoría de las comunidades autónomas en el que se muestran de forma gráfica y visual los niveles de alerta por Covid-19 y las actuaciones en materia de prevención que se recomiendan. (Título: Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, 22 de octubre de 2020)

En la Tabla 1 (apéndice 1) se muestran los indicadores principales para la evaluación del riesgo y además se pueden ver los umbrales para determinar si el riesgo es bajo, medio, alto o muy alto en base a cada uno de ellos.

En la Tabla 2 (apéndice 1) se asigna al territorio evaluado un nivel de riesgo correspondiente a cuatro niveles de alerta según la combinación del resultado de los indicadores de la Tabla 2.

En la Tabla 3 (apéndice 1) quedan reflejadas las actuaciones en materia de situaciones que implican contacto estrecho en espacios cerrados y con concurrencia de muchas personas.

VALORES DE INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

En el informe “Evolución de los casos y del Rt del SARS-CoV2, actualizado 30/01/21 de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya” se encuentran los siguientes datos que merece la pena destacar:

- Incidencia acumulada en los últimos 14 días, Cataluña (página 3) = valor total de 620.9 casos por 100.000 habitantes, RIESGO MUY ALTO

Escala de riesgo (nueva normalidad <25, bajo 25 – 50, medio 50– 150, alto 150– 250, muy alto >250 casos por 100.000 habitantes en 14 días)

- Tendencia de la tasa reproductiva efectiva (Rt), Cataluña = valor 0.98, RIESGO BAJO

Escala de riesgo (nueva normalidad <1, bajo 1– 1,1, medio 1,1 – 1,5, alto 1,5– 2,0, muy alto >2)

VALORES DE INDICADORES ASISTENCIALES

En el “Informe en relación a prorrogar y modificar medidas especiales en materia de Salud Pública Vigentes para la contención del brote epidémico de la pandemia de Covidien-19 en Cataluña, Xavier Llebaria Samper, 15/01/21” se encuentran los siguientes datos que merece la pena destacar:

- Proporción de camas de agudos ocupadas entre el total disponibles 30% (2.835 / 9.285), RIESGO MUY ALTO

Escala de riesgo (nueva normalidad <2%, bajo 2 – 5%, medio 5 – 10%, alto 10– 15%, muy alto >15%)

- Proporción de camas de críticos ocupadas entre el total disponibles 77% (493 / 637), RIESGO MUY ALTO

Escala de riesgo (nueva normalidad <5%, bajo 5 – 10%, medio 10 – 15%, alto 15– 25%, muy alto >25%)

NIVEL DE ALERTA

El nivel de alerta en el momento actual en Cataluña es de 4 sobre 4 porque al menos un indicador del bloque epidemiológico y un indicador del bloque asistencial están en nivel MUY ALTO.

ACTUACIONES CORRESPONDIENTES

Las actuaciones correspondientes al nivel de alerta 4, suponen restricciones severas que en el caso de Zonas Interiores de establecimientos incluyen:

- La autoridad sanitaria deberá valorar el cierre de las zonas interiores de los establecimientos.
- Suspender la actividad salvo necesidad justificada de mantenerla.
- Limitar al máximo los contactos sociales fuera de los grupos de convivencia estable.
- Recomendación de permanecer en el domicilio.

5. Evaluación del “Protocolo Elecciones y Covid-19, 21/12/2020, v2.1” con respecto al riesgo para la salud pública de permitir el voto en colegio electoral de las personas contagiadas

El aislamiento efectivo de casos confirmados de Covid-19 es la medida primordial para el control de la transmisión del virus a una persona no-infectada y así queda recogido en el documento “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 - actualizado 18/12/20- Ministerio de Sanidad”.

En la página 10 del documento citado se menciona que: “En los casos Covid-19 con infección activa que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, se indicará aislamiento domiciliario, siempre que pueda garantizarse el aislamiento efectivo. Cuando éste no pueda garantizarse se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso. Siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.

Por otra parte, el documento que es objeto de evaluación “Protocolo Elecciones i Covid-19, 21/12/2020, v2.1” en la página 6 se expresa lo siguiente:

“Con la experiencia acumulada de los últimos meses se considera que:

- Exceptuar transitoriamente los estados de aislamiento o de cuarentena durante el tiempo máximo imprescindible para efectuar una votación en un local electoral presupone un riesgo poco significativo para la salud pública, siempre y cuando se sigan estrictamente las medidas de seguridad sanitaria determinadas por las autoridades.

- Contribuye al control efectivo de dicho riesgo de contagio un uso adecuado de los equipos de protección por parte de no profesionales -con las limitaciones que supone, pero sin que sea estrictamente necesaria la vigilancia o la asistencia de personal profesional de salud-, el refuerzo de las medidas higiénicas, de limpieza, desinfección y ventilación; y el establecimiento de circuitos específicos que garanticen el derecho a voto, minimizando la interacción social. Esto incluye la colocación de los equipos de protección individual -a utilizar por los miembros de la mesa como por el personal de limpieza y desinfección-, que puede ser efectuada por el propio usuario previa formación o siguiendo un manual.

- Por este motivo, se considera que permitir el voto de personas contagiadas por SARS-CoV-2 en las próximas Elecciones al Parlamento de Cataluña (...)

Opinión técnica: El autor de este informe en base al conocimiento técnico, considera que es incorrecta la conclusión de que “exceptuar el aislamiento de un caso confirmado de Covid-19 para efectuar una votación en un local electoral presupone un riesgo poco significativo para la salud pública”. Más bien, lo contrario, exceptuar un aislamiento de un caso confirmado de Covid-19 supone un riesgo muy alto para la salud pública. En el estado actual de la pandemia no se puede permitir ningún tipo de factor que incremente el riesgo de transmisión, que es evidente que existe.

Les apporto la información de estudio científico realizado en Cataluña, liderado por el autor de este informe y publicado en la revista científica *Lancet Infectious Diseases* (Apéndice 2). En dicho estudio, la transmisión de COVID-19 en 90 (32%) de 282 conglomerados o grupos de personas en Cataluña, tuvieron al menos un evento de transmisión. El riesgo de transmisión fue del 12% cuando el caso confirmado tenía baja carga viral y del 24% cuando tenía alta carga viral.

Asimismo, el autor de este informe considera que el “Protocolo Elecciones i Covid-19, 21/12/2020, v2.1” se contradice en sí mismo, porque dice que el riesgo es poco significativo si se siguen estrictamente las medidas de seguridad sanitaria determinadas por las autoridades. Si estas medidas han sido siempre el aislamiento de los infectados es totalmente contradictorio que ahora digan que sí los autorizan a saltarse esta norma.

Finalmente, también es incorrecta desde un punto de vista técnico la propuesta de “uso de un equipo de protección individual (EPI) por parte de no profesionales que puede ser efectuada por el propio usuario previa formación o siguiendo un manual.” El uso de un EPI requiere una prescripción, formación específica y verificación de la adecuación según establece la normativa actual de protección de salud laboral (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales, artículos 5 y 6). Así, el prescriptor de un EPI primero debe considerar factores personales que condicionan el uso (como la atopia, la alergia determinados tejidos o la dermatitis) debe garantizar la formación del usuario con sesiones de entrenamiento para la utilización de los EPI e implantar la utilización del equipo para lo que requiere verificar la adecuación al usuario y la eficacia frente a riesgos.

6. Conclusiones

PRIMERO – La situación epidemiológica en la segunda quincena de enero de 2021 es significativamente peor que la situación en la primera quincena de julio de 2020 cuando se celebraron procesos electorales en Galicia y País Vasco. La media semanal del número de nuevos casos diarios confirmados de Covid-19 en España fue de 377 casos diarios la primera semana y de 480 la segunda semana de julio de 2020. Estas cifras contrastan con los valores recientes de 28.829 en la tercera semana y 35.342 en la cuarta semana de enero de 2021.

SEGUNDO- El riesgo de contagio en un espacio interior es aproximadamente 20 veces mayor que en un espacio exterior. Además, el riesgo aumenta si la persona se expone a una persona contagiosa con mayor carga viral y durante un largo período de tiempo. Durante las elecciones presidenciales en Estados Unidos, el pasado 3 de noviembre de 2020 se estima que entre 40-60 trabajadores electorales (equivalente a un miembro de la mesa electoral en España) en todo el país contrajeron la enfermedad Covid-19, aunque no se puede certificar de manera irrefutable el vínculo con el servicio en la mesa electoral.

TERCERO – En base a los indicadores y umbrales establecidos por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Cataluña se encuentra actualmente en un nivel de alerta epidémico #4 (máximo 4/4). Por este motivo las actuaciones correspondientes en materia de salud pública deberían suponer restricciones severas.

Para llegar a la conclusión de que es necesaria la implantación de medidas restrictivas para la población es necesario evaluar indicadores relativos al nivel de utilización de los servicios asistenciales Covid-19 y al nivel de transmisión de la infección que presentan en este informe. En base a los datos expuestos, el autor de este informe considera que se acredita de forma fehaciente que existe una situación actual de riesgo muy alto para el sistema asistencial y un riesgo muy alto de contagio en la comunidad que requiere tomar medidas restrictivas sobre la población.

CUARTO – Los indicadores de **utilización de servicios asistenciales** son el número de camas de hospitalización ocupadas y el número de camas de cuidados críticos ocupadas. Se muestra que el número de camas de hospitalización ocupadas es muy alto, del 30%, y el número de camas de cuidados críticos ocupadas, también es muy alto de 70%. Estas cifras comportan un riesgo muy alto y existe un riesgo de colapso del sistema sanitario actual o en un futuro próximo.

QUINTO – El **indicador de Incidencia acumulada de casos diagnosticados** (incluyendo asintomáticos) mayor de 600 casos por 100.000 habitantes en 14 días es muy alto. Esto significa que la transmisión en la comunidad es muy alta y existe riesgo de contagio entre dos personas que interacciones en una mesa electoral.

SEXO – En base a la evidencia científica disponible en el momento actual es incorrecta la conclusión del “**Protocolo Elecciones y Covid-19, 21/12/2020, v2.1**” aprobado por el PROCICAT sobre que “exceptuar el aislamiento de un caso confirmado de Covid-19 para efectuar una votación en un local electoral presupone un riesgo poco significativo para la salud pública”. Sino al contrario, exceptuar un aislamiento en la situación epidémica actual supone un riesgo muy alto para la salud pública.

SÉPTIMO – El “**Protocolo Elecciones i Covid-19, 21/12/2020, v2.1**” se contradice en sí mismo, porque dice que el riesgo es poco significativo si se siguen estrictamente las medidas de seguridad sanitaria determinadas por las autoridades. Dado que estas medidas han sido siempre el aislamiento de los infectados es totalmente contradictorio que ahora digan que sí los autorizan a saltarse esta norma.

OCTAVO- El “**Protocolo Elecciones i Covid-19, 21/12/2020, v2.1**” propone “el uso de un equipo de protección individual (EPI) por parte de no profesionales que puede ser efectuada por el propio usuario previa formación o siguiendo un manual.” El uso de un EPI requiere una prescripción, formación específica y verificación de la adecuación según establece la normativa actual de protección de salud laboral (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales, artículos 5 y 6).

OCTAVO - Por todo lo expuesto, considero que:

- Los datos epidemiológicos en España en enero de 2021 son peores que en julio de 2020 cuando se celebraron comicios en Galicia y el País Vasco donde las personas confirmadas de Covid-19 no pudieron votar en el colegio electoral, sino por mecanismos alternativos.
- El riesgo de contagio de Covid-19 en un espacio interior es elevado y se han demostrado contagios en mesas electorales en Estados Unidos.
- Los datos sobre la situación del sistema sanitario y la incidencia de la infección muestran un nivel de alerta máximo en Cataluña y significa que existe riesgo de transmisión en interacciones en mesas electorales.
- El riesgo de exceptuar un aislamiento de un caso confirmado de Covid-19 en el contexto pandémico actual es muy elevado.
- El uso de EPIs por parte de no profesionales no es adecuado a menos que el prescriptor considere dé una formación y verifique la adecuación para la protección contra la infección.

En conclusión, el “**Protocolo Elecciones y Covid-19, 21/12/2020, v2.1**” no argumenta suficientemente que exceptuar el estado de aislamiento suponga un riesgo poco significativo para la salud pública. Por ello, considero que no es seguro permitir el voto en colegio electoral a personas confirmadas de Covid-19.

En Barcelona, a 1 de febrero del 2021

Fdo: Dr. Oriol Mitjà
Colegiado COMB 39922

REFERENCIAS

<https://www.theguardian.com/us-news/2020/dec/07/pandemic-covid-coronavirus-election-poll-workers>

<https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/13.07130720131534059.pdf>.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_22.10.2020.pdf

<https://aguas.gencat.cat/ca/actualitat/ultimes-dades-coronavirus/>

<https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/decisions-i-actuacions-rellevancia-juridica/Resolucions-administratives-judicials-amb-especial-rellevancia-publica/informes-covid19/informe-slt-67-2021.pdf>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

APENDICE 1

Tabla 1. Indicadores para la valoración del riesgo

Indicadores	Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información	
		Nueva normalidad	Bajo	Medio	Alto	Muy alto		
BLOQUE I: Evaluación del nivel de transmisión								
T1	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 14 días ¹	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes	≤25	>25 a ≤50	>50 a ≤150	>150 a ≤250	>250	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T1'	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 7 días ¹	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes	≤10	>10 a ≤25	>25 a ≤75	>75 a ≤125	>125	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T2	Incidencia acumulada de casos con 65 o más años diagnosticados en 14 días ¹	Casos ≥ 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes ≥ 65 años	≤20	>20 a ≤50	>50 a ≤100	>100 a ≤150	>150	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T2'	Incidencia acumulada de casos con 65 o más años diagnosticados en 7 días ¹	Casos ≥ 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes ≥ 65 años	≤10	>10 a ≤25	>25 a ≤50	>50 a ≤75	>75	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T3	Positividad global de las PDIA ² por semana	Número de pruebas con resultado positivo en 7 días *100 / Número de pruebas realizadas en 7 días	≤4%	>4% a ≤7%	>7% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15%	SERLAB
T4	Porcentaje de casos con trazabilidad ³	Número de casos diagnosticados con trazabilidad *100 / Número total de casos confirmados diagnosticados los últimos 7 días	>80%	≤80% a >65%	≤65% a >50%	≤50% a >30%	≤30%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES) e información de la CCAA
BLOQUE II: Nivel de utilización de servicios asistenciales por COVID-19								
A1	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19 ⁴	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID / Número total de camas de hospitalización en funcionamiento	≤2%	>2% a ≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15%	Declaración de datos de capacidad asistencial
A2	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19 ⁴	Número de camas de cuidados críticos ocupadas por casos de COVID / Número de camas de cuidados críticos totales en funcionamiento	≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15% a ≤25%	>25%	Declaración de datos de capacidad asistencial

Tabla 2. Determinación del nivel de alerta

Nivel de alerta 1: Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel bajo.

Nivel de alerta 2: Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel medio.

Nivel de alerta 3: Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel alto.

Nivel de alerta 4: Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel muy alto.

Tabla 3: Actuaciones de respuesta propuestas para los niveles de alerta 1,2 y 3.

		<small>Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD</small>		
		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
RIESGO ALTO Situaciones que implican: – contacto estrecho y prolongado – espacios cerrados – ventilación escasa o deficiente – concurrencia de muchas personas – actividades incompatibles con el uso de mascarilla	Centros recreativos de mayores (hogares del jubilado) y de jóvenes (ludotecas, centros de ocio juvenil...)	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 75% de su aforo interior. Actividad permitida únicamente en mesas garantizando la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. Ocupación máxima de 10 personas por mesa o agrupación de mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 50% de su aforo interior. Actividad permitida únicamente en mesas garantizando la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. Ocupación máxima de 6 personas por mesa o agrupación de mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Suspender la actividad salvo necesidad justificada de mantenerla.
	ZONAS INTERIORES de establecimientos de restauración y hostelería (bares, cafeterías y restaurantes -incluidos los de los hoteles-)	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 75% de su aforo interior. Ocupación máxima de 10 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 50% de su aforo interior. Ocupación máxima de 6 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre sillas de diferentes mesas. Prohibición de consumo en barra. 	<ul style="list-style-type: none"> La autoridad sanitaria deberá valorar el cierre de las zonas interiores de los establecimientos, y en su defecto, reducir los aforos al mínimo posible y prohibición de consumo en barra.
		<ul style="list-style-type: none"> Se deberá asegurar la correcta ventilación de los espacios interiores. En todo momento se hará uso de la mascarilla cuando no se esté comiendo ni bebiendo. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Se eliminarán los servicios <i>self-service</i> o <i>bufet</i>. Los establecimientos podrán dar servicio de recogida en local, envío a domicilio o recogida en vehículo en todos los niveles de alerta. La recogida se realizará siempre manteniendo distancias seguridad y medidas de prevención. 		