



Editorial

Pasaporte COVID, ¿sí o no?

Covid passport, yes or not?



La pandemia por COVID-19 iniciada en diciembre de 2019 y que afecta a la población mundial desde principios de 2020, es evidente que ha cambiado la vida de la mayoría de las personas en todos sus ámbitos. Puso de manifiesto rápidamente la vulnerabilidad de todos, y de los servicios sanitarios en especial. La rapidez con que se saturaban y se desbordaban ante un número elevado de enfermos de forma simultánea y por una enfermedad grave y desconocida.

Ello comportó que los gobiernos y las autoridades sanitarias tomaran decisiones rápidas e improvisadas, que en muchos países supusieron la implantación de normativas que significaron recortes de libertades (confinamiento en el domicilio, cierre de los establecimientos considerados no imprescindibles, obligación de mantener distancias entre personas, límites de aforo en los establecimientos que permanecieron abiertos), normas estrictas y de obligado cumplimiento (uso de mascarillas, distancia social, higiene de manos y aislamiento de personas enfermas y de sus contactos). En España se implantaron estrategias que se mantienen en continua revisión y cambios según la epidemiología y la evolución de la pandemia¹.

A nivel de atención sanitaria, cambios radicales en la forma de atender a los pacientes, dando prioridad a la atención telefónica y virtual en detrimento de la presencial, que quedó para los casos en los que no se podía resolver el problema por otra vía, y demorando los seguimientos de enfermedades crónicas no complicadas y de procesos considerados no graves. Se vulneraron las normas de confidencialidad al enviar información y documentos sanitarios (bajas laborales, planes de medicación, informes) por vías telemáticas no seguras, dado que los programas de historia clínica no estaban preparados para hacer estos trámites de forma segura y masiva. Profesionales y usuarios, aunque incomodara, lo aceptamos dada la situación de urgencia².

Se ensayaron fármacos no contrastados como uso compasivo, se publicaron estudios sin haber sido revisados previamente, se inició de forma acelerada el desarrollo y los ensayos sobre diversas vacunas. En el caso de las vacunas, se aprobaron por mecanismos de urgencia y provisionales por las agencias oficiales de medicamentos de Estados Unidos, Food and Drug Administration y de Europa, Agencia Europea de Medicamentos, para iniciar inmediatamente su administración a la población. Se priorizaron los grupos a los que se irían administrando con el objetivo de proteger primero a los más vulnerables y expuestos, y alcanzar coberturas muy elevadas que permitiesen progresivamente protección a las personas vacunadas y disminución de la circulación del virus, de gran contagiosidad³⁻⁵.

La mascarilla, la higiene de manos, la distancia y finalmente las vacunas, deberían ayudar a controlar la pandemia y sobretodo, a

poder recuperar el máximo de las actividades con el fin de superar la gran crisis sanitaria, social y económica que ha provocado la pandemia.

En España, a lo largo de 2021 se han administrado las vacunas progresivamente hasta ofrecerlas prácticamente a toda la población diana (mayores de 12 años). Sin embargo, llegados aproximadamente al 70% de cobertura (referida a la población general), y a pesar de disponer de dosis suficientes, se ha estancado la vacunación por la negativa de la población restante a vacunarse y el avance ahora es mucho más lento y difícil. Dentro del grupo de personas que no quieren vacunarse hay distintas sensibilidades: los antivacunas en general (no se niegan solo a la del coronavirus, sino a todas las vacunas en general), aunque no parece el colectivo más numeroso. También hay personas que creen que no son vulnerables, otras que tienen miedo a los posibles efectos secundarios, aquellas que creen que las vacunas han sido comercializadas sin los estudios y controles suficientes, y que buscan exclusivamente el beneficio de las farmacéuticas, las negacionistas de la pandemia, entre otras.

Ante esta situación, se plantean diversas estrategias para conseguir el objetivo de aumentar la cobertura vacunal como la obligatoriedad de vacunarse o el requerimiento del pasaporte o certificado COVID como requisito para determinados trabajos (personal sanitario, trabajadores de residencias geriátricas), para acceder a establecimientos (restauración, comercios, ocio, eventos deportivos), o para facilitar la movilidad (transporte público, acceso a aeropuertos y aviones, entrada a otros países)^{4,5}.

El debate sobre si es discriminatorio o ético ahora que se plantea seriamente esta posibilidad es amplio. Por una parte, las vacunas tienen una elevada efectividad^{6,7}, y aunque disminuye con el paso de los meses tras la pauta completa, se está comprobando que disminuye las formas graves de la enfermedad, reduciendo los ingresos hospitalarios en planta y en intensivos, así como la mortalidad^{5,8,9}. En muchos países, incluida España, ya se está administrando la tercera dosis a los colectivos de mayor edad¹⁰. También es cierto que el hecho de estar vacunado no parece evitar la transmisión, al menos ante variantes muy contagiosas como la delta o la ómicron, lo que plantea interrogantes como ¿el pasaporte COVID puede dar falsa seguridad o aumentar incluso el riesgo de transmisión si se relajan otras medidas, como el uso de la mascarilla o la distancia social?

Medidas como la obligatoriedad de las vacunas, o la que se plantea de solicitar el certificado de vacunación o pasaporte COVID pueden considerarse coercitivas de la libertad y autonomía de las personas y favorecedoras de desigualdades. En el contexto actual donde el acceso a las vacunas en España es universal y gratuito para todas las personas

a las que se ha recomendado, la desigualdad por este motivo es difícil de justificar.

Desde otra perspectiva también podría considerarse si las personas que no se vacunan están perjudicando al resto de población (e incluso a ellas mismas), ya que el aumento en la demanda de atención en los servicios de atención primaria, y de los ingresos en plantas y unidades de intensivos en los hospitales de pacientes COVID, forzosamente repercute en las listas de espera en las consultas para atender a otras enfermeades o a intervenciones programadas, ya que la capacidad de los servicios sanitarios es limitada.

El debate es complejo, la valoración de las decisiones en el contexto de una pandemia como la que nos afecta es difícil, así como encontrar el equilibrio entre la libertad o autonomía individual y el beneficio colectivo.

Responsabilidades éticas

Por la naturaleza del artículo, no ha precisado aprobación por comité de ética de investigación.

Financiación

El trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara ausencia de conflicto de intereses

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia nacional para la COVID-19. Consultado 6-Oct-2021. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Estra041120191049195.pdf>.
2. Batalla-Martínez C, Gené-Badía J, Mascort-Roca J. ¿Y la atención primaria durante la pandemia? *Aten Primaria*. 2020;52(9):598–9.
3. Generalitat de Catalunya. Comitè de bioètica de Catalunya. Toma de decisiones en tiempo de pandemia. Reflexiones desde la Bioética; 2020. Consultado 1-Oct-2021. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/presa-decisiones-pandemia.pdf.
4. Generalitat de Catalunya. Comitè de Bioètica de Catalunya. Sobre passaport que certifica l'estat immunitari de la persona. Barcelona; 2021. Consultado 6-Oct-2021. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/passaport-immunitari.pdf.
5. Terribas Sala N. Vacunes en context de pandèmia. Reflexions des de la Bioètica. [Consultado 5-Oct-2021]. Disponible en: <https://www.antifrau.cat/ca/vacunes-context-pandemia-reflexions-bioetica>
6. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *N Engl J Med*. 2020;383:2603–15. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577> Consulta 24-Dec-2021. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2034577?articleTools=true>.
7. Tartof SY, Slezak JM, Fischer H, et al. Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2021;398:1407–16 Consulta 24-Nov-2021. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2902183-8>.
8. Griffin JB, Haddix M, Danza P, et al. SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among persons aged ≥ 16 years, by vaccination status — Los Angeles county, California, May 1–July 25, 2021. *MMWR*. 2021;70(34):1170–6.
9. Scobie HM, Johnson AG, Suthar AB, et al. Monitoring incidence of COVID-19 Cases, hospitalizations, and deaths, by Vaccination Status — 13 U.S. Jurisdictions, April 4–July 17, 2021. *MMWR*;70(37):1284–1290.
10. Munro APS, Janani L, Cornelius V, Aley PK, Babbage G, Baxter D, et al. on behalf of the COV-BOOST study group. Safety and immunogenicity of seven COVID-19 vaccines as a third dose (booster) following two doses of ChAdOx1 nCov-19 or BNT162b2 in the UK (COV-BOOST): a blinded, multicentre, randomised, controlled, phase 2 trial. *www.thelancet.com*. Published online December 2, 2021. Disponible en: (consulta 13-12-2021): <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2902717-3> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02717-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02717-3).

Carme Batalla*

Medicina familiar, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: batalla.carme@gmail.com (C. Batalla)