A LA SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA. SEDE EN GRANADA

DOÑA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Procuradora de los Tribunales, actuando en nombre y representación de:

1. La ASOCIACION LIBERUM,

Bajo la dirección letrada de XXXXXXXXXXXX, colegiado número XXXXXX del Ilustre Colegio de Abogados de Málaga, email xxxxxxxxxxxxxxxxxx, ante la Sala comparezco y como mejor proceda en Derecho,

D I G O :

Que, en virtud del presente escrito y de la representación que invocamos, venimos a interponer **RECURSO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO, A TRAMITAR POR EL PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA** de conformidad con los artículos 114 y siguientes de la ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (en adelante LJCA) y al amparo del artículo 53.2 de la Constitución Española se interpone el correspondiente, **IMPUGNANDO** la *ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021.*

En su virtud,

SUPLICO A LA SALA: Que, tenga por presentado este escrito, con sus copias y documentos que se adjuntan, teniendo por interpuesto RECURSO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO POR EL PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE PROTECCION DE DERECHOS FUNDAMENTALES, de conformidad con los artículos 114 y siguientes de la ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (en adelante LJCA) y al amparo del artículo 53.2 de la Constitución Española se interpone el correspondiente, **IMPUGNANDO** la *ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO*, *publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021.*

OTROSÍ DIGO: De conformidad con lo dispuesto en el art. 135 y ss., LJCA solicitamos atendidas las CIRCUNSTANCIAS DE ESPECIAL URGENCIA y LA GRAVEDAD DE ESTAS, **LA SUSPENSIÓN CAUTELAR INAUDITA PARTE**, y subsidiariamente, se acuerde dicha SUSPENSION, de conformidad con lo dispuesto en el art. 129 y ss. LJCA, suspendiendo, la *ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021.*

Todo ello bajo los siguientes,

CUESTIONES JURIDICO- FORMALES PREVIAS

De conformidad con el artículo 115 de la LJCA, así como artículo 45 de la misma normativa, pero de aplicación supletoria, se deja constancia de lo siguiente:

Se acompaña la *ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO*, *publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021,* como **DOCUMENTO Nº 5.**

Que, dispone la Orden objeto de recurso su entrada en vigor desde las 00 del día siguiente de su publicación hasta el 15 de enero de 2022. Que, el recurso se interpone dentro del plazo de los DIEZ días hábiles, desde la entrada en vigor de la norma, de fecha 20 de diciembre de 2021.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 de la LJCA, a continuación, se expresa con precisión y claridad los derechos cuya tutela se pretenden, así como los argumentos sustanciales en los que se fundamenta el presente recurso:

1º) ACTO RECURRIDO:

Se actúa contra *la ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO*, *publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021,* concretamente la exigencia de presentación del certificado Digital COVID UE, conocido coloquialmente como "Pasaporte COVID", así como subsidiariamente sus ampliaciones y prórrogas, que comportan la vulneración gravísima de Derechos Fundamentales que seguidamente se expondrán.

2ª) ÓRGANO JURISDICCIONAL:

Se interpone el recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Granada, al que tenemos el honor de dirigirnos, de conformidad con el artículo 10 de la LJCA, en relación con el artículo 14 de la LJCA.

***3ª) PLAZO*:**

El recurso se interpone dentro del plazo de los 10 días hábiles, desde la entrega en vigor de la norma, en fecha 20 de diciembre de 2021.

4º) LEGITIMACIÓN:

La ostenta la *Asociación Liberum*, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 de la LJCA, pues, tal y como se acredita en los Estatutos y Acta Fundacional en los documentos 2 y 3 anexados, el objeto de la asociación, tal y como informa además su página web *www.liberumasociacion.org*:

> *«nació con el propósito de restaurar los derechos y libertades que nos han sido usurpados en el transcurso de la pandemia de la Covid-19, y lo hace con vocación de perpetuar su labor por los derechos humanos».*

A más abundamiento, la *Asociación Liberum*, defiende en el presente recurso contencioso-administrativo a los socios de la Ciudad Autónoma de Andalucía, en tanto en cuanto son residentes todos ellos en Andalucía, concretamente afectada por las medidas plenamente limitadoras de Derechos Fundamentales, discriminatorias y por ende ilegales, y que son el reflejo de un conjunto numeroso de la ciudadanía de Andalucía, que ve gravemente afectada su vida social, personal, y laboral, en toda su extensión de conformidad con el articulo número 19 de la LJCA. Así mismo ostenta legitimidad activa los particulares codemandantes como afectados por la aplicación de la Orden recurrida.

5ª) LESIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.

I) Vulneración del Derecho Fundamental proclamado en el **articulo 10 de la CE**, relativo a la dignidad humana.

II) Vulneración del Derecho Fundamental proclamado en el **artículo 14 de la CE**, relativo al derecho a la igualdad y no discriminación.

III) Vulneración del Derecho Fundamental proclamado en el **artículo 15 de la CE**, relativo al derecho a la integridad física, y **art. 16 CE**, relativo a la libertad de pensamiento, religión e ideologías.

IV) Vulneración del Derecho Fundamental proclamado en el **artículo 18.1**, relativo al derecho a la intimidad y al derecho a la protección de datos con amparo en el **artículo 18.4 de la CE**.

V) Vulneración del Derecho Fundamental proclamado en el **art. 21 de la CE**, relativo al derecho de reunión, el derecho a la libertad deambulatoria del **artículo 19 CE,** así como las libertades de expresión y creación artística, del **artículo 20 CE**, por cuanto se afecta a actividades culturales espectáculos públicos, recreativas y deportivas y asambleas de entidades, entre otros; establecimiento y lugares donde además se desarrolla la vida social de las personas, a nivel individual y colectivamente, afectándose a su vez al libre desarrollo de la personalidad, que es uno de los pilares del orden político y de la paz social (art. 10 de la CE).
En su virtud, y a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 115.2 de la LJCA,

H E C H O S

PRIMERO.- Es objeto del presente recurso, las medidas adoptadas en *la ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO*, *publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021,* para contener determinados aspectos de la pandemia ocasionada por el COVID-19 y cuya entrada en vigor, una vez publicada la Orden el día 19 de diciembre de 2021 en el BOJA tendrá una duración desde las 00 horas del día siguiente a su publicación hasta el 15 de enero de 2022, pudiéndose prorrogar o modificar. Es decir, se imponen las medidas establecidas en la Orden durante un periodo de VEINTISÉIS DÍAS.

SEGUNDO.- Las medidas que venimos a impugnar son las siguientes:

«DISPONGO

Artículo único. Medida preventiva de salud pública, relativa al Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica para el acceso al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento.

1. Las personas usuarias mayores de 12 años podrán acceder al espacio interior de los establecimientos de hostelería, y de ocio y esparcimiento, definidos de conformidad con lo dispuesto respectivamente en los epígrafes III.2.7 y III.2.8 del Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, aprobado por el Decreto 155/2018, de 31 de julio, y establecimientos asimilados a estos epígrafes, conforme a su disposición adicional novena, siempre que dispongan de un certificado emitido por el servicio público de salud o por un laboratorio autorizado en el caso del párrafo b) siguiente, que acredite la concurrencia de cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Que recibieron la pauta completa de una vacuna contra la COVID-19 para la cual se concedió una autorización de comercialización, de conformidad con el Reglamento (CE) 726/2004.

b) Que disponen de una prueba diagnóstica negativa realizada en las últimas 72 horas, en el caso de las PCR, y 48 horas, en el caso de los test de antígenos. En el caso de los test rápidos de antígenos, deberán estar enumerados en la lista común y actualizada de test rápidos de antígenos de la COVID-19 establecida sobre la base de la Recomendación 2021/C 24/01, del Consejo de Europa.

c) Que se recuperaron de una infección por el SARS-CoV-2 en los últimos 6 meses. Para ello, la persona deberá haber sido diagnosticada como caso confirmado de la COVID-19 hace 11 días o más, mediante una prueba PCR, no siendo válido otro tipo de test.

2. Será imprescindible para acceder a los establecimientos previstos en el apartado anterior, que las personas usuarias acrediten documentalmente tanto su identidad, como de la concurrencia de cualquiera de las tres circunstancias previstas en el mismo.

3. La exigencia establecida en el apartado 1 no serán aplicables para el acceso a personas usuarias menores de 12 años a aquellos establecimientos a los que no tengan limitado el mismo por su clasificación. Asimismo, la aplicación de esta medida no amparará el acceso de personas usuarias mayores de 12 años a establecimientos a los que tengan limitado su acceso conforme a la normativa vigente.

4. Al objeto de procurar la máxima garantía de privacidad e intimidad de las personas, la información a la que se refiere el apartado 1 junto con el documento acreditativo de su identidad, solamente podrá ser solicitada a los efectos de su mera comprobación o verificación. No se conservarán en ningún caso, datos de carácter personal sanitario ni se crearán ficheros con ellos. En todo caso, el personal que pueda tener acceso o conocimiento de la información está obligado a mantener el secreto y la confidencialidad sobre los datos personales a que acceda, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

5. En estos establecimientos se colocará un cartel informativo al público, sobre el carácter necesario de esta documentación para el acceso al mismo, así como sobre la no conservación de los datos personales sanitarios acreditados.

6. La puesta en funcionamiento de la medida y su control respetarán, en todo caso, la dignidad de la persona. Las actuaciones de comprobación serán lo menos intrusivas».

TERCERO.- La Orden no contiene una fundada exposición de motivos, ni informes técnicos sanitarios que fundamenten y acrediten la existencia de una situación sanitaria de **PELIGRO GRAVE E INMINENTE** que justifique la aplicación de medidas restrictivas en los términos expresados, previa valoración técnica de los beneficios y riesgos de cada medida propuesta.

No existe ni un solo informe que acredite, a la vista del grupo creado en torno a la "inmunización" provocada por la vacuna, la necesidad de aplicar restricciones en el sentido de limitar la agrupación o la organización de personas en los términos habilitados por la Constitución.

Tampoco se acredita con el preceptivo informe sanitario los beneficios que se derivan de cada una de las medidas adoptadas impuestas. Ni se pondera su eficacia frente al supuesto riesgo que pretende evitar, valorando equilibradamente el daño personal y económico que de tales decisiones se pudiera derivar.

3.1 ***Motivos de la imposición del certificado COVID.***

La Orden sustenta la medida del "pasaporte covid" en los siguientes argumentos técnicos:

> *«[…] la Comunidad Autónoma de Andalucía, atendiendo a la situación epidemiológica actual, deba seguir adoptando medidas preventivas concretas ante situaciones de riesgo grave para la salud pública provocadas por la pandemia […] ante la situación epidemiológica actual, el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto, en su reunión del día 9 de diciembre de 2021, ha realizado una valoración de la situación y ha considerado proponer la medida de que sólo puedan acceder a un espacio interior de un establecimiento público con actividad de hostelería u ocio nocturno, es decir, salas de fiesta, discotecas y similares, las personas usuarias mayores de 12 años que dispongan de Certificado Covid de vacunación o Certificado Covid de recuperación, o prueba diagnóstica emitida por el servicio público de salud o por un laboratorio autorizado, por considerarse estos espacios y actividades de mayor riesgo de transmisión. En Andalucía, después de la quinta ola de la enfermedad, con un pico de máxima incidencia en la semana epidemiológica 30 (del 25 al 31 julio de 2021) con una incidencia de 694,4 casos diagnosticados en 14 días por 100.000 habitantes, de intensidad moderada en relación a las olas anteriores, se ha producido un descenso continuo de la incidencia hasta el día 13 de octubre de 2021 (semana 41) con una incidencia de 31,7 casos diagnosticados en 14 días por 100.000 habitantes. A partir de dicha fecha se está produciendo un ascenso lento, pero continuado de la incidencia hasta una incidencia de 150,55 casos*

diagnosticados en 14 días por 100.000 habitantes, lo que supone una mayor posibilidad de nuevas transmisiones.

Por ello es necesario y oportuno adoptar medidas de escala significativa y progresiva, que permitan mitigar la transmisión del coronavirus en este momento epidemiológico con tendencia ascendente en aquellos escenarios que presentan un riesgo comparativamente mayor de transmisión como son los establecimientos con actividad de hostelería u ocio nocturno, es decir, salas de fiesta, discotecas y similares, lugares en que es necesario quitarse la mascarilla para realizar la consumición y donde las personas socializan e interactúan en un mayor nivel que en cualquier otro espacio.

La disminución de la transmisión de la COVID-19 en la población conforme aumenta la cobertura vacunal es algo que ha quedado constatado durante este año 2021 en nuestra Comunidad Autónoma, conforme se iban incorporando grupos poblacionales o grupos etarios a la campaña de vacunación. Asimismo, se han aportado ya estudios en los que se concluye que la condición de vacunado disminuye la probabilidad de transmisión.

Por ello, la exigencia del Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica en personas usuarias que acuden a estos establecimientos facilita la prevención de infecciones y, en consecuencia, puede evitar la aparición de brotes en los mismas. Las personas sin inmunidad tienen mayor probabilidad de infectarse y de ser transmisores con mayor carga viral que las personas con inmunidad, lo que justifica que se evite el acceso de éstas a los lugares considerados de alto riesgo de exposición».

Así pues, los motivos técnicos-sanitarios o presunciones en los que se pretende justificar la medida se resumen básicamente en dos argumentos:

- *Mitigar la transmisión del coronavirus […] en aquellos escenarios que presentan un riesgo comparativamente mayor de transmisión como son los establecimientos con actividad de hostelería u ocio nocturno […] lugares en que es necesario quitarse la mascarilla para realizar la consumición y donde las personas socializan en interactúan en un mayor nivel que en cualquier otro espacio.*

- *Las personas sin inmunidad tienen mayor probabilidad de infectarse y de ser transmisores con mayor carga viral que las personas con inmunidad*.

Los **datos que aporta la Orden** sobre la incidencia de la enfermedad son:

Del 25 al 31 de julio de 2021:
IA de 694,4 casos en 14 días por 100.000 habitantes (intensidad moderada).

Del 13 al 19 de octubre de 2021:
IA 31,7 casos en 14 días por 100.000 habitantes

Último dato aportado:
IA 150,55 casos en 14 días por 100.000 habitantes

Pero esta exposición de hechos no se ajustan a la realidad, y además, los datos sanitarios aportados no justifican la imposición del certificado Covid, amén de que los motivos expuestos no se sostienen en la evidencia científica. Veamos:

A) MITIGAR LA TRANSMISIÓN Y CONTAGIO DEL SARS-COV-2.

Según la **Actualización nº 525. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) 17.12.2021, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España**, los datos sobre la Andalucía son:

- Total Pacientes COVID hospitalizados: **590**
- % de camas Ocupadas COVID: **3,14%**
- Total Pacientes COVID en UCI: **106**
- % Camas Ocupadas UCI COVID: **5,92%**
- Defunciones en los último 7 días: **22**
- Letalidad global de la pandemia: **1,3%**
- Porcentaje de población vacunada: **85,8%**
- IA con inicio de síntomas en los últimos 14 días**: 87,53**
- IA en los últimos 14 días: **286,10.**

Así pues, debemos destacar de los datos cuantitativos ofrecidos por el MINISTERIO DE SANIDAD que, a fecha 17 de diciembre de 2021, los pacientes **hospitalizados por COVID son 3,14%,** en UCI **COVID un 5,92%.**

Aunque, la Orden no especifica la cobertura vacunal completa, entiende esta parte necesario aportar los datos ofrecidos por la Consejería de Salud y Familias a fecha 20 de diciembre de 2021:

Total población[1]	81,4%
De 80 años o más	104,9%
De 70 a 79 años	101,4%
De 60 a 69 años	102,2%
De 50 a 59 años	96,3%
De 40 a 49 años	90,7%
De 30 a 39 años	81,9%
De 20 a 29 años	83,0%
De 12 a 19 años	89,5%

Como puede observarse, la vacunación ha alcanzado el 100% en los tramos de edad de 60 a 80 años y más, con niveles superiores al 90% desde los 40 a 59 años. Y, una media global del 81,4%.

Esta parte sostiene que, un **3,14% pacientes hospitalizados, y un 5,92% pacientes en UCI y una tasa de letalidad del 1,3% no pueden dibujar en modo alguno un escenario de saturación en los servicios sanitarios, y mucho menos justificar la necesidad, proporcionalidad ni idoneidad de abocarnos a tomar medidas preventivas sanitarias tan drásticas, que suponen restricciones en los derechos fundamentales**. De lo contrario, cabría exigir a la Administración que dote inmediatamente de más medios humanos y materiales a los hospitales de Andalucía, reproche lógico y justo después de casi dos años de pandemia. Nos preguntamos, ***¿cuántas camas UCI nuevas se han instalado?, ¿con cuántas camas hospitalarias se ha ampliado la red asistencial?***

Si las autoridades no han cumplido con su deber y obligación de prever las necesidades sanitarias de sus ciudadanos después de meses de pandemia, sinceramente no ostentan el valor moral suficiente para exigir la restricción de los derechos fundamentales del pueblo, estigmatizando además a una minoría que difícilmente dispone de altavoces mediáticos o medios económicos para buscar auxilio judicial.

EXCMA. SALA, y sin ánimo de ser reiterativos, señalamos una vez más: un 3,14% hospitalizados, un 5,92% paciente en UCI, una letalidad del 1,3%, con una tasa de vacunal del 100% a partir de los 60 años, de más del 90% desde los 30 a los 59 años, y más del 80% desde los 12 años no justifica tomar como medida inevitable para paliar y frenar la situación aquella que limitar los derechos

[1] https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/salud/vacunas-COVID19.html

fundamentales de una minoría a la que se le condena al ostracismo social como apestados de la comunidad, culpables de todos los males y perjuicios que pudieran significar otras medidas, tales como limitar los aforos, o el cierre de la hostelería y otros comercios.

Es forzoso recordar los argumentos que en el pasado mes de agosto el TSJ de Andalucía con sede en Granada ofreció para denegar el "pasaporte covid", en medio del periodo estival, con una población aumentada por las vacaciones y una actividad del ocio y la restauración en su punto álgido, amén de un nivel de vacunación inferior al actual. Pues bien, **pese a estos elementos que son los mismos que ahora se argumentan** por parte de la Consejería de Salud para solicitar esta medida tan drástica de limitación de Derechos Fundamentales, el TSJ de Andalucía negó la medida.

a.1. *Denegación del pasaporte Covid por el TSJ de Andalucía el 6 de agosto de 2021.*

Es más, cabe recordar que ante la solicitud de ratificación del denominado "pasaporte Covid" en agosto de 2021, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía **(STSJ de Andalucía Sala de lo Contencioso-Administrativo con sede en Granada, nº 1543/2021, de 6 de agosto de 2021, Ponente: Excmo. Sr. D. Federico Lázaro Guil)** desestimó tal petición, en base a los siguientes fundamentos:

> *«No cabe perder la perspectiva de que en el momento actual, donde no existe un tratamiento curativo efectivo y **el proceso de vacunación no ha alcanzado el porcentaje necesario para producir la denominada "inmunidad de rebaño",** las medidas sanitarias deben centrarse fundamentalmente en la prevención […] Este tipo de actuación adquiere mayor justificación en aquellas situaciones que por **su tasa de incidencia acumulada, circulación de la variante Delta o cualquier otra con mayor transmisibilidad,** y, en general, por cualquiera otros parámetros idóneos de carácter epidemiológico, pueda afirmarse la concurrencia de un riesgo de propagación notablemente alto. […] La Orden de 5 de agosto de 2021 […] cuya ratificación parcial se solicita recoge en su parte expositiva las razones por las que el órgano técnico ha estimado que la medida de limitación de acceso al interior de locales de ocio nocturno es idónea para reducir de forma relevante la transmisión del virus […] indicando lo siguiente:*

*"[…] **El incremento de la penetración de la variante Delta en nuestra Comunidad, con una mayor capacidad de transmisión, está sosteniendo esta nueva onda epidémica**, ello a pesar del elevado ritmo de vacunación en Andalucía […] donde se ha alcanzan cifras de cobertura relevantes **(70% con una dosis en el tramo de 30 a 39 años y 53% en el tramo de 20 a 29 años).***

*Si bien las actuales coberturas de vacunación en Andalucía continúan en ascenso continuo, disminuyendo la transmisión y el efecto de esta enfermedad en los tramos etarios de mayor riesgo clínico en tanto no se alcanzan las coberturas vacunales necesarias y deseadas, **la presión asistencia continúa en ascenso**. **La vacunación protege eficazmente frente a la enfermedad grave, pero no garantiza de forma absoluta que no se pueda contraer la misma ni ser vehículo transmisor.** […] Por ello, **en tanto no se alcance la cobertura necesaria en estos grupos etarios [de 15 y 29 años], es necesario,** a la vista de la dinámica actual de la enfermedad COVID-19 en nuestra Comunidad, establecer una medida concreta a estos locales, **reduciendo de forma muy relevante la posibilidad de transmisión en el interior de los mismos, permitiendo su acceso a los mismos para consumo en el interior sólo aquellas personas mayores de edad que presenten un grado de inmunización adecuado o bien acrediten, con elevada probabilidad** **no ser transmisores del virus SARs-CoV-2, durante su estancia en ellos**".*

*[…] si se considera como la aptitud de una medida tendente a la consecución de un fin concreto, cual es evitar la propagación del virus, y admitiendo que la adopción de la medida pudiera contribuir de alguna manera a la reducción de la propagación del virus**, no es una medida idónea en el grado exigible**, por cuanto que establece la compatibilidad de la exigencia del certificado covid con una prueba PCR o test de antígeno, como medios para acceder al interior de los locales de ocio citados. **Como expresamente reconoce la Orden, si las personas que han sido vacunadas o han padecido la enfermedad, a pesar de haber desarrollado inmunidad frente al virus (en un mayor o menor grado, dependiendo del tipo de vacuna y del hecho de haber padecido la enfermedad) pueden ser potenciales transmisores del mismo, no se acierta a comprender cómo se evitará el posible contagio de quienes hayan accedido al local amparados en la presentación de un justificante por la realización de una PCR o un test de antígeno, que sólo acredita que en el momento de su realización no eran portadores del virus activo, pero no que gocen de inmunización alguna frente a éste.***

*En **cuanto a la necesidad de su implantación en este momento, tampoco creemos que aparezca justificada en el grado que resultaría exigible**. En efecto, **si tenemos en cuanta que, según las previsiones de vacunación su avance supo la imposición de un importante freno a la expansión del virus, no tiene mucha justificación que se implante una medida como la que se examina y en todo caso, el nivel de exigencia de la justificación de su necesidad debe ser muy superior al normal, lo que comporta que deba acreditarse con rotundidad que el mayor número de contagios de la nominada quinta ola tiene su origen, precisamente en los locales de ocio nocturno,** y en este particular ni la Orden ni los informes en los que se ampara ofrecen los datos necesarios para ello, **siendo claramente insuficiente los meros cálculos probabilísticos. La sala acuerda:** Denegar la ratificación judicial de la medida […]».*

Entendemos necesario recordar las circunstancias y motivos jurídicos por los cuales el TSJ de Andalucía denegó el denominado "*pasaporte covid"* el pasado día 6 de agosto de 2021, es decir, hace justo cuatro meses. Pues bien, en aquella ocasión **la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, justificó la petición el los siguientes motivos:**

1. El **porcentaje de vacunación** no ha alcanzado la denominada *"inmunidad de rebaño"*: *70% con una dosis en el tramo de 30 a 39 años y 53% en el tramo de 20 a 29 años. Señalamiento de la población joven del incremento de casos.*

2. El **incremento de la penetración de la variante Delta** en nuestra Comunidad, con una mayor capacidad de transmisión, está sosteniendo esta nueva onda epidémica.

3. *La **presión asistencia** continúa en ascenso.*

4. ***La vacunación** protege eficazmente frente a la enfermedad grave, pero **no garantiza de forma absoluta que no se pueda contraer la misma ni ser vehículo transmisor.***

5. *En tanto no se alcance la cobertura necesaria en estos grupos etarios [de 15 y 29 años], es necesario […] establecer una medida concreta a estos locales, **reduciendo de forma muy relevante la posibilidad de transmisión en el interior de los mismos**, **permitiendo su acceso** [...] **sólo aquellas personas mayores de edad que presenten un grado de inmunización adecuado o bien acrediten, con elevada probabilidad** no ser transmisores del virus SARs-CoV-2, durante su estancia en ellos.*

Ante este escenario y argumentos, recordemos, 6 de agosto de 2021, **la SALA DENEGÓ la ratificó** del "*pasaporte Covid"*, en base a los siguientes hechos y argumentos jurídicos:

No es una medida idónea en el grado exigible, en base a:

- ✓ *las **personas que han sido vacunadas** o han padecido la enfermedad […] **pueden ser potenciales transmisores del mismo**.*

- ✓ *No se comprende cómo se evitará el posible contagio de quienes hayan accedido al local amparados en la presentación de un justificante por la realización de una PCR o un test de antígeno, que no que gocen de inmunización alguna frente a éste.*

No es una medida necesaria en el grado exigible, en base a:

- ✓ *Según **las previsiones de vacunación su avance** supo la imposición de un importante freno a la expansión del virus, no tiene mucha justificación que se implante una medida como la que se examina.*

- ✓ ***Debe acreditarse** con rotundidad **que el mayor número de contagios de la nominada quinta ola tiene su origen en los locales de ocio nocturno.***

- ✓ *Siendo claramente **insuficiente los meros cálculos probabilísticos**.*

Comparemos aquellos datos por los que en su día el TSJ de Andalucía denegó el "pasaporte covid" para Andalucía, con los datos actuales, es decir, **cuatro meses** más tarde, en relación a los motivos esgrimidos por la propia Consejería de Salud.

SITUACIÓN ACTUAL EN COMPARACIÓN CON AGOSTO 2021

Respecto de los índices de vacunación:

- ➢ Se ha alcanzado un **100%** de *pauta vacunal completa* en mayores de 60 años; más del **90%** en mayores de 40 años, y más del **80%** desde los 12 años de edad.

Respecto de la incidencia de variantes, Delta, etc.:

- La variante Delta sigue presente, pero n**o ha supuesto una mayor incidencia en la presión hospitalaria**. La variante Ómicron cursa con síntomas propios de la gripe común.

Respecto a que la vacunación no garantiza de forma absoluta que no se pueda contraer la misma ni ser vehículo transmisor:

- Efectivamente, la evidencia científica ha acreditado que la población vacunada puede infectarse e infectar a otros de la Covid-19. Sirva de ejemplo de esta realidad las *RECOMENDACIONES INTERINAS DE SALUD PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS COMPLETAMENTE VACUNADAS*, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU, de fecha 15 de octubre de 2021:

  *«Sin embargo, dado que **las vacunas no son 100% efectivas** para prevenir la infección, **algunas personas que están totalmente vacunadas se infectarán por COVID-19 de todos modos** […] Las personas que se infectan una vez vacunadas **pueden contagiar** […] Para reducir el riesgo de infectarse por SARS-CoV-2 (el virus que causa el COVIDA-19), incluida la variante delta y posiblemente contagiar a otras personas, los CDC recomiendan las siguientes medidas entre las personas totalmente vacunadas:*

  Usar mascarillas en los lugares públicos cerrados si están en un área con transmisión sustancial o alta.
  Hacerse una prueba de detención ti tienen síntomas del COVID-19, [etc.]».

En otras palabras, **las recomendaciones de los CDC para la población vacunada son justamente las mismas que deben cumplir también la población no vacunada, esto es, no hay discriminación de trato entre ambos grupos**.

*Se acompaña como **DOCUMENTO Nº 6** RECOMENDACIONES INTERINAS DE SALUD PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS COMPLETAMENTE VACUNADAS, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU, de fecha 15 de octubre de 2021*

Los datos publicados por el **MINISTERIO DE SANIDAD** avalan esta realidad en nuestro país. La **Actualización nº 524. Enfermedad por el coronavirus a fecha de 9 de diciembre de 2021** proporciona los siguientes datos de contagios, camas hospitalarias y UCI entre periodo comprendido **entre el 11 de octubre al 5 de diciembre de 2021**:

- Casos con vacunación completa: **171.161**
- Casos no vacunados: **43.114**
- Hospitalizados vacunados: **6.490.**
- Hospitalizados no vacunados: **3.235.**
- UCI vacunados: **580.**
- UCI no vacunados: **438.**
- Fallecidos vacunados: **702.**
- Fallecidos no vacunados: **196.**

Estos datos oficiales con muy esclarecedores sobre la tasa de mortalidad en relación con los *casos de infección* y por los *casos de hospitalización* en entre los dos grupos de población, vacunados y no vacunados:

Vacunados : *(11/10/2021 a 05/12/2021)*

Tasa de letalidad por número de infectados: 0,41%
Tasa de letalidad por número de hospitalizados: 10,81%

No vacunados: *(4/10/2021 a 28/11/2021)*

Tasa de letalidad por número de infectados: 0,45%
Tasa de letalidad por número de hospitalizados: 6,05%

En consecuencia, **el número de fallecimientos por COVID en relación al número de pacientes hospitalizados ofrece una tasa de mortalidad en la población vacunada mayor que en la población no vacunada**: 10,81% para los vacunados por 6,05% para los no vacunados, siendo prácticamente idéntica la tasa de mortalidad en relación con el número de infectados.

En consecuencia, **todos los indicadores** que fueron evaluados por el TSJ de Andalucía sede en Granada en agosto de 2021, y que condujeron a un fallo negativo al certificado Covid **han evolucionado muy favorablemente** en relación con los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, y de forma muy ostensible durante estos cuatro meses:

(1) *LA TASA DE INCIDENCIA HA BAJADO;* ***(2)*** *EL PORCENTAJE DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN DIANA HA ALCANZADO EL 100% A PARTIR DE LOS 60 AÑOS, MÁS DEL 90% DESDE LOS 40 AÑOS, Y MÁS DEL 80% DESDE LOS 12 AÑOS;* ***(3)*** *NO EXISTE PRESIÓN HOSPITALARIA; Y,* ***(4)*** *LA POBLACIÓN VACUNADA SIGUE SIENDO INFECTADA Y FUENTE DE CONTAGIO*.

Ante tales hechos, nos preguntamos, ***si todos los indicadores son más favorables ahora que los de agosto de 2021 ¿qué hecho o dato justificaría que de forma generalizada a una parte de la población, dicho sea de paso, minoritaria, deba ver restringidos sus Derechos Fundamentales, mientras que la población vacunada se le otorgaría licencia para infectarse y ser fuentes de contagio?***

a.2. ***Estimación medidas cautelarísimas por discriminación.***

El Auto de 29 de septiembre de 2021 **(ATSJ de Andalucía, Sala Contencioso-Administrativo con sede en Granada, medidas cautelarísismas, Procedimiento: 1633.9/2021. Ponente: Excmo. Sr. D. Jesús Rivera Fernández)**, en relación a las *medidas cautelarísimas* respecto del trato discriminatorio al personal sanitario no vacunado y la imposición de someterse a pruebas periódica PCR a diferencia de los trabajadores vacunados:

> *«En primer lugar, por la orfandad motivadora de la Orden de 4 de agosto de 2021, que no se refiere a dictamen, informe o plácito de científicos expertos en la materia, lo que no ha subsanado el ente autonómico aprovechando el trámite de alegaciones conferido por el susodicho auto de 14 de septiembre de 2021. Quiere decirse que* ***no consta un análisis científico que, de forma indubitada, sustente la medida para imponer a la población no vacunada someterse semanalmente a una prueba PCR, mientras que los vacunados a una cada 21 días, PARTIENDO DE QUE AMBAS POBLACIONES PUEDEN SER FUENTES DE CONTAGIO****».*

Digno de mención es el citado Auto, pues por un lado, reconoce que ***«ambas poblaciones [vacunados y no vacunados] pueden ser fuentes de contagio»***, colocándolas en un plano de igualdad y que, por tanto, para imponer la realización PCR de forma discriminatoria a una parte de los trabajadores pese a convivir con población vulnerable, debió justificarse con un análisis científico ***«que de forma indubitada»*** la sustente, criterio que no fue superado por la Administración.

Así pues, si para aquellos trabajadores sanitarios o socio-sanitarios a los que se pretendía imponer un trato discriminatorio, la Consejería de Salud y Familias no pudo salvar la obligatoriedad de la medida de forma indubitada con la evidencia científica adecuada, cabe concluir, que tampoco ha satisfecho la Orden publicada el 19 de diciembre de 2021, objeto del presente recurso, dicha exigencia.

B) REDUCIR LA PROBABILIDAD DE CONTAGIO ESTIMULANDO LA VACUNACIÓN.

El segundo argumento que, de soslayo expone la Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 para justificar la medida de imponer el "pasaporte covid", es en realidad el único y verdadero objetivo, que no es otro que estimular la vacunación hasta alcanzar el 100% de la población, a costa de imponer a una minoría de la población restricciones en sus Derechos Fundamentales, y que deba acreditar mediante pruebas invasivas que no está infectada.

EXCMA. SALA, esto es lisa y llanamente una medida coercitiva y coactiva que no se basa en proteger la salud pública. La Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 contiene graves errores científicos y técnicos, que una vez más, inducen al equívoco y a la confusión.

Lo primero que hay que manifestar, es que la Orden publicada el pasado 19 de diciembre de 2021 está huérfana de aquellos estudios que acrediten que la población vacunada está inmunizada, expresión que se repite en múltiples ocasiones, como si por la fuerza de la reiteración una desinformación alcance el estatus de verdad aceptada e incuestionable.

No, **EXCMA SALA**, estos tratamientos autorizados por la vía de urgencia o condicional, no han producido, ni producen, ni producirán inmunidad tal y como el ciudadano la entiende (salvo que cambiemos también la definición de inmunidad), sino que tal como expondremos adecuadamente, proporcionan cierto grado de protección hacia los síntomas, protección dicho sea de paso, que se ve disminuida gravemente transcurridos 120 días, y de ahí los miles de infectados vacunados por SARS-CoV-2, para desarrollar más tarde la enfermedad COVID-19, con hospitalizaciones y fallecimientos.

Recordemos los datos del **MINISTERIO DE SANIDAD, desde el 11/10/2021 hasta el 5/12/2021 en España se han infectado: 171.161 personas doblemente vacunadas, han sido hospitalizadas 6.490 pacientes, y 702 han fallecidos**.

LA VACUNACIÓN NO PRODUCE INMUNIDAD TOTAL SINO CIERTO GRADO DE PROTECCIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Es por esto que nos preguntamos y solicitaremos en el correspondiente OTROSÍ:

> ***De los ingresados en Andalucía, ¿cuántos están vacunados y cuántos no desde el 4 de octubre de 2021?***
>
> ***De las camas UCI COVID, ¿cuántos están vacunados y cuantos no desde el 4 de octubre de 2021?***

Si los datos fueran parejos o superiores en el grupo de población vacunada, sencillamente EXCMA. SALA, la medida del "pasaporte Covid" no cumpliría la primera de las motivaciones, y que debió ser la única, a saber, proteger la salud pública, por la sencilla razón de que la población vacunada, se infecta, contagia, requiere hospitalización, y lamentablemente en algunos casos necesitan cuidados intensivos y fallecen. Y, no cabe aducir que **la carga** viral de los no vacunados es mayor que la de los vacunados o que **el número de contagios es dispar**, dado que para hacer evaluaciones justas deberíamos conjugar múltiples factores, que obviamente un "pasaporte covid", a modo de salvoconducto, no contempla ni evalúa, a saber, por ejemplo, **respecto de la población vacunada** habría que tener en cuenta:

- Cuándo se realizaron las vacunaciones (hay estudios que acreditan un pérdida de protección muy notable a partir de 120 días).
- Cuántos días han pasado desde la infección.
- ¿Es asintomático?
- Qué carga viral tenía quien infectó al vacunado.
- Qué variante es la contagiada, ¿estaba protegido contra ella?
- Patologías previas del vacunado.
- Estado inmune del vacunado.

Es obvio, que **un "*pasaporte covid*" no da respuesta a todas estas importantes cuestiones, y por tanto, no garantiza que un vacunado que circule libremente por las instalaciones y no guarde las medidas de distanciamiento, uso de mascarilla, etc., no pueda convertirse en fuente de contagio en igualdad de condiciones que un *no vacunado*,** quien posiblemente pudiera tener un sistema inmunológico más fuerte, o incluso albergue anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en niveles óptimos (esto sí es inmunidad) aunque hayan pasado más de 180 días de su contagio.
Respecto de las publicaciones científicas que han estudiado la cuestión de la carga viral entre ambos grupos, bien puede decirse, que **afirmar que la población no vacunada contagia más, con más carga y durante más tiempo en cualquier caso supone una afirmación arriesgada, sesgada y tendenciosa que no se ajusta al debate actual. Hay abundante literatura científica que acredita que la carga viral de los vacunados no solo es suficiente para transmitir la enfermedad, sino que además, en ciertas circunstancias es hasta 251 veces superior a la carga viral media de 2020 de las personas no vacunadas, como así demostraremos.**

Llama la atención que, en **las *RECOMENDACIONES INTERINAS DE SALUD PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS COMPLETAMENTE VACUNADAS*, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU, de fecha 15 de octubre de 2021, no se asevere esta presunción esto es, que los vacunados hayan alcanzado la inmunidad**, sino más bien, las autoridades sanitarias norteamericanas reconocen que, las vacunas ofrecen una protección sobre los síntomas de la enfermedad y quizás un mejor pronóstico.

Es más, en **NINGÚN MOMENTO HABLA DE INMUNIDAD,** cosa que, con mucha ligereza hace la Orden, **obviando la definición clásica de inmunidad, que por definición una persona inmune NUNCA puede ser fuente de contagio al poseer anticuerpos al patógeno** (y no a una fracción de él como es el caso de las vacunas para la COVID-19), salvo en situaciones extremas, que no son el caso. En conclusión, **las vacunas contra la COVID-19 no otorgan inmunidad total**, sino más bien cierto grado de protección ante los síntomas de la enfermedad en caso de ser infectado, y esto es así, en función a su vez, de diferentes factores como ya hemos señalado.

Además, como hemos visto con los datos estadísticos del MINISTERIO DE SANIDAD en ocasiones, lamentablemente, la doble vacunación no ha impedido la hospitalización, la entrada en UCI y el fallecimiento de los enfermos de la COVID-19.

A más abundamiento, la **European Medicines Agency** (EMA) en su informe sobre *INFORMACIÓN GENERAL SOBRE COMIRNATY Y SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE AUTORIZA SU USO EN LA UE*, **no menciona ni una sola vez la palabra «inmunidad».**
Es más, el **LA FICHA TÉCNICA** de la vacuna de Pfizer reconoce que:

> «*Debido a que Comirnaty* ***no contiene el virus para producir inmunidad, no puede causarle la COVID-19*****».**

Por otro lado, el **informe de la EMA** antes citado, dice:

> «***¿Puede Comirnaty reducir la transmisión del virus de una persona a otra?***
> *Se desconoce aún el impacto que Comirnaty puede tener sobre la propagación del virus SARS-CoV-2 en la población.* ***Todavía se desconoce en qué medida las personas vacunadas podrían ser portadoras del virus y propagarlo****.*
>
> ***¿Cuánto tiempo dura la protección de Comirnaty?***
> *Por el momento* ***no se sabe cuánto tiempo dura LA PROTECCIÓN*** *que brinda Comirnaty. Las personas vacunadas en el ensayo clínico* ***seguirán siendo objeto de seguimiento durante 2 años a fin de reunir más información sobre la duración de la protección*****».**

Así es, **EXCMA**. **SALA**, **las vacunas NO PRODUCEN INMUNIDAD TOTAL**, **sino cierto grado de protección**.

Y, **el hecho de que la Orden de la Consejería de Salud y Familias use la expresión *inmunidad* induce a error, como así también lo hacen los medios de comunicación al repetir una y otra vez, como si de un mantra se tratase, la palabra *inmunidad.*** Nada mas lejos de la verdad, como hemos demostrado.

Se acompañan como ***DOCUMENTOS Nº 7 y 8*** la *Información general sobre comirnaty y sobre los motivos por los que se autoriza su uso en la UE; y la Ficha Técnica de Comirnaty concentrado para dispersión inyectable vacuna de ARNm frente a COVID-19.*

Por último, y sin ánimo de abrumar con informes científicos basten dos aportaciones para el debate sobre la carga viral de la población vacunada y no vacunada:

Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study[2]**,** dice:

> *"Nonetheless, fully vaccinated individuals with breakthrough infections have peak viral load similar to unvaccinated cases and can efficiently transmit infection in household settings, including to fully vaccinated contacts. Host–virus interactions early in infection may shape the entire viral trajectory".*
>
> TRADUCCIÓN: "no obstante, **las personas completamente vacunadas** con infecciones irruptivas **tienen una carga viral máxima similar a los casos no vacunados y pueden transmitir la infección de manera eficiente en entornos domésticos**, incluso a contactos completamente vacunados. Las interacciones huésped-virus en las primeras etapas de la infección pueden dar forma a toda la trayectoria viral".

Se acompaña como ***DOCUMENTO Nº 9.***

Informe ***The Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling Operational (SPI-M-O),*** de 31 de marzo de 2021, confirma que entre el 60% y el 70% de las hospitalizaciones son de la población que ha recibido la doble dosis de la vacuna por fallos en la inmunización. La población vacunada transmite la COVID-19.

> *The resurgence in both hospitalisations and deaths is dominated by those that have received two doses of the vaccine, comprising around 60% and 70% of the wave respectively. This can be attributed to the high levels of uptake in the most at-risk age groups, such that immunisation failures account for more serious illness than unvaccinated individuals. This is discussed further in paragraphs 55 and 56.The resurgence in both hospitalisations and deaths is dominated by those that have received two doses of the vaccine, comprising around 60% and 70% of the wave respectively. This can be attributed to the high levels of uptake in the most at-risk age groups, such that immunisation failures account for more serious illness than unvaccinated individuals. This is discussed further in paragraphs 55 and 56.*
>
> TRADUCCIÓN.- El resurgimiento tanto de **las hospitalizaciones como de las defunciones está dominado por los que han recibido dos dosis de la vacuna, que comprenden alrededor del 60% y el 70% de la oleada,** respectivamente. Esto se puede atribuir a los altos niveles de absorción en los grupos de edad de mayor riesgo, **de modo que los fallos en la inmunización explican una enfermedad más grave que los individuos no vacunados**. Esto se analiza con más detalle en los párrafos 55 y 56. **El resurgimiento tanto de las hospitalizaciones como de las muertes está dominado por los que han recibido dos dosis de la vacuna, que comprenden alrededor del 60% y el 70% de la ola, respectivamente**. Esto se puede atribuir a los altos niveles de absorción en los grupos de edad de mayor riesgo, de modo que **los fallos en la inmunización explican una enfermedad más grave que los individuos no vacunados**

[2] *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study, www.thelancet.com/infection. PublishedonlineOctober28,2021. https://doi.org/10.1016/S1473- 3099(21)00648-4*

En consecuencia, los dos argumentos esgrimidos por la Consejería de Sanidad no se ajustan a la realidad, pues estamos ante un escenario epidemiológico más favorable que en agosto de 2021 en todos los índices en Andalucía, y ambos grupos de población, vacunados y no vacunados pueden ser fuentes de contagios en condiciones similares.

3.2 *Datos estadísticos de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Informe MINISTERIO DE SANIDAD. Actualización nº 524. Enfermedad por el coronavirus a 16 de diciembre de 2021.*

Pero justamente **los datos aportados no justifican una medida tan drástica y limitativa de Derechos Fundamentales para una minoría de la población**, amén de no sustentarse en criterios científicos acreditados.

A) Incidencia Acumulada (IA)

Según los datos aportados por la Orden la IA a 14 días es de 150,55 pero es necesario señalar que aunque sea costumbre usar este parámetro para evaluar la propagación de la enfermedad, no es menos cierto que **los informes técnicos oficiales han demostrado que una PCR positiva no es sinónimo de padecer la infección, sino que esta prueba diagnóstica debe ser corroborada por la clínica, esto es, los síntomas u otras pruebas de diagnósticos más precisas**.

Por tanto, **si seleccionamos la IA con síntomas**, las cifras serían: **71,50** en los últimos 14 días y **22,98** respecto de la últimos 7 días. Como puede observarse, son cifras de niveles más optimistas.

Es más, es de vital importancia poner el acento en la IA con síntomas, pues el propio **MINISTERIO DE SANIDAD** ha reconocido:

> *«La técnica RT-PCR ha sido ampliamente utilizada a lo largo de la pandemia COVID-19 con cierta controversia, por su capacidad para detectar RNA viral durante periodos muy largos que no siempre pueden ser relacionados con virus con capacidad infectiva, LO QUE PLANTEA NUMEROSAS DUDAS A LA HORA DE TOMAR MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA. […]*
>
> *en PERSONAS CON SÍNTOMAS LEVES, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR […]*

Como ya se ha mencionado, PRESENCIA DE POSITIVIDAD EN LA PRUEBA PCR u otra técnica de detección de ácidos nucleicos no implica necesariamente infecciosidad. […]

Se puede concluir que, de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en los casos leves en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 2-3 días antes hasta 7-8 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera. [...]

Al aumentar el número de personas diagnosticadas, incluyendo los casos más leves o asintomáticos, el cálculo de la letalidad se redujo de forma considerable, permaneciendo en torno al 1-2%. […]

como se puede observar, la efectividad vacunal de ninguna vacuna es del 100% y NINGUNA VACUNA HA LOGRADO LO QUE SE DENOMINA INMUNIDAD ESTÉRIL, (ausencia la replicación del virus en la mucosa de las vías respiratorias superiores del sujeto), se abre la posibilidad de que las PERSONAS VACUNADAS INFECTADAS, AUNQUE NO DESARROLLEN SÍNTOMAS, PUEDAN TRANSMITIR LA INFECCIÓN A OTROS. EN EL MOMENTO ACTUAL, SE HAN IDENTIFICADO NUMEROSOS BROTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE MAYORES, DONDE LA MAYORÍA DE RESIDENTES Y TRABAJADORES HABÍAN SIDO VACUNADOS, PREVALECIENDO LA AUSENCIA DE SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD LEVE ENTRE LOS INFECTADOS. […]

LA CARGA VIRAL MEDIA DE LOS VACUNADOS FUE DE 27 CT, LA CUAL SE PUEDE CONSIDERAR SUFICIENTE PARA GENERAR CASOS SECUNDARIOS»

Efectivamente, **EXCMA. SALA**, el propio **MINISTERIO DE SANIDAD** admite que **las PCR por sí mismas no acreditan carga infecciosa**, y que como consecuencia de esta limitación se ***«PLANTEA NUMEROSAS DUDAS A LA HORA DE TOMAR MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA»***. Y, precisamente en base a esta limitación la Consejería de Sanidad pretende imponer medidas drásticas que limitan Derechos Fundamentales.

Es más, reconoce el MINISTERIO DE SANIDAD que ***«NINGUNA VACUNA HA LOGRADO LO QUE SE DENOMINA INMUNIDAD ESTÉRIL»***, y en cambio, tal como ya hemos manifestado, la Consejería de Salud y Familias usa sin reparo alguno la expresión *inmunidad*, cuando es conocedora, o al menos debería serlo, que tales tratamiento aportan cierto grado de *protección* contra los síntomas, pero nunca inmunidad.

Admite además el MINISTERIO DE SANIDAD que ***«PERSONAS VACUNADAS INFECTADAS, AUNQUE NO DESARROLLEN SÍNTOMAS, PUEDAN TRANSMITIR LA INFECCIÓN A OTROS. EN EL MOMENTO ACTUAL, SE HAN IDENTIFICADO NUMEROSOS BROTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE MAYORES, DONDE LA MAYORÍA DE RESIDENTES Y TRABAJADORES HABÍAN SIDO VACUNADOS»***

Y, por último, y no menos destacable, concluye:

«LA CARGA VIRAL MEDIA DE LOS VACUNADOS FUE DE 27 CT, LA CUAL SE PUEDE CONSIDERAR SUFICIENTE PARA GENERAR CASOS SECUNDARIOS»

*Se acompaña como **DOCUMENTO Nº 10**, Información Científica-Técnica, Parámetros epidemiológicos, Actualización, 10 de agosto de 2021, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad*.

B) Hospitalizaciones y camas UCI

Otros datos de interés aportados por la **Actualización nº 524 del MINISTERIO DE SANIDAD a fecha 16 de diciembre de 2021**, sobre Andalucía:

% Camas Ocupadas COVID: **3,14%**
% Camas ocupadas UCI COVID: **5,92%**
Letalidad de la pandemia: **1,3%**

Esta parte se pregunta: ***de las PCR positivas practicadas, ¿cuántas se confirmaron con la clínica y/o el cultivo correspondiente?, ¿cuántos cultivos se ha realizado?, ¿con qué resultados?, ¿cuántas PCR positivas correspondieron a población vacunada?, ¿cuántos ingresados están vacunados?, ¿cuántas camas UCI las ocupan vacunados?***

Adelantamos, que **requeriremos en el correspondiente OTROSÍ a que la Consejería de Salud y Familias de respuesta a estas cuestiones de vital importancia, aportando la documentación y datos que adolece precisamente la Orden recurrida**. Con estos datos, **¿está justificada la medida más drástica y restrictiva como es imponer el *pasaporte Covid*?** Es más, cabe también preguntarse, ***¿qué número de hospitalizados y camas UCI estaban ocupadas en los meses de noviembre de 2018 y 2019 por la gripe común?*** Requeriremos este dato mediante el correspondiente OTROSÍ.

Estos datos IRREFUTABLES demuestran claramente que la decisión de imponer el certificado COVID no se sustenta en datos sanitarios, sino más bien, en forzar a la vacunación.

C) Reducida transmisibilidad en la hostelería

A todo, esto **<u>los datos oficiales tampoco acreditan la especulación que la Orden manifiesta, al vincular un hipotético aumento de la transmisión de la enfermedad con la restauración.</u>** Así queda demostrado en la **Evaluación de la Pandemia COVID-19 a 1 de diciembre de 2021 (RNVE)**:

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Evolución de la pandemia de COVID-19 desde el 22 de junio de 2020

Tabla 6. Características demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE diagnosticados a partir del 22 de junio de 2020

Características	Total	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	p-valor[2]
Sexo		2535135 (51,5)	2383362 (48,5)	<0,001
Mediana de edad (rango)	38 (21-54)	39 (22-55)	37 (21-53)	<0,001
<5	159269 (3,2)	77826 (3,1)	81428 (3,4)	<0,001
5-9	219087 (4,5)	107866 (4,3)	111202 (4,7)	
10-19	685750 (14,0)	340973 (13,5)	344742 (14,5)	
20-29	793683 (16,2)	395969 (15,7)	397664 (16,7)	
30-39	712857 (14,5)	370314 (14,6)	342509 (14,4)	
40-49	788069 (16,1)	410831 (16,2)	377218 (15,9)	
50-59	643602 (13,1)	334628 (13,2)	308960 (13,0)	
60-69	413146 (8,4)	208567 (8,2)	204565 (8,6)	
70-79	252098 (5,1)	131627 (5,2)	120468 (5,1)	
80-89	176471 (3,6)	106133 (4,2)	70333 (3,0)	
≥90	63175 (1,3)	44848 (1,8)	18327 (0,8)	
Síntomas	2908202 (63,5)	1524831 (64,6)	1383192 (62,4)	<0,001
Personal sanitario y sociosanitario	101578 (3,0)	78970 (4,5)	22594 (1,4)	<0,001
Personal sanitario que trabaja en				
Centro sanitario	63940 (62,9)	48615 (61,6)	15316 (67,8)	<0,001
Centro sociosanitario	26328 (25,9)	22362 (28,3)	3965 (17,5)	
Otros centros	11307 (11,1)	7990 (10,1)	3313 (14,7)	
Número de contactos estrechos identificados	2 (1- 4)	2 (1- 4)	2 (1- 4)	<0,001
Ámbito de posible exposición				
Centro sociosanitario	84832 (2,6)	55152 (3,3)	29679 (1,9)	<0,001
Laboral	165585 (5,1)	79333 (4,7)	86118 (5,5)	
Centro sanitario	59050 (1,8)	34303 (2,0)	24739 (1,6)	
Domicilio	1244574 (38,4)	661147 (39,4)	583404 (37,4)	
Escolar	58122 (1,8)	29716 (1,8)	28405 (1,8)	
Social^	196759 (6,1)	99127 (5,9)	97625 (6,3)	
Otros	291331 (9,0)	145816 (8,7)	145505 (9,3)	
Desc	1133665 (35,0)	570526 (34,0)	563059 (36,1)	
Transporte^	232 (0,0)	121 (0,0)	111 (0,0)	
Bar/restaurante^	1914 (0,1)	976 (0,1)	938 (0,1)	
Ocio nocturno^	563 (0,0)	264 (0,0)	299 (0,0)	
Establecimiento/centro comercial^	118 (0,0)	75 (0,0)	43 (0,0)	
Celebración religiosa^	164 (0,0)	92 (0,0)	72 (0,0)	
Centro deportivo^	500 (0,0)	190 (0,0)	310 (0,0)	
Peluquería/Centro estética^	29 (0,0)	20 (0,0)	9 (0,0)	<0,001
Importado	19369 (0,5)	8582 (0,4)	10783 (0,5)	
Prueba de laboratorio*				<0,001
Desconocida	319288 (6,5)	163733 (6,5)	155549 (6,5)	
PCR/Técnicas moleculares	3300018 (67,1)	1715085 (67,7)	1584552 (66,5)	
Test rápido de anticuerpos	259 (0,0)	136 (0,0)	123 (0,0)	
Detección de antígeno	1294533 (26,3)	653530 (25,8)	640869 (26,9)	
ELISA	4921 (0,1)	2651 (0,1)	2269 (0,1)	
Hospitalizados	329493 (6,7)	148669 (5,9)	180818 (7,6)	<0,001
Ingreso en UCI[1]	32705 (9,9)	10482 (7,1)	22222 (12,3)	<0,001
Defunciones[1]	58207 (17,7)	25967 (17,5)	32240 (17,8)	0,253

*Se contabiliza solo una técnica diagnóstica por caso. Cuando a un individuo se le han realizado varias técnicas diagnósticas, se contabilizará solo aquella que sea considerada más específica y sensible, en este orden: 1º PCR y otras técnicas moleculares, 2º prueba rápida de detección de antígeno, 3º detección de anticuerpos por ELISA o equivalente, 4º prueba rápida de detección de anticuerpos; [1]Porcentaje de UCI y defunciones sobre casos hospitalizados; [2]Para variables cuantitativas: t-test o test no paramétrico (si heterocedasticidad); para variables cualitativas: chi-2; ^La categoría de posible exposición "social" ha sido introducida a partir de la semana 46/2020, y las categorías "Transporte", "Bar/restaurant", "Ocio nocturno", "Establecimiento/centro comercial", "Celebración religiosa", y "Centro deportivo" han sido introducidas a partir de la semana 24/2021, estando estos casos previamente englobados en "otros".

Situación de COVID-19 en España a 1 de diciembre de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) Página 12

Como puede observarse, con diferencia la transmisión de la COVID-19 tiene lugar en el domicilio con un 38% de los casos, mientras que la **restauración es de un 0,1%..** Se infringe por tanto la Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 26, que requiere que *«exista o se sospeche razonablemente* ***<u>la existencia de un riesgo inminente</u>*** *y* ***<u>extraordinario para la salud».</u>***

D) Variante Delta u Ómicron.

La cuestión de las variantes. Esto es de suma importancia para **poder evaluar la efectividad y equidad de la decisión de imposición del certificado COVID**. Y, esto es así porque por un lado, la evidencia científica ha demostrado que **el nivel de protección de las vacunas disminuye drásticamente pasados 120 días desde su inoculación**, y en segundo lugar, porque **las variantes del virus han demostrado la denominada "fuga vacunal", motivo por el cual en muchos hospitales y camas UCI los pacientes son mayoritariamente población vacunada.**

Como ya hemos señalado, **las fichas técnicas de estos tratamientos** NO incluyen la palabra ***«inmunidad»,*** sino en su lugar se le presume una ***«protección»*** frente a los síntomas. Es por esta causa que **la población vacunada es también fuente infección y de contagio, y dependiendo de la edad y otros factores tampoco impiden el fallecimiento del paciente vacunado, como así lo demuestran los datos oficiales de los países que recogen las muertes por COVID-19 diferenciado el vacunado con una dosis, pauta completa o no vacunados.**

Decimos que **esto es de vital importancia** desde una perspectiva jurídica, porque imponer el certificado COVID contribuye a que **una parte de la población -la vacunada- tenga licencia para asumir el riesgo de poder infectarse de la variante Delta u Omicron y ser fuentes de contagio**, al circular y acceder libremente a espacios cerrados, ya sea un bar, un restaurante, etc., mientras que otra parte de la población, esto es, la no vacunada se le impida ejercer libremente sus Derechos Fundamentales, como por ejemplo, a la libre circulación, amén de la discriminación (art. 14 CE) que esto supone, y la afectación de otros derechos constitucionales.

Por tanto, cabe una vez más preguntarse, ***¿por qué parte de la población que puede contagiarse, contagiar y enfermar o hasta fallecer poseen una licencia para acceder libremente a interiores de restaurantes, bares, cines, etc., si lo que realmente quiere protegerse es la Salud Pública?***

CUARTO.- El **artículo 3 de la LO 3/1986** de 14 de abril de Medidas Especiales en materia de Salud Pública permite que:

> *«con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible».*

Ciertamente **nos encontramos ante una de las resoluciones o normas más restrictivas de Derechos Fundamentales habida en democracia, tanto en la múltiple afectación de Derechos Fundamentales cercenados, como en la magnitud de su extensión**, pues se impone a toda Andalucía, con total discriminación y arbitrariedad en su aplicación, y **sin ningún tipo de limitación o excepción.**

Derechos Fundamentales tan importantes como: el derecho a la dignidad humana, la igualdad y la no discriminación de una parte importantísima de la población, han sido literalmente cercenados. Lo mismo cabría decir respecto a derechos también tan importantes como el derecho de reunión, el derecho de libertad de ambulatoria, o derechos y libertades fundamentales como el derecho de libertad de expresión y creación artística.

En otras palabras, **las limitaciones de Derechos Fundamentales son de tal magnitud que imponen a una parte importante de la sociedad andaluza se vea absolutamente limitada y restringida su actividad social, individual, y colectiva**. Y no solo eso, sino que en el conjunto de la sociedad **se está creando la estigmatización hacia la población no vacunada**, hasta el punto de **crear situaciones de odio y menosprecio** hacia una parte importante de la sociedad, que guste o no guste, debe aceptarse, por cuanto en España la vacunación no es obligatoria, y ello se debe de respetar.

Se está apuntando como si los *no vacunados* fueran los culpables de la pandemia, y se les está señalándoles lamentablemente, como los responsables de una situación que dura ya mas de 22 MESES.

Y no convence decir que, *a nadie se les impone la vacunación*, *dado que tienen la posibilidad de presentar una prueba diagnóstica de no estar contagiado´*, ***pues en la práctica resulta muy difícil, por no decir imposible, que alguien que quiera ir a un teatro, a un cine, a un restaurante, a un centro comercial, a una feria, a un parque de atracciones, a un gimnasio o a un evento cultural, y tantos otros ejemplos, y que los ciudadanos se puedan realizar previamente una PCR o un test diagnóstico de antígenos.*** Este alegato es una auténtica absurdez, porque en la práctica es imposible llevarla a cabo.

Es más, recordamos que las limitaciones de Derechos Fundamentales parten DESDE LOS DOCE AÑOS DE edad.

Por consiguiente, **lo que se está imponiendo, de facto, es la vacunación obligatoria de la población a través de un mal llamado "pasaporte covid", cuando en realidad se convierte en un SALVOCONDUCTO**. Y esta imposición es el fundamento básico del presente recurso, dado que la vulneración de Derechos Fundamentales es simple y llanamente desproporcionada e inadmisible.

La imposición del "pasaporte covid" prácticamente en la totalidad de la vida social de las personas**, está provocando un efecto expansivo**. Así vemos como muchas empresas, lugares de trabajo, administraciones, etc., están imponiendo a los trabajadores la presentación del "pasaporte covid" para acceder a su puesto de trabajo. La sensación de impunidad del empleador al empleado, con la exigencia del "pasaporte covid", está siendo un auténtico calvario para miles de personas que libremente deciden no vacunarse.

Se está trasladando a la sociedad que *los ciudadanos no vacunadas* son las responsables de la extensión de la pandemia, cuando dicha afirmación es simplemente una infamia, y resulta absolutamente falsa y carente del más mínimo rigor técnico científico.

Como se ha demostrado a esta EXCMA. SALA, **la capacidad de ser contagiado es la misma tanto para la población vacunada como para la no vacunada.**

Pero la realidad es que en el conjunto de la sociedad se está trasladando aquella creencia, **provocándose situaciones de desprecio e incluso de odio y discriminación hacia el diferente**, hacia el que no ha sido vacunado, lo que conlleva que **muchas personas tengan miedo de decir si están o no vacunadas**, tanto en su vida personal como laboral y profesional, simple y llanamente **por miedo hacia las otras personas que libremente han decidido vacunarse.**

Medidas como las adoptadas por la Consejería de Salud y Familias como por otras CCAA, **que ahora se impugna son irracionales, pues dan a entender que *la población no vacunadas* son las responsables únicos de la propagación del virus, cuando dicha afirmación o cuanto menos insinuación, es rotundamente falsa.**

Así pues, se permite a la población vacunada, mediante una especie de premio sanitario, expedirles un SALVOCONDUCTO, y de tal manera se fomenta la idea equivocada de que no son fuentes de contagio, que lo son únicamente los no vacunados, cuando **la realidad es justamente la contraria, esto es, que ambos grupos de población pueden infectarse, pueden contagiarse, pueden tener hospitalizaciones e incluso desgraciadamente pueden fallecer.**

QUINTO.– ***informes estadísticos de fuentes oficiales de Administraciones Publicas Sanitarias de España e Inglaterra.***

E S P A Ñ A

En España, por lo que nos informa el Ministerio de Sanidad, se hacen registros desde el 20 de septiembre de 2021, acerca de los datos estadísticos de *vacunados* y no *vacunados*. Puede observarse como **el número de vacunados infectados con doble pauta de vacunación, aumenta semana tras semana exponencialmente.** Se aprecia **un aumento casi cinco veces en los infectados vacunados**. Se ha pasado, de la semana 4 de octubre de 2021, de una población **de 6.012** infectadas a la semana del 5 de diciembre de 2021 a una población infectada de **54.004** personas, se ha multiplicado por más de 9 el incremento. En cambio, la población no vacunada en el mismo lapso de tiempo pasó de 2.472 infectados a 12.415 contagiados. Esta diferencia es exponencial.

Reiteramos, ***¿por qué se le permite a esta parte de la población, con un SALVONCONDUCTO, infectar y ser infectados en restaurantes, negocios, hoteles, bares, clubes, gimnasios, cines?*** La evolución de números de contagios, hospitalizados, UCI y fallecidos entre ambos grupos de población (vacunados y no vacunados) son:

Actualización 509 del 23 de noviembre de 2021

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD | DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Tabla 8. Casos notificados e incidencia media semanal de COVID-19 en personas completamente vacunadas y no vacunadas, por grupos de edad. Datos de las últimas 8 semanas, Población a partir de 12 años de 18 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos.

Semana epidemiológica	Casos con información de vacunación	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados**	
		Nº	Tasa semanal*	Nº	Tasa semanal*
12 – 17 años	4.276	1.687	9,6	2.196	59,7
18 – 29 años	11.778	6.086	17,6	4.930	55,2
30 – 39 años	15.607	9.648	26,7	5.344	49,0
40 – 49 años	20.753	15.523	29,2	4.748	63,3
50 – 59 años	14.202	11.235	21,9	2.684	93,6
60 – 69 años	11.532	9.535	23,5	1.794	181,5
70 – 79 años	8.215	7.217	23,6	925	182,7
80 años o más	5.916	5.326	23,6	490	105,7
Total	92.279	66.257	23,1	23.111	64,5

** Estimación de la Tasa semanal media a lo largo del periodo por 100.000 personas, tomando como numerador el total de casos de cada nivel de gravedad en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo del periodo, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2020.*
*** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa*

Tabla 9. Gravedad de los casos y tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación, Datos de las últimas 8 semanas. Población a partir de 12 años de 18 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos,

Edad	Gravedad del caso**	Casos con información de vacunación	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados***	
			Nº	Tasa semanal*	Nº	Tasa semanal*
12 - 30	**Hospitalizados**	250	56	0,1	173	1,4
	UCI	14	6	0,0	8	0,1
	Fallecidos	1	1	0,0	0	0,0
30 - 59	**Hospitalizados**	1.428	538	0,4	830	3,9
	UCI	185	51	0,0	132	0,6
	Fallecidos	33	15	0,0	18	0,1
60 - 79	**Hospitalizados**	2.027	1.456	2,0	529	35,7
	UCI	288	181	0,3	102	6,9
	Fallecidos	136	97	0,1	37	2,5
≥ 80	**Hospitalizados**	1.643	1.431	6,3	180	38,8
	UCI	44	32	0,1	11	2,4
	Fallecidos	346	285	1,3	54	11,6

** Estimación de la Tasa semanal media a lo largo del periodo por 100.000 personas, tomando como numerador el total de casos de cada nivel de gravedad en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo del periodo, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2020.*
*** Las categorías no son mutuamente excluyentes.*
**** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa*

Actualización nº 509. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 22.11.2021 Página 12 de 14

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD | DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Tabla 8. Gravedad de los casos y tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación. Datos entre el 27/09/2021 y el 21/11/2021. Población a partir de 12 años de 18 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos.

Edad	Gravedad del caso*	Casos con información de vacunación	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados**	
			Nº	Tasa semanal***	Nº	Tasa semanal***
12 - 30	**Total**	19.635	10.450	19,6	8.043	65,6
	Hospitalizados	262	61	0,1	182	1,5
	UCI	16	6	0	10	0,1
	Fallecidos	0	0	0,0	0	0,0
30 - 59	**Total**	67.428	50.344	35,6	15.425	73,4
	Hospitalizados	1.799	761	0,5	974	4,6
	UCI	251	72	0,1	176	0,8
	Fallecidos	36	16	0,0	19	0,1
60 - 79	**Total**	26.828	22.996	32,3	3.424	234,1
	Hospitalizados	2760	2024	2,8	675	46,2
	UCI	409	258	0,4	137	9,4
	Fallecidos	172	126	0,2	43	2,9
≥ 80	**Total**	6.920	6.227	27,5	554	118
	Hospitalizados	1.949	1.702	7,5	205	43,7
	UCI	56	39	0,2	15	3,2
	Fallecidos	426	353	1,6	60	12,8

** Las categorías no son mutuamente excluyentes, clasificados según fecha de inicio de síntomas o, en su ausencia, fecha de diagnóstico de la infección.*
*** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa*
**** Estimación de la Tasa semanal media a lo largo del periodo por 100,000 personas, tomando como numerador el total de casos de cada nivel de gravedad en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo del periodo, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2020.*

Actualización nº 516. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 02.12.2021 Página 12 de 15

Actualización nº 516.

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD | DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Tabla 8. Gravedad de los casos y tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación. Datos entre el 27/09/2021 y el 21/11/2021. Población a partir de 12 años de 18 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos.

Edad	Gravedad del caso*	Casos con información de vacunación	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados**	
			Nº	Tasa semanal***	Nº	Tasa semanal***
12 - 30	Total	19.635	10.450	19,6	8.043	65,6
	Hospitalizados	262	61	0,1	182	1,5
	UCI	16	6	0	10	0,1
	Fallecidos	0	0	0,0	0	0,0
30 - 59	Total	67.428	50.344	35,6	15.425	73,4
	Hospitalizados	1.799	761	0,5	974	4,6
	UCI	251	72	0,1	176	0,8
	Fallecidos	36	16	0,0	19	0,1
60 - 79	Total	26.828	22.996	32,3	3.424	234,1
	Hospitalizados	2760	2024	2,8	675	46,2
	UCI	409	258	0,4	137	9,4
	Fallecidos	172	126	0,2	43	2,9
≥ 80	Total	6.920	6.227	27,5	554	118
	Hospitalizados	1.949	1.702	7,5	205	43,7
	UCI	56	39	0,2	15	3,2
	Fallecidos	426	353	1,6	60	12,8

** Las categorías no son mutuamente excluyentes, clasificados según fecha de inicio de síntomas o, en su ausencia, fecha de diagnóstico de la infección.*
*** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa*
**** Estimación de la Tasa semanal media a lo largo del periodo por 100,000 personas, tomando como numerador el total de casos de cada nivel de gravedad en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo del periodo, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2020.*

Actualización nº 516. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 02.12.2021 Página 12 de 15

Los datos estadísticos de las ultimas semanas en España arrojan datos que solo pueden apoyar nuestras tesis de este recurso, **los vacunados se contagian, los vacunados se pueden infectar, los vacunados lamentablemente ingresan en hospitalizaciones y UCI, y los vacunados desgraciadamente fallecen al igual que los no vacunados, pero en cambio, y como premio se les concede un SALVONCONDUCTO mal llamado PASAPORTE COVID, pudiendo infectar y ser infectados en restaurantes, negocios, hoteles, bares, clubes, gimnasios, cines, y quien sabe si también en trabajos, colegios, escuelas, universidades, supermercados, centros comerciales o incluso en hospitales para visitar enfermos como se ven en otras comunidades autónomas cercanas**.

Lamentablemente no tenemos estadísticas autonómicas.

R E I N O U N I D O

Pero en países de nuestro entorno, como en el **Reino Unido**, se realizan Informes de vigilancia de la vacuna contra el Covid-19 ***(COVID-19 vaccine surveillance report)*** desde febrero de 2021, y de manera semanal, y en estos se encuentran datos estadísticos acerca de los contagios entre vacunados y no vacunados, que debemos imperiosamente subrayar por la importancia de los datos que reflejan, esto es, **una evidente posibilidad de contagio de las personas vacunadas.**

A fin de que el Juzgador tenga una visión global destacamos tres informes intercalados de los últimos meses.

A) El primero de ellos es el informe número 40, de fecha 7 de OCTUBRE de 2021, analizando las semanas 36 a 39 desde el inicio de la vacunación en febrero de 2021.

Casos reportados por persona entre semana 36 y semana 39 del 2021	Total	Desconocidos	No vacunados	Vacunados con una dosis(1-20 antes de la fecha del especimen)	Vacunados que recibieron una dosis 21 dias antes de la fecha del especimen)	Vacunados con segunda dosis≥14 dias antes de la fecha del especimen	Tasas entre personas vacunadas con 2 dosis (por 100.000)	Tasas entre personas no vacunadas (por 100.000)
-18	305.428	20.967	272.981	4.973	5.898	609	278,8	2.325,7
18-29	67.820	8.556	23.440	1.119	12.593	22.112	409,6	688,1
30-39	81.532	7.534	21.449	690	7.468	44.391	763,6	738,4
40-49	101.094	6.839	11.662	297	3.653	78.643	1.281,8	690,2
50-59	70.731	4.668	5.144	89	1.464	59.366	839,5	502,5
60-69	36.953	2.585	1.798	26	546	31.998	563,1	332,9
70-79	22.142	1.367	693	6	207	19.869	428,9	281,4
80+	10.581	869	403	4	199	9.106	354,4	319,5

Prácticamente en todas las franjas de edad, el porcentaje de infectados vacunados es superior en % x 100.000 habitantes al de los no vacunados, **incluso en alguna franjas como las de 40-49 años, el porcentaje de personas vacunadas con doble pauta de vacunación multiplica por dos al de las personas no vacunadas.**

Se acompaña el documento en lengua original.

COVID-19 vaccine surveillance report – week 40

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 36 and week 39 2021

Cases reported by specimen date between week 36 and week 39 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	305,428	20,967	272,981	4,973	5,898	609	278.8	2,325.7
18-29	67,820	8,556	23,440	1,119	12,593	22,112	409.6	688.1
30-39	81,532	7,534	21,449	690	7,468	44,391	763.6	738.4
40-49	101,094	6,839	11,662	297	3,653	78,643	1,281.8	690.2
50-59	70,731	4,668	5,144	89	1,464	59,366	839.5	502.5
60-69	36,953	2,585	1,798	26	546	31,998	563.1	332.9
70-79	22,142	1,367	693	6	207	19,869	428.9	281.4
80+	10,581	869	403	4	199	9,106	354.4	319.5

*individuals whose NHS numbers were unavailable to link to the NIMS

** Interpretation of the case rates in vaccinated and unvaccinated population is particularly susceptible to changes in denominators and should be interpreted with extra caution.

*Se aporta como **DOCUMENTO Nº 11** al recurso el informe de vigilancia de la vacuna contra el Covid-19 (COVID-19 vaccine surveillance report) nº 40 del Ministerio de Salud de Inglaterra.*

B) El segundo de ellos es el informe número 45, de fecha 11 de NOVIEMBRE de 2021, analizando la semanas 41 a 44 desde el inicio de la vacunación en febrero de 2021.

Cases reportados por persona entre la semana 41 y la semana 44.	Total	Desconocidos	No Vacunados	Vacunados que han recibido una dosis (1-20 dias antes de la fecha del especimen)	Vacunados que han recibido una dosis, ≥21 dias antes de la fecha del especimen	Vacunados con doble pauta ≥14 dias antes de la fecha del especimen
-18	357480	21567	298507	19466	17134	806
18-29	80338	8245	25567	713	9031	36782
30-39	118564	8793	26841	658	7322	74950
40-49	158906	8666	16020	269	4130	129821
50-59	117264	5952	6922	91	1933	102366
60-69	67392	3484	2646	33	878	60351
70-79	37675	2049	1006	19	273	34328
≥80	13218	912	514	6	198	11588

Nuevamente nos encontramos en el mes de noviembre de 2021 , un altísimo numero de personas vacunadas que han sido infectadas por el COVID-19. Es mas, si prescindimos de la cifra de los menores de 18 años (los menores de 12 años no están vacunados) la suma de todas las personas infectadas (vacunados y no vacunados) seria de 593.357, la de los no vacunados infectados seria de 79.516 y los vacunados infectados con doble pauta serian 450.186 personas, siendo un dato estadísticamente IRREFUTABLE. Pero es mas, aún incluyendo a la población infantil en la suma que acabamos de hacer, nos encontraríamos con un total de personas infectadas (vacunados y no vacunados) de 950.837, las de los no vacunados infectados serian 378.023, y los vacunados infectados con doble pauta serian 450.992, siendo igualmente un dato estadísticamente INEQUIVOCO. Se acompaña el documento en lengua original.

Table 3. COVID-19 cases by vaccination status between week 41 and week 44 2021
Please note that corresponding rates by vaccination status can be found in Table 6.

Cases reported by specimen date between week 41 and week 44 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date[1]
Under 18	357480	21567	298507	19466	17134	806
18-29	80338	8245	25567	713	9031	36782
30-39	118564	8793	26841	658	7322	74950
40-49	158906	8666	16020	269	4130	129821
50-59	117264	5952	6922	91	1933	102366
60-69	67392	3484	2646	33	878	60351
70-79	37675	2049	1006	19	273	34328
≥80	13218	912	514	6	198	11588

*individuals whose NHS numbers were unavailable to link to the NIMS

[1] In the context of very high vaccine coverage in the population, even with a highly effective vaccine, it is expected that a large proportion of cases, hospitalisations and deaths would occur in vaccinated individuals, simply because a larger proportion of the population are vaccinated than unvaccinated and no vaccine is 100% effective. This is especially true because vaccination has been prioritised in individuals who are more susceptible or more at risk of severe disease. Individuals in risk groups may also be more at risk of hospitalisation or death due to non-COVID-19 causes, and thus may be hospitalised or die with COVID-19 rather than because of COVID-19.

*Se aporta como **DOCUMENTO Nº 12** al recurso el informe de vigilancia de la vacuna contra el Covid-19 (COVID-19 vaccine surveillance report) número 45 del Ministerio de Salud de Inglaterra.*

C) El tercer y último ha sido publicado escasos días atrás, concretamente el 2 de DICIEMBRE DE 2021, es el informe número 49, analizando las semanas 44 a 47 desde el inicio de la vacunación en febrero de 2021.

Casos reportados por fecha del especimen entre las semanas 44 a 47 del 2021	Total	Desconocidos	No Vacunados	Vacunados que han recibido una dosis (1-20 dias antes de la fecha del especimen)	Vacunados que han recibido una dosis, ≥21 dias antes de la fecha del especimen	Vacunados con doble pauta ≥14 dias antes de la fecha del especimen
Under 18	321.062	19.608	259.874	14.327	26.299	954
18-29	92.077	8.975	28.565	752	8.604	45.181
30-39	132.341	9.517	28.705	598	7.203	86.318
40-49	153.958	8.386	15.964	254	3.830	125.524
50-59	115.113	5.584	7.335	122	1.908	100.164
60-69	60.417	2.905	2.851	47	796	53.818
70-79	21.911	1.306	1.059	11	205	19.330
≥80	8.388	555	559	18	141	7.115

Respecto de la población total, incluyendo a los menores de 18 años, se han infectado un total de personas vacunadas y no vacunadas de 905.267. De estas no vacunados son 344.912, y las personas vacunadas con doble pauta son 438.404. Se aporta el documento en lengua original.

COVID-19 vaccine surveillance report – week 48

Table 8. COVID-19 cases by vaccination status between week 44 and week 47 2021

Please note that corresponding rates by vaccination status can be found in Table 11.

Cases reported by specimen date between week 44 and week 47 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date[1]
	[These data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures]					
Under 18	321,062	19,608	259,874	14,327	26,299	954
18-29	92,077	8,975	28,565	752	8,604	45,181
30-39	132,341	9,517	28,705	598	7,203	86,318
40-49	153,958	8,386	15,964	254	3,830	125,524
50-59	115,113	5,584	7,335	122	1,908	100,164
60-69	60,417	2,905	2,851	47	796	53,818
70-79	21,911	1,306	1,059	11	205	19,330
≥80	8,388	555	559	18	141	7,115

*individuals whose NHS numbers were unavailable to link to the NIMS

[1] In the context of very high vaccine coverage in the population, even with a highly effective vaccine, it is expected that a large proportion of cases, hospitalisations and deaths would occur in vaccinated individuals, simply because a larger proportion of the population are vaccinated than unvaccinated and no vaccine is 100% effective. This is especially true because vaccination has been prioritised in individuals who are more susceptible or more at risk of severe disease. Individuals in risk groups may also be more at risk of hospitalisation or death due to non-COVID-19 causes, and thus may be hospitalised or die with COVID-19 rather than because of COVID-19.

30

*Se acompaña como **DOCUMENTO nº 13.***

Por último, y en previsión de que por parte de las autoridades públicas se justifique el pasaporte COVID-19 en los fallecimientos, en todos los informes que hemos aportado, aparecen tablas sucesivas de ingresos en UCI, de hospitalizaciones y de fallecimientos. Nosotros vamos a destacar, de estos tres informes aportados del Ministerio de Salud del Reino Unido, las tablas de los fallecimientos.

Informe 49.

Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 44 and week 47 2021	Total**	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date[1]
	[These data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures]					
Under 18	8	1	7	0	0	0
18-29	13	0	8	0	3	2
30-39	35	2	24	0	3	6
40-49	100	3	50	0	3	44
50-59	264	5	107	0	12	140
60-69	531	4	146	0	19	362
70-79	1002	6	164	1	13	818
≥80	1.618	9	189	5	37	1.378

Informe 45

Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 41 and week 44 2021	Total	Desconocidos	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date[1]
Under 18	11	1	9	0	1	0
18-29	12	0	9	0	0	3
30-39	46	1	29	0	3	13
40-49	112	3	53	0	7	49
50-59	256	5	107	0	6	138
60-69	594	3	160	0	20	411
70-79	1.081	5	151	0	19	906
≥80	2.023	5	185	1	68	1.764

Informe 40

Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 36 and week 39 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	8	4	3	1	0	0	0,0	0,0
18-29	25	1	16	0	1	7	0,1	0,5
30-39	49	3	34	0	1	11	0,2	1,2
40-49	116	3	73	0	8	32	0,5	4,3
50-59	305	7	146	1	15	136	1,9	14,3
60-69	519	9	150	0	28	332	5,8	27,8
70-79	938	4	147	0	29	758	16,4	59,7
80+	1.711	8	183	1	45	1.474	57,4	145,1

SEXTO.- Sólo hay que ver como que en meses anteriores, donde la incidencia del virus era menor, como así sucedió en los meses del año pasado de noviembre y diciembre de 2020, se constata claramente que no hay ningún tipo de relación causal entre las medidas restrictivas que ahora se imponen a las personas no vacunadas, pues vemos, por ejemplo, como en **octubre del 2021**, que vino precedido de un descenso de la incidencia acumulada de infección por el virus objetivada durante todo el mes de septiembre del 2021, se realizaba una vida social prácticamente normalizada, tuvieras o no la vacuna.

Tanto las personas vacunadas como las no vacunadas acudían a los gimnasios, a los teatros, a los cines, a los restaurantes, a los centros comerciales, etc. y la tasa de incidencia acumulada en octubre del 2021 rozaba índices en torno a 50 puntos, lo cual indicaba una clara situación mejora. Lo mismo sucedía con el índice de la Rt, la cual se situaba por debajo del 1. **Y todo ello sucedía sin las restricciones tan agresivas como las impuestas ahora.**

Por consiguiente, **no es proporcional, sino más bien, ilógico, y discriminatorio achacar el empeoramiento o no de los índices epidemiológicos respecto de si las personas no vacunadas acceden o no a los sitios que ahora mismo tienen prohibido, si no van con el "pasaporte covid" o con un test de antígenos o PCR -**.

La prueba de Antígenos o PCR, es una foto del momento, nada es óbice, para que antes de la prueba, durante o después se pueda enfermar del Sars-Cov2. Además, estas personas, las no vacunadas, acceden a estos sitios con todas las medidas preventivas legalmente impuestas, como son, en esencia el uso de la mascarilla y la distancia social.

Por el contrario, nos encontramos que las personas vacunadas se creen que por el mero hecho de estarlo, son inmunes a la infección, CUANDO LOS DATOS ESTADISTICOS DEMUESTRAN LO CONTRARIO, lo que provoca una equivocada creencia de no ser susceptibles de infección. Esto provoca que estas personas vacunadas, que tienen la misma capacidad de infección que las no vacunadas, se relajen o simplemente eviten cualquier otra medida preventiva, como el uso de la mascarilla entre otras medidas.

Este colectivo, por el hecho de tener la vacuna, es potencialmente más peligroso que las personas no vacunadas, porque a diferencia de las segundas, se relajan porque se les otorga ese mal llamado certificado de vacunación **que al inicio tenia que tener una duración de inmunidad durante años, luego se dijo que solo duraría 1 año, luego les dijeron que tenían que suministrarle una dosis de refuerzo, luego aparecieron no menos de diez variantes, ahora se les vuelve a requerir para una tercera dosis de refuerzo** (quizás ya cuarta como en Israel), ahora aparece una nueva variante llamada ÓMICRON.

Es desconcertante y contradictorio que se le conceda un "pasaporte covid" a un vacunado, con las dos dosis de la vacuna, Pfizer, Moderna o Astra Zeneca, por DOCE MESES, cuando la evidencia científica acredita una protección (que no inmunidad) de 120 días como mucho, y dependiendo de otros factores como la edad o patologías previas.

A) DISCRIMINACIÓN A LOS QUE REALMENTE TIENEN INMUNIDAD ADQURIDA

Un colectivo huérfano de la Orden que impone el "*pasaporte covid"*, y de allá donde se haya instaurado, es sin duda aquellas personas que pasaron la enfermedad, que desarrollaron anticuerpos, y que poseen **un análisis serológico manifestando la protección global y natural que albergan. Es incomprensible que a estas personas** (porque el consenso político así lo ha decidido) se les haya impuesto caducidad a su inmunidad por 180 días, y así **ser forzadas a inocularse un tratamiento que sólo protege de una parte minúscula del SARS.CoV-2, la famosa espiga (S), cuando su sistema inmunológico a desarrollado defensas a todo el virus**, y que **según la evidencia científica esta inmunidad dura mucho más tiempo y es más eficaz que las actuales vacunas.**

Es más, **imponerle el tratamiento cuando todavía poseen esta inmunidad natural les afectará gravemente su salud con el riesgo de perder su inmunidad natural y convertirse ahora sí en posibles fuentes de contagio.**

Es un sin sentido, que se invoque a la Salud Pública y al derecho a la integridad física y a la vida como hace la Orden y **a la vez, a una parte de la población se le imponga un tratamiento que dañará su salud, su integridad física y la propia vida, exponiéndola a un riesgo innecesario y privándoles de su inmunidad natural que esa sí beneficia a la Salud Pública**.

B) BENEFICIOS DE LA INMUNIDAD ADQURIDA

BROWNSTONE INSTITUTE, publicó el artículo *140 Research Studies Affirm Naturally Acquired Immunity to Covid-19: Documented, Linked, and Quoted*[3] *(140 estudios de investigación afirman naturalmente Inmunidad adquirida a Covid-19: Documentado, vinculado y cotizado)* lista **140 estudios que ponen en valor la inmunidad natural ante la COVID-19,** que con gusto aportaremos en el momento procesal oportuno.

[3] PAUL ELIAS ALEXANDER, *140 Research Studies Affirm Naturally Acquired Immunity to Covid-19: Documented, Linked, and Quoted, https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/,*

En consecuencia, la Orden de la Consejería de Salud y Familias no tiene en consideración esta evidencia científica, **poniendo en riesgo la salud de este colectivo que bajo la ignorancia se cree la "verdad" de los medios de comunicación de que su inmunidad natural es de peor calidad que la proporcionada por un producto farmacéutico. Nada más lejos de la realidad.**

Nos preguntamos entonces:

¿No es la salud lo que realmente importa? Si es así y **un ciudadano/a aporta un análisis serológico de anticuerpos activos contra el SARS-CoV-2**, ***¿por qué se le ignora y desprecia esta inmunidad?, ¿no va esto de inmunidad y no ser fuentes de contagio?***

Sin duda, **este colectivo sería el único merecedor del denominando "*pasaporte covid*", pues ni desarrollará la enfermedad ni serán fuentes de contagio**. Pero en cambio, la Orden guarda silencio, y le impone el "pasaporte" pese a contar con una VERDADERA INMUNIDAD, por el mero hecho de haber pasado 6 meses desde su infección, sin opción de acreditar la vigencia de su inmunidad. **EL PASAPORTE SE IMPONE A LA SALUD MISMA, Y PONE EN RIESGO SU SALUD Y LA DE TODOS.** Qué despropósito.

SÉPTIMO.- El conocido *Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de junio de 2021 relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados COVID-19 interoperables de vacunación, de prueba diagnóstica y de recuperación (certificado COVID digital de la UE) a fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19* estableció los siguientes parámetros cuando fue aprobado en su CONSIDERANDO:

> *«Las personas vacunadas o que hayan obtenido un resultado negativo en una prueba reciente de COVID-19 y LAS PERSONAS QUE SE HAYAN RECUPERADO DE LA COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES PARECEN TENER UN RIESGO REDUCIDO DE INFECTAR A OTRAS PERSONAS CON EL SARS-COV-2, DE ACUERDO CON DATOS CIENTÍFICOS ACTUALES Y AÚN EN EVOLUCIÓN. salvo que esas restricciones adicionales, sobre la base de los últimos datos científicos disponibles y según el principio de cautela, sean necesarias y proporcionadas a efectos de salvaguardar la salud pública, y no discriminatorias».*

Es decir, el **Reglamento se implanta bajo una condición**, **estaba supeditado a los datos científicos de junio del 2021**, que estaban en evolución, y que **solo esas restricciones serian necesarias, sobre la base de los últimos datos científicos, esto es, la esperanza de que las llamadas vacunas produjeran inmunidad.**

Pero lamentablemente **no se han cumplido todas las expectativas en estos tratamientos**, sino que como ya ha **quedado demostrado, los beneficios son individuales y de protección sobre los síntomas de la COVID-19, pero en ningún caso han producido un beneficio a terceros, es decir, la llamada "inmunidad de rebaño".**

Esto ya fue confirmado en julio de 2021, por los CDC[4], que **reconocieron que los beneficios de las vacunas tenían únicamente un alcance individual**, esto es, un mejor pronóstico de la enfermedad dado que **se daba por sentado la posibilidad de infectarse e infectar a otros.**

Pero al contrario del sentido común, **el Gobierno de la Junta de Andalucía y de otras CCAA adoptan una medida discriminatoria y sin ningún razonamiento jurídico, ni medico, ni científico.**

Y al respecto, no cabe excusarse en la aplicación del Reglamento comunitario que impuso el pasaporte COVID, dado que **éste claramente estaba y está regulando únicamente en el ámbito europeo, afectándose al derecho de circulación de los ciudadanos europeos entre países comunitarios.** Este Reglamento comunitario no es aplicable al caso de autos, en tanto en cuanto las autoridades copian el concepto del certificado COVID en los tres supuestos en los que se expide a nivel comunitario, y la aplican como una medida sanitaria de ámbito, en este caso autonómico. Nos encontraremos ante aquellos que libremente deciden no vacunarse y que son directamente apartados, marginados y discriminados de la vida social tal como la conocían antes de la aplicación de la resolución que ahora se recurre. Lo más dantesco es que a esta parte de la población se les acabará prohibiendo la entrada a restaurantes, a hoteles, a bares, a bibliotecas, a gimnasios, cines, auditorios, incluso trabajos, clínicas u Hospitales.

[4] Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness, july 29, 2021. cdc.gov/coronavirus. CDC.

Nada nuevo por otra parte en la vieja Europa, que está condenada a repetir sus más terribles errores del pasado una y otra vez, como si de una maldición se tratara.

> *«Primero les quitaron la profesión, les prohibieron la entrada de los teatros, cines y museos, y a los investigadores, el acceso a las bibliotecas, luego se les privo del personal de servicio, de las radios y de los teléfonos, de las viviendas mismas».*[5]

La prohibición que ha entrado en vigor hace escasos días, supone una verdadera quiebra de los Derechos Fundamentales, vulnerándose el derecho a la igualdad (art. 14 E) y no discriminación, el derecho a la integridad física (art. 15 CE), el derecho a la intimidad (art. 18 CE), el derecho de reunión, el derecho a la protección de datos, el derecho a la libertad de ambulatoria, el derecho a la libertad de expresión (art. 16 CE) y libertad artística, a la propia vida social de las personas, tanto a nivel individual y colectivamente, afectándose a su vez al libre desarrollo de la personalidad, que es uno de los pilares del orden político y de la paz social (art. 10 de la CE).

El Gobierno de la Junta de Andalucía impone un verdadero cierre a la vida social de las personas si no disponen del certificado COVID. Esta es la auténtica realidad, por cuanto la limitación y restricción de acceso afecta prácticamente a todo lo que se puede acceder. Y, todo este sacrificio, recordamos, sin base estadístico sanitario que lo justifique.

OCTAVO.- Resulta que se criminaliza a la hostelería, al hotelero, al restaurador, al empresario que tiene una cafetería, o incluso a los empresarios del ocio nocturno, discotecas o pubs como si ellos fueran, en unión de los no vacunados el problema de porque no se detiene la COVID-19.

Acudamos de nuevo a los datos estadísticos oficiales consultables en el *Ministerio de Sanidad, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Informe número 107. Situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19,* 1 de diciembre de 2021, **que sitúa la tasa de brotes de la restauración en el 0,1%, y el ocio nocturno en el 0,0%.**

[5] Zweig Stefan. El mundo de ayer. Memorias de un Europeo. Editorial Acantilado. Vigesimocuarta edición de 2018.

Los datos son abrumadores, **la población no se contagia ni se infecta ni en los restaurantes, ni en los bares, ni en los cines, ni en los polideportivos, se contagian en los domicilios**, lo cual lógico.

La realidad es que la gente realizaba con total normalidad con el uso de la mascarilla, esas actividades sociales que ahora les son prohibidas a los no vacunados, y ya hemos visto que las tasas de incidencia tuvieron un claro descenso durante todo el verano, muy presente de julio a agosto, y especialmente significativo de agosto a mediados de octubre.

Por lo tanto, **la relación causal entre estas actividades sociales que realizaban ya las personas que libremente optaron por no vacunarse, no son la causa de ese supuesto aumento de contagios.**

NOVENO.- A su vez, existe una parte de **la población con patologías previas** o afectaciones que podrían tener contraindicada la vacunación, y por consiguiente, son personas que no podrían acceder al certificado COVID, y por ende, como consecuencia de su propia dolencia se vean absolutamente impedidas para acceder a aquel, ya sea la manera prevista en la norma impugnada o de cualquier otra. Simple y llanamente, **se produce una clara discriminación respecto de este colectivo.**

La única intención que se desprende por parte de la Consejería de Salud y Familias al obviar a estas personas en la norma impugnada, es forzar claramente a la vacunación de forma indiscriminada sin tener en consideración sus posibles reacciones o efectos secundarios en patologías previas.

Finalizo, los hechos nos han dado la razón. Efectivamente, los pueblos que olvidan su pasado vuelven a repetir sus errores. Hemos sido testigos de como las restricciones, limitaciones y prohibiciones por carecer del certificado COVID no ha mejorado el IA allá donde se ha impuesto. Las camas hospitalarias, UCI y fallecimientos por COVID-19 están también ocupadas por la población completamente vacunada, véase el caso de Israel, del Reino Unido o de la propia España. Entonces, *¿por qué discriminar a una minoría?*

FUNDAMENTOS JURIDICO MATERIALES

- I -

La Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 ha vulnerado el **artículo 9 de la Constitución Española**. En el caso concreto que nos ocupa se le hurta al Tribunal Superior de Justicia el poder pronunciarse con todos los elementos en juego, pues solo posee aquella que la propia Administración ha decidido incluir en el expediente Administrativo, excluyendo todo aquello que no interese a sus fines. Por lo cual se ha vulnerado el proceso establecido y por tanto, la legalidad. Por consiguiente, se ha procedido a lesionar el principio de legalidad, la jerarquía normativa, la seguridad jurídica y la responsabilidad de interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos.

- II -

Conforme a reiterada jurisprudencia constitucional, la seguridad jurídica ha de entenderse como la certeza sobre el ordenamiento jurídico aplicable y los intereses jurídicamente tutelados, procurando *la claridad y no la confusión normativa* (STC 46/1990, de 15 de marzo , FJ 4), y *como la expectativa razonablemente fundada del ciudadano en cuál ha de ser la actuación del poder en la aplicación del Derecho* (STC 36/1991, de 14 de febrero , FJ 5).

En definitiva, sólo si en el Ordenamiento Jurídico en que se insertan, y teniendo en cuenta las reglas de interpretación admisibles en Derecho, el contenido o las omisiones de un texto normativo produjeran confusión o dudas que generaran en sus destinatarios una incertidumbre razonablemente insuperable acerca de la conducta exigible para su cumplimiento o sobre la previsibilidad de sus efectos, podría concluirse que la norma infringe el principio de seguridad jurídica" (STC 96/2002, de 25 de abril , FJ 5; o STC 93/2013, de 23 de abril , FJ 10)" [STC 84/2015, de 30 de abril , FJ 3 b)].

En el presente asunto, por tanto, se ha producido nulidad absoluta o de pleno derecho, de carácter procedimental, al amparo de lo dispuesto en el artículo 47.1,e) de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico de las

Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común que señala:

> *«serán nulos de pleno derecho los actos de las administraciones públicas en los casos siguientes e) Los dictados prescindiendo total y absolutamente del procedimiento legalmente establecido»*

Ha sido dictado prescindiendo total y absolutamente del procedimiento legal establecido para la elaboración de normas reglamentarias, que se halla regulado en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y del Sector Público

Los Principios jurídicos y el procedimiento omitido para la elaboración de las normas reglamentarias, es el siguiente:

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, LRJAP y PAC, regula el procedimiento para la elaboración de reglamentos administrativos, y dice:

> ***Artículo 129. Principios de buena regulación.***
>
> *1. En el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria, las Administraciones Públicas actuarán de acuerdo con los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia. En la exposición de motivos o en el preámbulo, según se trate, respectivamente, de anteproyectos de ley o de proyectos de reglamento, quedará suficientemente justificada su adecuación a dichos principios.*
>
> *2. En virtud de los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución.*
>
> *3. En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios.*
>
> *4. A fin de garantizar el principio de seguridad jurídica, la iniciativa normativa se ejercerá de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea, para generar un marco normativo estable, predecible, integrado, claro y de certidumbre, que facilite su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones de las personas y empresas.*

- III -

El **Tribunal Supremo**, **Sala Contencioso Administrativo, sección cuarta, Autos número 6947/2021 - ECLI:ES:TS:2021:6947ª de fecha 25 de mayo de 2021, numero de Recurso: 3504/2021, en el Procedimiento de Recurso de casación siendo el Ponente el Exmo. Magistrado. D. José Luis Requero Ibáñez,** ha declarado en los Fundamentos Jurídicos *QUINTO* y SEXTO:

> *Quinto.- Esta Sala y Sección ha dictado los autos de 20 de mayo de 2021 en los recursos de casación 3417, 3425 y 3473/2021, en los que se impugnaba el auto de 10 de mayo de 2021 dictado por la Sala de este orden jurisdiccional de Andalucía, sede de Granada, que había denegado la ratificación de ciertas medidas acordadas para el municipio de Montefrío. Pues bien, respecto de esas medidas y una vez que aquella Sala dictó el auto impugnado en esas casaciones, la Junta de Andalucía dictó al día siguiente una segunda Orden "por la que se deja sin efecto la anterior".*
>
> *Sexto.- Así las cosas, tomando para la cita el auto dictado en el recurso de casación 3425/2021, este Tribunal ha dicho lo siguiente: " CUARTO.- Como premisa ineludible, es preciso destacar un rasgo del nuevo requisito de "autorización o ratificación judicial" de las medidas sanitarias urgentes que impliquen restricción de derechos fundamentales y afecten a una pluralidad de destinatarios no identificados individualmente. Este requisito, ahora recogido en los arts. 10.8 y 11.1.i) de la LJCA , fue establecido por la disposición final 2a de la ya mencionada Ley 3/2020 . " Lo que dichos preceptos establecen es una autorización o ratificación; es decir, exigen que la medida sanitaria -disposición general o acto administrativo general, según los casos- obtenga un visto bueno o aprobación previa por parte de la Sala de lo Contencioso-Administrativo correspondiente. Ello significa que la medida sanitaria adoptada por la Administración autonómica o estatal no puede desplegar eficacia antes de que haya sido ratificada judicialmente. En otras palabras, el requisito de los arts. 10.8 y 11.1.i) de la LJCA no es una especie de convalidación o confirmación por parte del órgano judicial de un acto de la Administración que ya reúne todas las condiciones legalmente requeridas para ser eficaz: no es n acto provisional o claudicante que pueda ser aplicado en el lapso temporal que media entre su adopción por la Administración y la resolución judicial que se pronuncia sobre su ratificación.*

" La razón, aparte del propio lenguaje utilizado por los mencionados preceptos legales, es que no tendría ningún sentido un procedimiento como el ahora regulado en los arts. 10.8 y 11.1.i) de la LJCA si la finalidad fuese llevar a cabo un control sucesivo de actuaciones de la Administración ya perfectas y plenamente eficaces. Para lograr ese objetivo, ya existían las vías adecuadas en la Ley Jurisdiccional. Y siempre en este orden de ideas, hay que añadir que es la propia Administración promotora de la medida sanitaria la que debe solicitar la ratificación, pues así lo exige la ley para ese tipo de actuaciones. De aquí que no quepa entender que la Administración acude al órgano judicial para impugnar un acto, como ocurre en los supuestos normales, sino que lo hace para dotar al acto de una eficacia que por sí sola no puede darle. Ello cobra un sentido particularmente intenso por tratarse de actuaciones que, por definición, resultan restrictivas de derechos fundamentales. " De cuanto queda expuesto se siguen dos consecuencias. Una es que, como ya se ha dicho, las medidas sanitarias aún no ratificadas judicialmente no despliegan efectos ni son aplicables. La otra consecuencia es que, si la ratificación judicial es denegada, no es preciso que la Administración acuerde "dejar sin efecto" el acto que recogía las medidas sanitarias, pues se trata de un acto que nunca ha sido legalmente eficaz. Otra cosa, por supuesto, es que la Administración pueda -o incluso deba- dar publicidad a la denegación de la ratificación judicial de las medidas sanitarias, especialmente en el supuesto de que previamente éstas hubieran tenido alguna clase de publicidad oficial.

- IV -

Pero no solo ha vulnerado la legalidad y el **artículo 9 de la Constitución Española,** debemos señalar que el procedimiento especial regulado en los **arts. 114 y ss. de la LJCA**, en la que hemos basado este procedimiento, está sancionado que para la especial tutela de las libertades y derechos reconocidos en el **art. 14** y en la **Sección primera del capítulo II, Título I de la Constitución Española,** y tiene por finalidad el amparo constitucional y no la valoración de la legalidad de un acto administrativo, sino determinar si con el mismo se ha infringido alguno de los Derechos Fundamentales consagrados en la Constitución Española.

Con la aplicación de la Orden publicada el día 19 de diciembre de 2021, a los aquí recurrentes, a todos ellos, se le están vulnerando los siguientes Derechos Fundamentales.

1.- Vulneración del art. 14 CE, por discriminación de trato ante la ley, dado que la norma recurrida ofrece un trato diferente a los ciudadanos vacunados en comparación con los no vacunados sin base legal ni científica que lo sustente. Los últimos datos estadísticos del Ministerio de Sanidad Español, afirman rotundamente que los vacunados pueden contagiarse, pueden infectarse, pueden infectar, pero en cambio se les da un **certificado de vacunación** de **discriminando al no vacunado** con sometimiento de Test de Antígenos o PCR sin ningún tipo de sentido ni evidencia científica que lo sustente.

Si la población vacunada puede contagiar y puede infectar, las medidas deberían ser para todos los ciudadanos, vacunados y no vacunados.

Subyace en esta norma una actitud excluyente, y no en argumentos de hecho ni de Derecho**, lo que se pretende con esta medida es "castigar" a una parte de la población,** lo que sin duda **fomenta la división entre la sociedad y el odio contra una parte de los ciudadanos al estigmatizarlo** como malos vecinos **y fuente de contagio**, y, en definitiva, **culpables de todas las medidas restrictivas vigentes y futuras.**

Por consiguiente, la medida recurrida:

a.- No consigue el objetivo perseguido (juicio de idoneidad): pues los ciudadanos vacunados bajo la errónea creencia de que no son posibles fuentes de contagio pueden convertirse en correa de transmisión de la enfermedad.

b.- No es necesaria (juicio de necesidad): si damos por bueno el criterio que determina que ciudadanos y vacunados pueden infectar e infectarse, nos remitimos al último informe del Ministerio de Sanidad, actualización numero 519 y al Ministerio de Salud Ingles en su último reporte de la semana 47.

c.- No es proporcional (juicio de proporcionalidad): Se ha dictado sin un mínimo de proporcionalidad afectando las medidas indiscriminadamente contra una parte de los ciudadanos.

2.-. Vulneración de los arts. 10 y 15 CE, ya que la norma **induce de forma coactiva a ser sometido a un tratamiento o prueba diagnóstica invasiva a fin de ejercer el derecho de reunión**, que como hemos hecho mención en nuestro escrito, es el derecho a la libertad lo que se encuentra en riesgo el imponer obligaciones y limitaciones sanitarias a una parte de la población que ha decidido no vacunarse, **lo que supone un trato degradante que viola la dignidad e integridad física o moral del federado**.

Paradójicamente, **esta inducción hacia el ciudadano para que se someta involuntariamente al acto de vacunarse** o someterse a una prueba diagnóstica, **la impone sin asumir responsabilidad alguna por los posibles efectos secundarios,** es decir, no se sitúa en el papel de garante de la protección y responsabilidad del usuario o ciudadano.

3.-Vulneración del art. 16 CE, que ampara el ejercicio de la libertad ideológica y religiosa, dado que la norma por un lado puede forzar a ir en contra de las convicciones propias al imponer a los ciudadanos ser sometidos a un tratamiento o prueba diagnóstica que puede ir en menoscabo de dichas creencias.

4.-. Vulneración del art.18 CE, por vulneración al derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, por afectación de la privacidad de los datos personales sobre la salud, al imponer a los ciudadanos condiciones diferentes por estar o no estar vacunados, asumiendo los empresarios de hostelería, de cines, de gimnasios, de hoteles, un papel de controladores de la Salud pública , sin ser habilitados para ello. Es decir, **se convierten en vigilantes de quien aporta el certificado de vacunación o de quien se ha realizado el Test de Antígenos, limitando el derecho a la libre circulación en función de su estado de vacunación.**

5.- Vulneración de los arts. 19 y 21 CE, por vulneración al derecho de circular libremente por el territorio nacional, así como el derecho de reunión.

En consecuencia, supone una vulneración de los **arts. 14, 15, 16, 18, 19, 9, 10, 21 y 24 de la CE** por todos los argumentos expuestos.

- V -

Tanto la SSTS de 18 de agosto de 2021, como la de 14 de septiembre de 2021, se hacen eco de este marco legal y jurisprudencial, y exigen la vinculación a una tasa de incidencia y a una concreta situación sanitaria. Se requiere que estas medidas limitativas, por razón de la pandemia, sean motivadas en cada supuesto, debiendo **acotarse temporalmente y adecuarse el principio de proporcionalidad.** El pasaporte COVID en Andalucía no se incardina a un nivel de transmisión o nivel de riesgo, simplemente a una previsión futura.

La propia **Sentencia de 14 de septiembre de 2021** al analizar la **SSTS de 18 de agosto de 2021** (que rechazó en la CCAA de Andalucía el certificado de vacunación), indica que **dicho fallo obedeció a que no se había justificado la necesidad de la medida sobre la implantación del denominado pasaporte Covid-19.** Las razones son que:

> «*en la adopción de las medidas limitativas hay que tener en cuenta las circunstancias cambiantes en la evolución de la pandemia. Las medidas que ha de adoptar la Administración en defensa de la salud pública está condicionada en su elección, aplicación y autorización judicial por la realidad fáctica de la gravedad de la enfermedad y del riesgo transmisible de tal manera que en las concretas circunstancias que motiven la medida preventiva o reactiva haya una relación de proporcionalidad entre la restricción del derecho fundamental y el peligro creado por la enfermedad contagiosa que ha de constituir un riesgo inminente y extraordinario ,para la salud, con mínima afección a la libertad y a los derechos constitucionales y siempre y cuando sea imprescindible para garantizar la efectividad de las medidas».*

La Consejería de Salud y Familias basa la medida exclusivamente por **el principio de precaución**, y **no por el riesgo grave e inminente o el peligro de la enfermedad contagiosa con una tasa de vacunación del 100%, por encima de los 60 años, del 90% por encima de los 40 años, del 89% entre los 12 a 19 años, y del 81,9% entre los 30 y 39 años;** y se criminaliza a una parte de la población no vacunada como si fueran los responsables de la situación actual, algo que es aberrante y falso.

Todos los anteriores derechos fundamentales se encuentran debidamente proclamados y garantizados por normas de máximo nivel y que invocamos expresamente en la presente demanda al estar siendo vulnerados con la aplicación del Pasaporte Covid-19 y del que solicitamos el amparo ante esta Excma. Sala.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales sancionado en Roma el 4 de noviembre de 1950 establece que:

⇒ **Artículo 8.** ***Derecho al respeto a la vida privada y familiar.*** Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia. No podrá haber injerencia de la autoridad en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.

⇒ **Artículo 14.** ***Prohibición de discriminación***. El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

La **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (2000/C 364/01) establece que;

⇒ **Artículo 1.** ***Dignidad humana La dignidad humana es inviolable***. Sera respetada y protegida.

⇒ **Artículo 3.** ***Derecho a la integridad de la persona***

1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.
2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley.

⇒ **Articulo 20.-** ***Igualdad ante la ley****:* Todas las personas son iguales ante la ley.

⇒ **Articulo 21.-** ***No discriminación:***

1. Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.

2. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación de la Constitución y sin perjuicio de sus disposiciones particulares.

Si nos situásemos por un momento en el pasado, quizás a principios de este siglo, o finales del siglo XX o cuando se proclamó la Constitución Española, o cuando se promulgaron los Convenios de Roma o el de los Derechos Humanos o la Carta Europea de Derechos Fundamentales y observáramos que un trabajador, llámese camarero, empresario del ocio nocturno, profesor, empleado de un recreativo, medico, enfermero, celador, cineasta, bibliotecario, estaría autorizado a solicitar un certificado de vacunación en unión con el documento nacional de identidad a un ciudadano.

¿Como se habría comportado la sociedad si por el virus VIH, se hubiera actuado de la misma manera contra la ciudadanía que desgraciadamente se infectó entre los años 1970-1990 o incluso hoy en día, discriminándole con un pasaporte VIH por padecer la enfermedad? ¿Seria ¿esta medida idónea, necesaria y proporcional para evitar la transmisión? En consecuencia, supone una vulneración hacia todos los aquí recurrentes de los arts.1 ,9, 10, 14, 15, 16, 18 y 19 de la CE , del articulo 8 y 14 del Convenio de Roma y de los artículos 1,3, 20, 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) por todos los todos los argumentos expuestos.

FUNDAMENTOS JURÍDICO-PROCESALES

- I -
JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 1, apartado 1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa indica que los Juzgados y Tribunales del Orden contencioso-administrativo conocerán de las pretensiones que se deduzcan en relación con la actuación de las Administraciones públicas sujetas a Derecho Administrativo. Por su parte, corresponde el conocimiento de la presente pretensión al órgano al que me dirijo, la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Granada, en virtud del artículo 10 y 14 de la LJCA.

- II -
CAPACIDAD PROCESAL Y LEGITIMACIÓN

El artículo 19, apartado 1.a) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa legitima activamente ante esa jurisdicción a las personas que ostenten un interés legítimo y el artículo 21, apartado 1.a) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, atribuye legitimación pasiva a la Administración contra la que se dirija el recurso.

- III -
POSTULACIÓN

Por lo que respecta a la postulación, esta parte se encuentra representada por procurador y asistida técnicamente por letrado de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

- IV -
PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir es el establecido en 114 a 121 de la Ley 29/1998, de 13 de julio de conformidad con el articulo 114 que dice que *el procedimiento de amparo judicial de las libertades y derechos, previsto en el artículo 53.2 de la*

Constitución española regirá, en el orden contencioso administrativo, por lo dispuesto en este Capítulo, y en lo no previsto en él, por las normas generales de la presente Ley.

- V -

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD

El recurso se presenta dentro del plazo hábil que establece el art. 118 de la Ley reguladora de esta Jurisdicción.

- VI-

CUANTIA

De acuerdo con las reglas contenidas en el art. 42.1 a) de la LJCA, la cuantía de este recurso habrá de reputarse de cuantía indeterminada en cuanto que se impugna un acto que afecta derechos fundamentales no susceptible de valoración económica.

- VII -

COSTAS

De conformidad con lo previsto en el art. 139 de la LJCA, en la redacción dada por la reforma introducida por la Ley 37/2011, de 10 de octubre, de medidas de agilización de agilización procesal, las costas de este recurso habrá serle impuesta a la demandada.

- VIII -

OTROS REQUISITOS PROCESALES

Se cumplen todos y cada uno de los requisitos procesales exigidos por la Ley, por lo que procede que en su día se dicte sentencia de conformidad con lo previsto en el artículo 121 y de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Por todo lo expuesto,

SUPLICO A LA SALA: Que, tenga por presentado este escrito, con sus copias y documentos que se adjuntan, teniendo por interpuesto RECURSO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO, A TRAMITAR POR EL PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA de conformidad con los artículos 114 y siguientes de la ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (en adelante LJCA) y al amparo del artículo 53.2 de la Constitución Española se interpone el correspondiente, IMPUGNANDO la exigencia de presentación del certificado Digital Covid UE, conocido coloquialmente como "Pasaporte Covid", en, contenida en la *ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021*, así como subsidiariamente a las sucesivas prorrogas y ampliaciones que se dicten por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Es de justicia que pido en Granada el día 3 de enero de 2022

OTROSÍ DIGO: Que, de conformidad con lo dispuesto en el art. 135 y ss. LJCA solicitamos atendidas las CIRCUNSTANCIAS DE ESPECIAL URGENCIA y LA GRAVEDAD DE ESTAS, LA SUSPENSIÓN CAUTELAR INAUDITA PARTE, de conformidad con lo dispuesto en el art. 129 y ss. LJCA, la exigencia de presentación del certificado COVID-19, conocido coloquialmente como "Pasaporte Covid", publicado en *la ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021*, así como subsidiariamente a las sucesivas prorrogas y ampliaciones que se dicten por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Concretamente se **SOLICITA LA SUSPENSION** de las siguientes medidas:

«DISPONGO

Artículo único. Medida preventiva de salud pública, relativa al Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica para el acceso al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento.

1. Las personas usuarias mayores de 12 años podrán acceder al espacio interior de los establecimientos de hostelería, y de ocio y esparcimiento, definidos de conformidad con lo dispuesto respectivamente en los epígrafes III.2.7 y III.2.8 del Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, aprobado por el Decreto 155/2018, de 31 de julio, y establecimientos asimilados a estos epígrafes, conforme a su disposición adicional novena, siempre que dispongan de un certificado emitido por el servicio público de salud o por un laboratorio autorizado en el caso del párrafo b) siguiente, que acredite la concurrencia de cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Que recibieron la pauta completa de una vacuna contra la COVID-19 para la cual se concedió una autorización de comercialización, de conformidad con el Reglamento (CE) 726/2004.

b) Que disponen de una prueba diagnóstica negativa realizada en las últimas 72 horas, en el caso de las PCR, y 48 horas, en el caso de los test de antígenos. En el caso de los test rápidos de antígenos, deberán estar enumerados en la lista común y actualizada de test rápidos de antígenos de la COVID-19 establecida sobre la base de la Recomendación 2021/C 24/01, del Consejo de Europa.

c) Que se recuperaron de una infección por el SARS-CoV-2 en los últimos 6 meses. Para ello, la persona deberá haber sido diagnosticada como caso confirmado de la COVID-19 hace 11 días o más, mediante una prueba PCR, no siendo válido otro tipo de test.

2. Será imprescindible para acceder a los establecimientos previstos en el apartado anterior, que las personas usuarias acrediten documentalmente tanto su identidad, como de la concurrencia de cualquiera de las tres circunstancias previstas en el mismo.

3. La exigencia establecida en el apartado 1 no serán aplicables para el acceso a personas usuarias menores de 12 años a aquellos establecimientos a los que no tengan limitado el mismo por su clasificación. Asimismo, la aplicación de esta medida no amparará el acceso de personas usuarias mayores de 12 años a establecimientos a los que tengan limitado su acceso conforme a la normativa vigente.

4. Al objeto de procurar la máxima garantía de privacidad e intimidad de las personas, la información a la que se refiere el apartado 1 junto con el documento acreditativo de su identidad, solamente podrá ser solicitada a los efectos de su mera comprobación o verificación. No se conservarán en ningún caso, datos de carácter personal sanitario ni se crearán ficheros con ellos. En todo caso, el personal que pueda tener acceso o conocimiento de la información está obligado a mantener el secreto y la confidencialidad sobre los datos personales a que acceda, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

5. En estos establecimientos se colocará un cartel informativo al público, sobre el carácter necesario de esta documentación para el acceso al mismo, así como sobre la no conservación de los datos personales sanitarios acreditados.

6. La puesta en funcionamiento de la medida y su control respetarán, en todo caso, la dignidad de la persona. Las actuaciones de comprobación serán lo menos intrusivas».

Todo ello bajo los siguientes,

M O T I V O S

PRIMERO.- ***Justificación de la medida cautelar por especial urgencia***.

Las circunstancias que concurren se desprenden de los **daños y menoscabo a los Derechos Fundamentales invocados** de aplicar *la ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021.*, así como subsidiariamente a las sucesivas prorrogas y ampliaciones que se dicten por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, en su parte dispositiva única que hemos reproducido.

En el caso que nos ocupa, **se aprecia la debida urgencia**, ya que afecta al orden público la posible ineficacia de la medida acordada. No es aconsejable permitirse que se mantengan en el tiempo medidas de tal importancia que involucran a varios Derechos Fundamentales.

El **Tribunal Superior de Justicia de Canarias en el Auto n.º 254/2021:**

> *«A este respecto, debemos hacer notar ante todo que precisamente el ejercicio voluntario es lo propio de todo derecho, también deambular por la vía pública durante la noche es una actividad voluntaria y no por ello se ha aceptado que los toques de queda nocturnos no afecten al derecho fundamental a la libertad, En efecto, va de suyo que todo derecho es de ejercicio voluntario, pues de lo contrario hablaríamos de obligaciones o deberes, pero es precisamente la posible afección a derechos fundamentales lo que determina la exigencia de intervención judicial».*

Se deriva indiciariamente el presupuesto que permite la adopción de tales medidas cautelares inaudita parte, tal y como señala el ***ATS de 16 abril de 2020****, dictado en pieza de medidas cautelares dimanante del recurso ordinario número 95/2020*, ya que la caracterización de este tipo de medidas se define:

«por las medidas de circunstancias de especial urgencia que, por revestir una singular premura, resulta incompatible con la demora propia de la sustanciación de la pieza de medidas cautelares».

Desde la entrada en vigor el pasado día 20 de diciembre de 2021 de la Orden de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía por el que se impone el denominado "pasaporte covid" para acceder a los establecimientos de restauración y ocio nocturno, **se ha impedido el libre acceso de miles de andaluces a dichos establecimientos diariamente**, provocando **situaciones discriminatorias** sin base legal de rango orgánica, **generando miles de escenas humillantes que estigmatizan a ciudadanos sanos en público**, sin evidencia científica que justifique un trato limitativo sino prohibitivo de sus Derechos Fundamentales **a una minoría**, **mientras que vacunados con PCR + circulan libremente en bares o restaurantes blandiendo su "pasaporte covid" contagiando sin medida de control alguna de las variantes Delta u Omicron a otras personas o trabajadores de dichos establecimientos.**

SEGUNDO.- ***Inexistencia de justificación científica para la limitación de los Derechos Fundamentales afectados por el "pasaporte covid".***

Tal como ya hemos expuesto en el cuerpo de este recurso, los datos sanitarios aportados en la Orden publicada el pasado 19 de diciembre de 2021 no justifican la implantación del "pasaporte covid", lo que implica.

En primer lugar, aportamos los datos oficiales publicados por el MINISTERIO DE SANIDAD a la fecha más próxima de la publicación de la Orden con el fin de dibujar la presión hospitalaria y el número de positivos de PCR al SARS-CoV-2:

Según la **Actualización nº 525. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) 17.12.2021, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España**, los datos sobre la Andalucía son:

- Total Pacientes COVID hospitalizados: **590**
- % de camas Ocupadas COVID: **3,14%**
- Total Pacientes COVID en UCI: **106**
- % Camas Ocupadas UCI COVID: **5,92%**
- Defunciones en los último 7 días: **22**
- Letalidad global de la pandemia: **1,3%**
- Porcentaje de población vacunada: **85,8%**
- IA con inicio de síntomas en los últimos 14 días**: 87,53**
- IA en los últimos 14 días: **286,10.**

Así pues, debemos destacar de los datos cuantitativos ofrecidos por el MINISTERIO DE SANIDAD que, a fecha 17 de diciembre de 2021, los **pacientes hospitalizados por COVID son 3,14%**, en **UCI COVID un 5,92%.**

Aunque, la Orden no especifica la cobertura vacunal completa, entiende esta parte necesario aportar los datos ofrecidos por la Consejería de Salud y Familias a fecha 20 de diciembre de 2021:

Total población[6]	
De 80 años o más	**104,9%**
De 70 a 79 años	**101,4%**
De 60 a 69 años	**102,2%**
De 50 a 59 años	**96,3%**
De 40 a 49 años	**90,7%**
De 30 a 39 años	**81,9%**
De 20 a 29 años	**83,0%**
De 12 a 19 años	**89,5%**

Como puede observarse, la vacunación **ha alcanzado el 100% en los tramos de edad de 60 a 80 años y más, con niveles superiores al 90% desde los 40 a 59 años. Y, una media global del 81,4%.**

Esta parte sostiene que, un **3,14% pacientes hospitalizados, y un 5,92% pacientes en UCI y una tasa de letalidad del 1,3% no pueden dibujar en modo alguno un escenario de saturación en los servicios sanitarios, y mucho menos justificar la necesidad, proporcionalidad ni idoneidad de abocarnos a tomar medidas preventivas sanitarias tan drásticas, que suponen restricciones en los derechos fundamentales**.

[6] https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/salud/vacunas-COVID19.html

De lo contrario, cabría exigir a la Administración que dote inmediatamente de más medios humanos y materiales a los hospitales de Andalucía, reproche lógico y justo después de casi dos años de pandemia.

Nos preguntamos,

¿cuántas camas UCI nuevas se han instalado?, ¿con cuántas camas hospitalarias se ha ampliado la red asistencial?

Si **las autoridades no han cumplido con su deber y obligación de prever las necesidades sanitarias de sus ciudadanos después de meses de pandemia**, sinceramente **no ostentan el valor moral suficiente para exigir la restricción de los derechos fundamentales del pueblo**, estigmatizando además a una minoría que difícilmente dispone de altavoces mediáticos o medios económicos para buscar auxilio judicial, cuando a la misma vez ha suscrito contratos de cientos de millones de euros con los medios de comunicación a fin de que sean altavoces de sus medidas.

EXCMA. SALA, y sin ánimo de ser reiterativos, señalamos una vez más: un 3,14% hospitalizados, un 5,92% paciente en UCI, una letalidad del 1,3%, con una tasa de vacunal del 100% a partir de los 60 años, de más del 90% desde los 30 a los 59 años, y más del 80% desde los 12 años **no justifica tomar como medida inevitable para paliar y frenar la situación aquella que limitar los Derechos Fundamentales de una minoría a la que se le condena al ostracismo social como apestados de la comunidad, culpables de todos los males** y perjuicios que pudieran significar otras medidas, tales como limitar los aforos, o el cierre de la hostelería y otros comercios.

A) INCIDENCIA ACUMULADA (IA) CON SÍNTOMAS FRENTE A CASOS DIAGNOSTICADOS PCR +

Es costumbre por parte de las Administraciones justificar las medidas sanitarias restrictivas en base a la denominada **Incidencia Acumulada (IA) a 14 días**, esto es, el porcentaje del número acumulado de pruebas PCR + durante dicho plazo de tiempo en relación a 100.000 habitantes.

Pero, supeditar la imposición generalizada de medidas sanitarias limitativas (sino prohibitivas) del libre ejercicio de los Derechos Fundamentales a tal índice, supone **UNA GRAVE EQUIVOCACIÓN** **tal como muestra la evidencia científica**. Pues, **lo lógico y razonable, es que en todo caso, el IA de referencia debía ser el de casos DIAGNOSTICADOS CON SÍNTOMAS**.

EXCMA. SALA, esta cuestión es de vital importancia, ya que **de estimar el IA de casos diagnosticados con síntomas como índice de referencia desciende sustancialmente los valores, dibujando un escenario más real y menos grave**. Por ejemplo, observemos estos índices para **Andalucía según la Actualización nº 525**. Enfermedad por el coronavirus 8CIVID-19) a 17.12.2021:

- IA casos diagnosticados en los últimos 14 días: 286,10.
- IA casos diagnosticados con fecha de inicio de síntomas en los últimos 14 días: **87,53**

Es evidente que de escoger el IA con síntomas a la hora de decidir las medidas sanitarias preventivas se desvanece la alarma sanitaria y decae por tanto, la justificación de cualquier disposición limitativa de Derechos Fundamentales por no cumplir los requisitos de necesidad y proporcionalidad. Esto nos obliga a hacer varias consideraciones científicas sobre la prueba PCR + y sus limitaciones para la toma de decisiones.

Esta cuestión ha sido expuesta por el propio MINISTERIO DE SANIDAD al decir[7]*:*

> *«La **técnica RT-PCR** ha sido ampliamente utilizada a lo largo de la pandemia COVID-19 con **cierta controversia**, por su capacidad para detectar RNA viral durante periodos muy largos que **no siempre pueden ser relacionados con virus con capacidad infectiva, LO QUE PLANTEA NUMEROSAS DUDAS A LA HORA DE TOMAR MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**. […] en PERSONAS CON SÍNTOMAS LEVES, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, **la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR** […] Como ya se ha mencionado, **PRESENCIA DE POSITIVIDAD EN LA PRUEBA PCR** u otra técnica de detección de ácidos nucleicos **NO IMPLICA NECESARIAMENTE INFECCIOSIDAD.** […]»*

[7] Información Científica-Técnica, Parámetros epidemiológicos, Actualización, 10 de agosto de 2021, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad.

Efectivamente, **EXCMA. SALA**, el propio **MINISTERIO DE SANIDAD** admite que **las PCR por sí mismas NO ACREDITAN CARGA INFECCIOSA**, y que como consecuencia de esta limitación se:

***«PLANTEA NUMEROSAS DUDAS A LA HORA DE TOMAR MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA»*.**

Y, precisamente en base a esta limitación la Consejería de Salud y Familias pretende imponer medidas drásticas que limitan Derechos Fundamentales.

a.1. *La prueba PCR no es específica del SARS-CoV-2.*

Las **Autoridades Sanitarias han reconocido que las pruebas PRC ofrecen un margen de error tal que desaconsejan proseguir con su utilización**; y en cambio, en base a este *método de diagnóstico* –que nunca debió adquirir dicha atribución- se han declarado estados de alarma, impuesto confinamientos, cierres de fronteras y comercios, cuarentenas y ahora el "pasaporte covid".

El informe de los ***Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Division of Viral Diseases*[8]*,*** de 21 de julio de 2021 reconoció que **la prueba PCR no se diseñó con material aislado del SAR-CoV-2, por lo que carece de especificidad y puede ofrecer un resultado positivo ante otros patógenos, virus o retrovirus endógenos humanos en su fase extracellular**. La página 40 del informe dice:

> *«The analytical sensitivity of the rRT-PCR assays contained in the CDC 2019 Novel Coronavirus (2019- nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel were determined in Limit of Detection studies. Since no quantified virus isolates of the 2019-nCoV were available for CDC use at the time the test was developed and this study conducted, assays designed for detection of the 2019-nCoV RNA were tested with characterized stocks of in vitro transcribed full length RNA (N gene; GenBank accession: MN908947.2) of known titer (RNA copies/µL) spiked into a diluent consisting of a suspension of human A549 cells and viral transport medium (VTM) to mimic clinical specimen. Samples were extracted using the QIAGEN EZ1 Advanced XL instrument and EZ1 DSP Virus Kit (Cat# 62724) and manually with the QIAGEN DSP Viral RNA Mini Kit (Cat# 61904). Real-Time RT-PCR assays were performed using the Thermo Fisher Scientific TaqPathTM 1-Step RT-qPCR Master Mix, CG (Cat# A15299) on the Applied BiosystemsTM 7500 Fast Dx Real- Time PCR Instrument according to the CDC 2019-nCoV Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel instructions for use».*

[8] CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, Instructions for Use, Catalog # 2019-nCoVEUA-01 1000 reactions, For *In-vitro* Diagnostic (IVD) Use, Centers for Disease Control and Prevention Division of Viral Diseases, CDC-006-00019, Revision: 07, CDC/DDID/NCIRD/ Division of Viral Diseases Effective: 07/21/2021.

TRADUCCIÓN: La sensibilidad analítica de los ensayos de rRT-PCR contenidos en el Panel de diagnóstico de RT-PCR en tiempo real del nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) de los CDC se determinó en estudios de límite de detección. **Dado que no había aislados de virus cuantificados de 2019-nCoV disponibles para uso de los CDC en el momento en que se desarrolló la prueba y se realizó este estudio, los ensayos diseñados para la detección del ARN de 2019-nCoV se probaron con cepas caracterizadas de ARN de longitud completa transcrito in vitro (Gen N; acceso a GenBank: MN908947.2) de título conocido (copias de ARN / µL)** añadido a un diluyente que consiste en una suspensión de células A549 humanas y medio de transporte viral (VTM) **para imitar la muestra clínica**. Las muestras se extrajeron utilizando el instrumento QIAGEN EZ1 Advanced XL y el **kit EZ1 DSP Virus (n.º de cat. 62724)** y manualmente con el mini **kit de ARN viral QIAGEN DSP (n.º de cat. 61904)**. Los ensayos de RT-PCR en tiempo real se realizaron utilizando Thermo Fisher Scientific TaqPathTM 1-Step RT-qPCR Master Mix, CG (Cat # A15299) en el instrumento Applied BiosystemsTM 7500 Fast Dx Real-Time PCR de acuerdo con CDC 2019-nCoV Real -Instrucciones de uso del Panel de diagnóstico de tiempo de RT-PCR.

Es más, la literatura científica ha admitido que el **retrovirus endógeno humano NL63** (coronavirus corriente en resfriados y otros procesos respiratorios en humanos), puede ser identificado por la prueba PCR como un falso positivo al SARS-CoV-2.

⇒ Según el artículo ***Human coronavirus NL63 employs the severe acute respiratory syndrome coronavirus receptor for cellular entry***[9] **,** el retrovirus endógeno NL63 posee características afines a la familia SARS-CoV**,** y aquel es exudado o expression de un simple catarro o infección padecida en la niñez. Lee el estudio:

«Potent neutralizing activity directed against NL63- but not 229E-S protein was detected in virtually all sera from patients 8 years of age or older, suggesting that HCoV-NL63 infection of humans is common and usually acquired during childhood. Here, we show that SARS-CoV shares its receptor ACE2 with HCoV-NL63».

[9] *Human coronavirus NL63 employs the severe acute respiratory syndrome coronavirus receptor for cellular entry*, Edited by Diane E. Griffin, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, and approved February 27, 2005 (received for review December 17, 2004)

TRADUCCIÓN: Se detectó una potente actividad neutralizante dirigida contra la **proteína NL63** pero no contra la proteína 229E-S en **prácticamente todos los sueros de pacientes de 8 años de edad o mayore**s, lo que sugiere que **la infección por HCoV-NL63 en humanos es común y generalmente se adquiere durante la niñez**. Aquí, mostramos que el SARS-CoV comparte su receptor ACE2 con HCoV-NL63.

Es por esta causa, que **los CDC de EEUU el pasado 21 de julio de 2021 anunciaron la revocación de autorización de uso de emergencia de las pruebas PCR para detectar el SARS-CoV-2, reconociendo la necesidad de usar otra prueba analítica que efectivamente distinga entre este virus y el de la gripe común.**

He aquí la explicación del por qué en el año 2020 aparentemente desapareció la gripe de nuestras vidas después de cientos de años.
Se nos dijo que fue por el buen comportamiento de la ciudadanía en el uso de la mascarilla, que curiosamente, fue la misma población con sus mismas mascarillas a la que se le imponía medidas restrictivas por el aumento en el invierno pasado de las PCR +.

¿No sería más razonable concluir que un buen número de estos positivos correspondieron a la gripe?

En consecuencia, cabe preguntar a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía:

¿Son los cebadores y sonda específicos al 100%del SARS-CoV-2 en las pruebas PCR utilizadas?

a.2. ***Las PCR + a más de 35 ciclos (Ct) dan hasta un 90% de falsos positivos.***

Otra cuestión importante para evaluar correctamente los casos diagnosticados mediante la prueba PCR y por ende la IA acumulada, es conocer tres cuestiones sobre el método de análisis:

(1) A menos Ct de la PCR + mayor será la carga viral, y más potencia de transmisión a otras personas.

(2) A más Ct de la PCR + menor será la carga viral, o incluso inexistente, por lo que no podrá ser fuente de contagio.

(3) A más Ct de la PCR + desciende la eficacia de la prueba y aumentan los falsos positivos, **alcanzando hasta un 90% de falsos positivos**.

Pues bien, **la Orden objeto del presente recurso nada explica al respecto sobre el número de ciclos utilizado en las pruebas PCR en Andalucía**. **Tampoco informa si usan ciclos diferentes** y cuáles son las circunstancias para elegir menor o mayor Ct de cada PCR.

EXCMA. SALA, según la literatura científica el uso de **Ct > 30 pierde eficacia, llegando hasta el punto de alcanzar un 90% de error o falsos positivos**. Pues bien, según la documentación que poseemos de parte de **la Propia Consejería de Salud y Familias, se están aplicando 40 Ct.** Sirva la siguiente bibliografía científica para acreditar este hecho:

⇒ El artículo ***The MIQE Guidelines: Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments***[10], **señala que una PCR superior a 35 Ct no es fiable**.

A más abundamiento,

⇒ El artículo ***Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, Clinical Infectious Diseases***[11], lee:

[10] *The MIQE Guidelines: Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments, Clinical Chemistry 55:4, Downloaded from https://academic.oup.com/clinchem/article/55/4/611/5631762 by guest on 10 July 2021*

[11] *Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, Clinical Infectious Diseases. Downloaded from https://academic.oup.com/cid/article/72/11/e921/5912603 by guest on 15 July 2021*

«[…] in an article published in Clinical Infectious Diseases, Bullard et al reported that patients could not be contagious with Ct >25 as the virus is not detected in culture above this value [6]. This limit was then evoked in the French media during an interview with a member of the French Scientific Council Covid-19 as a possible value above which patients are no longer contagious […]It can be observed that at Ct = 25, up to 70% of patients re- main positive in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20%. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive»

TRADUCCIÓN: […] en un artículo publicado en *Clinical Infectious Diseases*, Bullard informaron **que los pacientes no podrían ser contagiosos con Ct> 25 ya que el virus no se detecta en cultivos por encima de este valor** [6]. Este límite fue luego evocado en los medios de comunicación franceses durante una entrevista con un miembro del Consejo Científico Francés Covid-19 como un posible valor por encima del cual los pacientes ya no son contagiosos […] **Se puede observar que con Ct = 25, hasta el 70% de los pacientes permanecen positivos en cultivo y que con Ct = 30 este valor desciende al 20%. En Ct = 35, el valor que usamos para informar un resultado positivo para la PCR, <3% de los cultivos son positivos**».

En otras palabras, la prueba PCR por sí misma no es un método de diagnóstico de un proceso infeccioso, sino indicativo de la existencia de una carga de una cadena de proteínas (virus). Es decir, **una persona puede dar positivo pero no ser infeccioso,** y en cambio, también es posible dar negativo y a pocas horas más tarde ser infeccioso. En cualquier caso, **la prueba determinante para confirmar la infección es el cultivo viral.**

- En lo que sí hay consenso científico es que **en caso de 30 Ct solo en un 3% se confirmó la prueba analítica mediante cultivo, o lo que es lo mismo, el resultado tiene un margen de error del 97%.**

⇒ El Dr. en Ciencias Químicas **D. Sergio J. Pérez Olivero** concluye:

«Asumir que una persona totalmente asintomática está enferma de COVID-19 porque un test PCR con 40 ciclos de amplificación ha dado positivo, ***es simplemente una falsedad científica […] mientras con 17 ciclos el test era totalmente preciso, a partir de ese número disminuirá progresivamente alcanzando un nivel de error del 100% a partir del ciclo 34 […] solo un virus, probado mediante aislamiento y purificado, puede ser un estándar de oro sólido, solo el aislamiento del virus, es decir, una prueba inequívoca de virus, puede ser el estándar de oro».***

⇒ El artículo ***Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización, de la*** **Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Cínica**[12], reconoce que:

> *«Un trabajo observó* ***que la probabilidad de cultivar el virus decrece un 32% por cada unidad de Ct a partir de un Ct de 24****.*
> *Otros autores reportaron que las* ***muestras con un Ct >33-34 no contenían virus infectivo.***
> *Recientemente se ha consensuado que un valor de* ***Ct>30 podría corresponder a un proceso infeccioso en fase de resolución, siendo el individuo no contagioso»****.*

⇒ El artículo ***Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020***, [13] admite que la probabilidad de cultivar el virus cae al 8% en muestras con niveles de Ct superiores a 35 Ct. Dice:

> *«Probability of culturing virus declines to 8% in samples with Ct > 35 and to 6% 10 days after onset; it is similar in asymp- tomatic and symptomatic persons».*

> **TRADUCCIÓN:** La probabilidad de cultivo del virus disminuye al 8% en muestras con Ct> 35 y al 6% 10 días después del inicio; es similar en personas asintomáticas y sintomáticas.

> *«It is of paramount importance to define when a treated patient can be considered as no longer contagious. Correlation between successful isolation of virus in cell culture and Ct value of quantitative RT-PCR targeting E gene suggests that patients with Ct above 33–34 using our RT-PCR system are not contagious»*

> TRADUCCIÓN: Es de **suma importancia definir cuándo se puede considerar que un paciente tratado ya no es contagioso.** La correlación entre el aislamiento exitoso del virus en cultivo celular y el valor de Ct de RT-PCR cuantitativo dirigido al gen E sugiere que los **pacientes con Ct por encima de 33-34 que utilizan nuestro sistema de RT-PCR no son contagiosos.**

---

[12] *Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización, de la* Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Cínica, Documentos SEIMC Covid-19. V 1.0. 14/10/2020.

[13] *Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020*, Singanayagam Anika, Patel Monika , Charlett Andre , Lopez Bernal Jamie , Saliba Vanessa , Ellis Joanna , Ladhani Shamez , Zambon Maria , Gopal Robin . Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. Euro Surveill. 2020;25(32):pii=2001483. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.32.2001483

En consecuencia a todo lo expuesto, cabe concluir respecto de las pruebas PCR +:

(1) Las autoridades sanitarias han reconocido que las pruebas PCR no son específicas del SARS-CoV-2, y que puede dar falsos positivos ante otros patógenos, virus y retrovirus endógenos humanos. El Ministerio de Sanidad de España admite no conocer qué cebadores son los usados estos kit en nuestro país.

> Nos preguntamos: ***¿qué cebador usan los kit PCR usados por la Junta de Andalucía?***

(2) La evidencia científica ha demostrado que por encima de 30 Ct en las pruebas PCR dan falsos positivos, dado que desciende bruscamente las posibilidades de cultivo del virus. Según algunos estudios los falsos positivos pueden superar el 90% por encima de 35 Ct. Hay que recordar que en Andalucía las pruebas PCR se están realizando a 40 Ct.

> Nos preguntamos: ***¿cuántos PCR + la Junta de Andalucía confirmó mediante los oportunos cultivos?***

(3) Según la evidencia científica a menor Ct mayor carga viral; y a mayor Ct menor carga viral, sino inexistente. Es decir, por encima de 35 Ct la persona con PCR + NO ES INFECCIOSA.

> Nos preguntamos: ***de los 21.013 casos diagnosticados en Andalucía en los últimos 14 días según la Actualización nº 524 a fecha 16.12.2021 del Ministerio de Sanidad, ¿a cuántos Ct se realizaron las PCR +?, ¿qué carga viral tenía cada caso?***

(4) El dato aportado como casos diagnosticados por PCR + no distingue a qué pacientes se le ha realizado la prueba en más de una ocasión. Es decir, salvo prueba en contrario, la cifra para Andalucía de 21.013 casos diagnosticados en realidad no se corresponde con la misma cifra de pacientes, sino que hace alusión al número de pruebas efectuadas aunque un mismo paciente sea objeto de 2 o más pruebas PCR +.

Nos preguntamos: ***¿puede la Consejería de Salud y Familias aportar los datos reales de pacientes individuales con PCR + en los últimos 14 días, desglosándolo del número total de pruebas realizadas?***

EXCMA. SALA, a la luz de todo lo dicho, el IA utilizado para justificar el "pasaporte covid" no es un dato válido, pues no queda acreditado que todos las PCR + cursen con carga vírica o lo que lo mismo, no prueba que la persona esté infectada, dado que esta técnica no es específica para el SARS-CoV-2, y además, el número de Ct usando => 40 no prueba en modo alguna la existencia de carga vírica, ya que el consenso científico admite que por encima de 35 Ct nos hallamos hasta un 90% de falsos positivos, salvo que se confirme con los correspondientes cultivos víricos, y por último el dato de PCR + corresponde al número total de pruebas realizadas y no el número de pacientes reales, pues a un mismo paciente se le realizan dos o más PCR hasta que dé negativo.

Más bien, en cualquier caso, **el IA que la Consejería de Salud y Familias debió usar es el IA DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMO 14 DÍAS, que como ya indicamos, según la Actualización nº 524. Enfermedad por coronavirus (COVID-19). 16.12.2021, corresponde a 71,50 por 100.00 habitantes, que no justifica en modo alguno la imposición del trato discriminatorio que supone el "pasaporte covid",** y por tanto, muy lejos de los 150,55 casos citados por la propia Consejería en la Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 o de los 248,25 casos citados en aquella Actualización nº 524.

B) LA TRANSMISIÓN DEL SARS-CoV-2, DE LA VARIANTE DELTA Y OMICRON POR LA POBLACIÓN COMPLETAMENTE VACUNADA.

La Orden publicada el 19 de diciembre de 2021, sustenta la medida discriminatoria del "pasaporte covid" obviando la realidad de que la población vacunada puede infectarse e infectar a otros en condiciones similares que la población no vacunada. Al contrario, afirma que:

> *«Las personas sin inmunidad tienen mayor probabilidad de infectarse y de ser transmisores con mayor carga viral que las personas con inmunidad, lo que justifica que se evite el acceso de éstas a los lugares considerados de alto riesgo de exposición» (página 2068/3)*

De estas palabras se deducen dos cuestiones que merecen ser contestadas. Por un lado, la afirmación de que la población no vacunada tenga mayor probabilidad de infectarse y de ser transmisores con mayor carga viral, y por otro lado, el uso de la expresión *"inmunidad"* o *"inmunizados"* para referirse a los ciudadanos inoculados con las denominadas vacunas contra la COVID-19.

b.1. *Las personas vacunadas contra la COVID-19 se infectan y contagian con carga viral semejante a la población no vacunada.*

Es forzoso citar algunos documentos oficiales de las autoridades sanitarias, así como diversos estudios científicos que acreditan que ambos grupos de población (vacunados y no vacunados) pueden infectarse y ser fuentes de contagio en circunstancias similares:

-1- El estudio publicado el 23 de septiembre de 2021 bajo el título ***Nosocomial soutbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021***[14]*,* a propósito de un brote de la variante Delta en Israel en el Meir Medical Center, describe 38 contagios de personas vacunadas de un total de 42 pacientes, con 8 enfermos gravemente, 6 en estado crítico y 5 muertes, todos ellos completamente vacunados.

Exponemos un extracto del estudio:

> *«A nosocomial outbreak of SARS-CoV-2 Delta vari- ant infected 42 patients, staff and family members; 39 were fully vaccinated. The attack rate was 10.6% (16/151) among exposed staff and reached 23.7% (23/97) among exposed patients in a highly vaccinated population, 16–26 weeks after vaccination (median: 25 weeks). All cases were linked and traced to one patient. Several transmissions occurred between indi- viduals wearing face masks. Fourteen of 23 patients became severely sick or died, raising a question about possible waning immunity.*
> *[…] this communication emphasises several points. It challenges the assumption that high universal vaccination rates will lead to herd immunity and prevent COVID-19 outbreaks. This was probably true for the wild-type SARS-CoV-2 virus, but in the out- break described here, 96.2% of the exposed popula- tion was vaccinated. Infection advanced rapidly (many cases became symptomatic within 2 days of exposure), and viral load was high*
> *[…] Of note, in our cases, in particular case patients, the time from vaccination was considerable. The short- est interval was 142 days (5 months), and many of our case patients advanced to severe disease. Data from Israel imply that the main reason for the increase in COVID-19 cases in summer is indeed waning immunity*
> *[…] This nosocomial outbreak exemplifies the high trans- missibility of the SARS-CoV-2 Delta variant among twice vaccinated and masked individuals».*

[14] Shitrit Pnina, Zuckerman Neta S, Mor Orna, Gottesman Bat-Sheva, Chowers Michal. Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021. Euro Surveill. 2021;26(39):pii=2100822. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822.

TRADUCCIÓN: Un brote nosocomial de la **variante delta del SARS-CoV-2 infectó a 42 pacientes, personal y familiares; 39 estaban completamente vacunados**. La tasa de ataque fue del 10,6% (16/151) entre el personal expuesto y alcanzó el 23,7% (23/97) entre los pacientes expuestos en una población altamente vacunada, 16 a 26 semanas después de la vacunación (mediana: 25 semanas). Todos los casos se vincularon y se rastrearon a un paciente. Se produjeron varias transmisiones entre personas que llevaban máscaras faciales. **Catorce de los 23 pacientes se enfermaron gravemente o murieron, lo que plantea la cuestión de una posible disminución de la inmunidad.**

[…] esta comunicación enfatiza varios puntos. **Desafía la suposición de que las altas tasas de vacunación universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán los brotes de COVID-19.** Esto probablemente fue cierto para el virus SARS-CoV-2 de tipo salvaje, pero en el brote descrito aquí, **el 96,2% de la población expuesta fue vacunada.** La infección avanzó rápidamente (muchos casos se volvieron sintomáticos dentro de los 2 días posteriores a la exposición) **y la carga viral fue alta.**

[…] Es de destacar que en nuestros casos, en casos particulares de pacientes, el tiempo desde la vacunación fue considerable. El intervalo más corto fue de 142 días (5 meses) y muchos de los pacientes de nuestro caso avanzaron a una enfermedad grave. **Los datos de Israel implican que la razón principal del aumento de casos de COVID-19 en verano es, de hecho, la disminución de la inmunidad.**

[…] **Este brote nosocomial ejemplifica la alta transmisibilidad de la variante delta del SARS-CoV-2 entre individuos dos veces vacunados y enmascarados.**

De dicho estudio, cabe resaltar las siguientes cuestiones:

- El **paciente iniciador** fue un hombre de 70 con la vacunación completa.
- Se contagiaron un total de 42 personas, de estas, **38 estaban con la pauta completa de vacunación,** y tres no estaban vacunadas.
- Los contagiados dieron PCR + a 13,9 Ct. Lo que significan que los infectados tenían una **carga vírica elevada**, tanto vacunados como no vacunados.
- Los efectos fueron: 8 pacientes enfermaron gravemente, 6 en estado crítico y **5 fallecieron**, **todos estos estaban vacunados completamente**.

La **conclusión del estudio reconoció que la variante Delta desafía la suposición de que las altas tasas de vacunación universales conducirían a la inmunidad colectiva y evitaran los brotes de COVID-19.**

En consecuencia, este reciente estudio demostró que la población vacunada contra la COVID-19 pierde protección con el paso del tiempo contra el SARS-CoV-2 y muy especialmente contra las nuevas variantes, como la Delta o la más reciente Omicron.

EXCMA. SALA, debemos dirigir su atención a que en el estudio citado **38 infectados estaban vacunados con la pauta completa** (de 42 casos diagnosticados), y **8 de ellos evolucionaron gravemente**, **6 en estado crítico**, y tristemente **5 fallecieron**. Por consiguiente, **las vacunas recibidas no les protegieron lo suficiente para evitar la hospitalización, la evolución grave de su estado de salud y la murte**. Curiosamente, los tres casos diagnosticados no vacunados tuvieron síntomas leves. Y, por último, **fíjese la EXCMA SALA**, que los **infectados vacunados dieron positivo a una prueba PCR a 13,9 Ct** , lo que significa **que poseían una fuerte carga viral para infectar a otros.**

-2- La prestigiosa revista científica ***The Lancent*** publicó el 28 de octubre de 2021 el estudio: ***Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study***[15], que concluye su studio diciendo:

> *"Nonetheless, fully vaccinated individuals with breakthrough infections have peak viral load similar to unvaccinated cases and can efficiently transmit infection in household settings, including to fully vaccinated contacts. Host–virus interactions early in infection may shape the entire viral trajectory".*

TRADUCCIÓN: "no obstante, **las personas completamente vacunadas** con infecciones irruptivas **tienen una carga viral máxima similar a los casos no vacunados y pueden transmitir la infección de manera eficiente en entornos domésticos**, incluso a contactos completamente vacunados. Las interacciones huésped-virus en las primeras etapas de la infección pueden dar forma a toda la trayectoria viral".

[15] *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study, www.thelancet.com/infection. PublishedonlineOctober28,2021. https://doi.org/10.1016/S1473- 3099(21)00648-4*

-3- La publicación *The Defender*[16], el pasado 23 de agosto, se hizo eco del estudio publicado en la prestigiosa revista ***The Lancet***[17] y supervisado por la Universidad de Oxford, cuyo titular fue: ***Study: Fully Vaccinated Healthcare Workers Carry 251 Times Viral Load, Pose Threat to Unvaccinated Patients, Co-Workers.*** *A preprint paper by the prestigious Oxford University Clinical Research Group, published Aug. 10 in The Lancet, found vaccinated individuals carry 251 times the load of COVID-19 viruses in their nostrils compared to the unvaccinated*.

> *«Viral loads of breakthrough Delta variant infection cases were 251 times higher than those of cases infected with old strains detected between March-April 2020».*
>
> TRADUCCIÓN: **Las cargas virales de casos de infección por la variante Delta avanzada fueron 251 veces más altas que las de los casos infectados con cepas antiguas detectadas entre marzo y abril de 2020.**

Efectivamente, el estudio aborda un brote de infección de la variante Delta entre trabajadores de la salud completamente vacunados en junio de 2021. Pues bien, los análisis ofrecieron una carga viral 251 veces mayor en comparación con los infectados *no vacunados* durante el periodo de marzo y abril de 2020.

-4- La web de los CDC de EEUU, publicó el estudio ***Breakthrough Infections of SARS-CoV-2 Gamma Variant in Fully Vaccinated Gold Miners, French Guiana, 2021***[18], que investigó un grupo epidémico de la variante Gamma de SARS-CoV-2 entre 44 trabajadores de una mina de oro en la Guayana Francesa. Los resultados aportaron los siguientes datos significativos:

- De lo 25 trabajadores vacunados 15 desarrollaron la enfermedad con PCR + con los siguientes Ct: 1, 22, 24, 26, 27, 29, 31, 32, 35 y 36.

- Sin embargo los trabajadores no vacunados requirieron PCR + con Ct 30 y 34 para obtener el positivo.

- Curiosamente, de los 3 empleados no vacunados que habían pasado previamente la COVID-19 ninguno fue reinfectado.

[16] https://childrenshealthdefense.org/defender/vaccinated-healthcare-workers-threat-unvaccinated-patients-co-workers/
[17] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733
[18] Breakthrough Infections of SARS-CoV-2 Gamma Variant in Fully Vaccinated Gold Miners, French Guiana, 2021, Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 27, No. 10, October 2021. DOI: https://doi.org/10.3201/eid2710.211427

Estos datos nos lleva a las siguientes conclusiones:

- Los **vacunados** infectados con mostraron poseer una carga viral superior a los no vacunados.

- La **inmunidad natural** ofrece una mejor protección contra las variantes del SARS-CoV-2 en comparación con las vacunas.

-5- La **Dra. Nina Pierpont,** graduada en biología por la Universidad de Yale, publicó el 9 de septiembre el artículo ***Covid-19 Vaccine Mandates Are Now Pointless: Covid-19 vaccines do not keep people from catching the prevailing Delta variant and passing it to others***[19]**,** afirma que la variante Delta produce cargas virales en la población vacunada muy elevadas e incluso superiores en comparación con la población no vacunada, poniendo en valor la inmunidad natural como más beneficiosa y protectora que la proporcionada por las vacunas.

-6- ***The Center for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services (CDC)***, en el artículo *Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021*[20], en su resumen reconoce:

> *«In July 2021, following multiple large public events in a Barnstable County, Massachusetts, town, 469 COVID-19 cases were identified among Massachusetts residents who had traveled to the town during July 3–17; 346 (74%) occurred in fully vaccinated persons. Testing identified the Delta variant in 90% of specimens from 133 patients. Cycle threshold values were similar among specimens from patients who were fully vaccinated and those who were not».*
>
> **TRADUCCIÓN**: En julio de 2021, luego de múltiples eventos públicos importantes en una ciudad del condado de Barnstable, Massachusetts, se identificaron 469 casos de COVID-19 entre los residentes de Massachusetts que habían viajado a la ciudad durante el 3 al 17 de julio; **346 (74%) ocurrieron en personas completamente vacunadas**. Las pruebas identificaron la variante Delta en el 90% de las muestras de 133 pacientes. **Los valores del umbral del ciclo fueron similares entre las muestras de pacientes que estaban completamente vacunados y los que no.**

[19] Nina Pierpont is a graduate of Yale University (BA in biology), with a MA and PhD from Princeton University in population biology/evolutionary biology/ecology, and the MD degree from the Johns Hopkins University School of Medicine. She has been a Clinical Assistant Professor of Pediatrics at Columbia University's College of Physicians & Surgeons. She is currently in private practice in upstate New York, specializing in behavioral medicine.

[20] Readers who have difficulty accessing this PDF file may access the HTML file at https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2. htm?s_cid=mm7031e2_w. Address all inquiries about the *MMWR* Series, including material to be considered for publication, to Editor, *MMWR* Series, Mailstop V25-5, CDC, 1600 Clifton Rd., N.E., Atlanta, GA 30329-4027 or to mmwrq@cdc.gov.

No es de extrañar, que en las conclusiones se admita que :

«This might mean that the viral load of vaccinated and unvaccinated persons infected with SARS-CoV-2 is also similar»

TRADUCCIÓN: **Esto podría significar que la carga viral de personas vacunadas y no vacunadas infectadas con SARS-CoV-2 también es similar.**

Por consiguiente, de los 469 infectados de la variante Delta en el brote estudiado, **el 74% de los positivos habían recibido las dos dosis de la vacunación.**

Efectivamente, **la carga viral de las personas vacunadas y no vacunadas infectadas con SASR-CoV-2 también son similares.**

-7- El 29 de julio de 2021 se publicó el estudio ***An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B.1.617.2) in a secondary care hospital in Finland, May 2021***[21], que trata un brote de la variante Delta en Finlandia el pasado mes de mayo en un hospital de asistencia secundaria.

El artículo reconoce que **las personas vacunadas incluso con la doble dosis pueden ser infectadas de la variante delta de la COVID-19, y ser fuente de contagios**

-8- El ***Washington Post***[22] el pasado 29 de julio de 2021, recogiendo información interna del CDC de EEUU, admite que **las personas vacunadas infectadas con la variante Delta, que pueden transmitir el virus con la misma facilidad que las que no lo están, y que las personas vacunadas infectadas tienen cargas virales mensurables similares a las que no están vacunadas y están infectadas con la variante delta.**

[21] *«Breakthrough infections with the Delta variant and further transmission from fully vaccinated, sympto- matic HCW occurred […] In conclusion, this outbreak demonstrated that, despite full vaccination and universal masking of HCW, breakthrough infections by the Delta variant via symptomatic and asymptomatic HCW occurred, causing nosocomical infections».* Hetemäki Iivo, Kääriäinen Sohvi, Alho Pirjo, Mikkola Janne, Savolainen-Kopra Carita, Ikonen Niina, Nohynek Hanna, Lyytikäinen Outi. An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B.1.617.2) in a secondary care hospital in Finland, May 2021. Euro Surveill. 2021;26(30):pii=2100636. https://doi.org/10.2807/1560- 7917.ES.2021.26.30.2100636

[22] *«It cites a combination of recently obtained, still-unpublished data from outbreak investigations and outside studies showing that vaccinated individuals infected with delta may be able to transmit the virus as easily as those who are unvaccinated. Vaccinated people infected with delta have measurable viral loads similar to those who are unvaccinated and infected with the variant»* https://www.washingtonpost.com/health/2021/07/29/cdc-mask-guidance/

Reconoce el informe[23] que **no hay diferencia en los valores medios en los casos vacunados y no vacunados, y más diseminación comunitaria a pesar de la vacunación**. **Para admitir finalmente que la vacunación solo aporta un beneficio individual al vacunado en caso de infección al tener un mejor pronostico de la enfermedad sin que la vacunación disminuya por el momento el contagio a otras personas como ha quedado demostrado**.

EXCMA SALA, en definitiva, **el silogismo empleado por la Orden consistente que un vacunado está inmunizado y por consiguiente no es fuente de contagio es erróneo, más bien, el axioma adecuado sería que tanto vacunados como no vacunados pueden ser fuente de contagios**, debiendo mantener todos los ciudadanos las medidas de prevención sanitarias recomendadas. Y, **en cualquier caso, ser tratados de formar igualitaria y no discriminatoria.**

-9- El documento ***Información Científica-Técnica, Parámetros epidemiológicos, Actualización, 10 de agosto de 2021, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad,*** declara:

> «PERSONAS VACUNADAS INFECTADAS, AUNQUE NO DESARROLLEN SÍNTOMAS, PUEDAN TRANSMITIR LA INFECCIÓN A OTROS. EN EL MOMENTO ACTUAL, SE HAN IDENTIFICADO NUMEROSOS BROTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE MAYORES, DONDE LA MAYORÍA DE RESIDENTES Y TRABAJADORES HABÍAN SIDO VACUNADOS […]*»*

Para más tarde afirmar, que:

«LA CARGA VIRAL MEDIA DE LOS VACUNADOS FUE DE 27 CT, LA CUAL SE PUEDE CONSIDERAR SUFICIENTE PARA GENERAR CASOS SECUNDARIOS»

[23] Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness, july 29, 2021. cdc.gov/coronavirus. CDC.

-10- El diario **EL PAIS**[24], publicó con fecha 1 de diciembre de 2021, por el divulgador Sr. Pablo Linde el siguiente artículo:

«LOS TÉCNICOS DE SANIDAD Y LAS COMUNIDADES DESMONTAN LA UTILIDAD DEL CERTIFICADO COVID PARA FRENAR LA SEXTA OLA»

*«**Sus técnicos y los del Ministerio de Sanidad**, sin embargo, **CONSIDERAN QUE LA MEDIDA NO ES EFICAZ CONTRA LOS CONTAGIOS**. En un informe de estos especialistas que forman la Ponencia de Alertas del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud, al que ha tenido acceso EL PAIS, enumeran cuatro aspectos a favor de solicitar este documento [el certificado COVID] en espacios públicos y ocho en contra.*

Los pros de solicitar el certificado covid para entrar en establecimientos públicos se limitan, en opinión de los técnicos, a incentivar la vacunación, estimular su necesidad entre la población, transmitir el mensaje de que continúa existiendo un riesgo de infección por el coronavirus, y que cuento con respaldo judicial en algunas comunidades.

*Frente a estos argumentos**, exponen otros contundentes sobre sus variadas carencias a la hora de hacer frente a los contagios**. En primer lugar, expone el informe**, "NO HAY EVIDENCIA" DE QUE ESTA MEDIDA TENGA EFECTO EN LA REDUCCIÓN DEL VIRUS. "EN LOS PAÍSES DEL ENTORNO EUROPEO DONDE SE ESTÁ UTILIZANDO, LOS CASOS ESTÁN AUMENTANDO DE FORMA IMPORTANTE […] ES PREVISIBLE QUE EL EFECTO EN ESPAÑA, CON COBERTURAS MÁS ELEVADAS, TODAVÍA SEA MENOR. SERÍA ADEMÁS DIFÍCIL MEDIR LA EFECTIVIDAD DE ESTA MEDIDA"***

***El certificado covid tampoco refleja el estado inmunitario de quien lo posee. "EQUIPARA EL ESTAR VACUNADO CON ESTAR INMUNIZADO Y ESTO NO SE AJUSTA A LA REALIDAD**", expone la ponencia, que […] la vacunación […] no es tan útil a la hora de evitar los contagios. **"SABEMOS QUE, APROXIMADAMENTE UN 40% DE LOS VACUNADOS SON SUSCEPTIBLES DE INFECTARSE Y TRANSMITIR LA INFECCIÓN. POR TODO ELLO, SU UTILIDAD PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN SERÍA LIMITADA E INCLUSO PODRÍA TENER IMPACTO NEGATIVO SI SE RELAJARAN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN"**, afirman.*

*El informe hace también referencia a las altas tasas de vacunación en España: "Aproximadamente el 90% de los mayores de 12 años están vacunados, por lo que la ganancia en coberturas de vacunación no sería importante. Estudios realizados recientemente refieren un incremento de la cobertura vacunal principalmente en menores de 20 que, en **nuestro país, tienen coberturas muy elevadas, alrededor del 84%, por lo tanto, no estaría justificado con esta finalidad".***

[24] https://elpais.com/sociedad/2021-12-01/los-tecnicos-de-sanidad-y-las-comunidades-desmontan-la-utilidad-del-certificado-covid-para-frenar-la-sexta-ola.html

Los técnicos consideran ***que estas coberturas "difícilmente justificarían el coste y las implicaciones negativas"****, que puede tener esta medida y subrayan que* ***HABRÍA QUE ASEGURARSE DE QUE NO GENERE SITUACIONES DE INEQUIDAD****. Además, consideran que* ***SI LA INCIDENCIA SIGUE SUBIENDO, -ALGO QUE VEN "MUY PROBABLE"- ES POSIBLE QUE ACABE GENERANDO DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS».***

EXCMA. SALA, el contenido de este artículo basado en la ***Ponencia de Alertas del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud****,* no deja lugar a dudas, **los técnicos de las CCAA y del Ministerio de Sanidad ven más perjuicios que beneficios en la imposición del certificado covid**.

Es más, dejan claro que las Administraciones solo tienen un único motivo, y no es la salud pública, **sino imponer la vacunación**, **pese a carecer de criterios científicos.**

- **Los Técnicos de las CCAA y del MINISTERIO DE SANIDAD confirman lo expuesto en este recurso, la POBLACIÓN VACUNADA SE INFECTA Y CONTAGIA, es más, lo cuantifica, al decir que el 40% se infectan y contagian.**

- Los Técnicos de las CCAA y el MINISTERIO DE SANIDAD **también admiten, que imponer el certificado covid conllevará a una relajación de las medidas preventivas sanitarias, tal como este modesto letrado ha expuesto**.

- Y por último, los Técnicos de las CCAA y el MINISTERIO DE SANIDAD **reconocen que el porcentaje de población por vacunar es muy pequeño, tanto que no tendría un efecto en la transmisión.** Es mas, alertan que si después de vacunar a toda la población la incidencia y transmisión continuara se generaría desconfianza por la población hacia las autoridades.

Pues bien, dicho con todo respeto, esta desconfianza ha llegado para quedarse después de conocer esta Ponencia, y que la Consejería de Sanidad haya osado solicitar la ratificación del certificado covid.

EXCMA, SALA, todo lo expuesto, acredita sin ninguna duda que la población vacunada con la doble pauta se infecta, desarrolla la enfermedad, es hospitalizada, ingresada en UCI, y fallece por COVID-19. Además, los vacunados contagian con cargas virales elevadas y con niveles de transmisión altos.

-11- El titular del ***diario SUR de Málaga*** de fecha 10 de diciembre fue:

"EL BROTE DE COVID ENTRE PROFESIONALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA DEJA YA 96 CONTAGIOS"

La noticia publicada en toda la prensa española trató sobre de **un brote de COVID-19 en el personal sanitario del Hospital Regional de Málaga**[25], en relación a una comida navideña **con 174 asistentes todos ellos vacunados con la doble pauta y algunos con tres dosis**, quienes además **realizaron una prueba de test de antígenos con resultados negativos** antes de entrar en el lugar de celebración. A fecha 10 de diciembre, **96 asistentes dieron positivo a la prueba PCR, y la cifra sigue creciendo.**

He aquí los resultados y efectividad del denominado *pasaporte Covid*. Todos los asistentes doblemente vacunados y algunos con tres dosis. **Todos además se realizaron los test de antígenos con resultados negativos**.

A fecha de la publicación **el 55% DE LOS ASISTENTES CONTAGIADOS**.

¿Hubiera sido de utilidad el pasaporte Covid? La respuesta es obvia, NO; y esto es lo que sucederá de aplicarse esta medida que no evita los contagios.

[25] https://www.diariosur.es/malaga-capital/brote-covid-malaga-carlos-haya-20211210150323-nt.html

-12- Los datos oficiales del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, así como del Reino Unido muestran que la población doblemente vacunada se contagia de la variante Delta y Omicron y son fuentes de contagio, ocupando camas hospitalarias, UCI y lamentablente, fallecen:

MINISTERIO DE SANIDAD

Actualización nº 524 a 16 de diciembre de 2021 (datos próximos a la publicación de la Orden en el Boja a 19 de diciembre de 2021). Periodo: 11/10/2021 a 5/12/2021:

- Total de casos con vacunación completa: **171.161.**
- Total de casos no vacunados: 43.114.
- Total hospitalizados con vacunación completa: **6.490.**
- Total hospitalización no vacunados: 2.696.
- Total UCI con vacunación completa: **580.**
- Total UCI no vacunados: 438.
- Total fallecidos con vacunación completa: **702.**
- Total fallecidos no vacunados: 196.

Actualización nº 529 a 23 de diciembre de 2021 (datos más actuales). Periodo 18/10/2021 a 12/12/2021:

- Total de casos con vacunación completa: **238.634.**
- Total de casos no vacunados: 62.435.
- Total hospitalizados con vacunación completa: **7.655.**
- Total hospitalización no vacunados: 3.318.
- Total UCI con vacunación completa: **700.**
- Total UCI no vacunados: 529.
- Total fallecidos con vacunación completa: **829.**
- Total fallecidos no vacunados: 258

Como puede observarse, la realidad de la presión hospitalaria en todos los parámetros (hospitalización, UCI y fallecidos) es muy superior de la población vacunada en comparación con la no vacunada.

Relativizar los datos relacionándolos *porcentualmente* con el número total de la población *vacunada* o *no vacunada* en España confunde al ciudadano. Por la sencilla razón de que, en el momento que nos encontramos, dichos porcentajes no cambian en absoluto la verdad del número de contagios reales y la presión hospitalaria con datos concretos y cuantitativos, que deben ser la verdadera preocupación de las autoridades sanitarias y sustentar las medidas a tomar.

EXCMA. SALA, los datos reales son abrumadores, la presión hospitalaria no justifica que **la población con menos infectados, menos hospitalizados, con menos camas UCI y menos fallecidos sean precisamente quienes deban acreditar mediante pruebas invasivas su negatividad al SAR-CoV-2** para acceder al ocio nocturno o la restauración; mientras que precisamente, **quienes más contagios tienen** (los vacunados con pauta completa o con una pauta) **más camas hospitalarias ocupan, incluidas UCI y más fallecidos cuentan, en cambio, posean un "pasaporte" a modo de salvoconducto o cheque en blanco para circular libremente en espacios interiores públicos infectándose y contagiando a otros en base a ninguna evidencia científica.**

EXCMA. SALA, se confunde gravemente a la población relacionando la protección de las vacunas ente el SARS-Cov-2 original del 2020 con las actuales variantes, Delta u Omicron, que como ha quedado demostrado, aquellos tratamientos no proporcionan la misma protección que al virus original, y esto es así por una razón muy sencilla, a saber, la denominadas vacunas no fueron diseñadas para identificar al SARS-CoV-2 en su totalidad (como las vacunas de costumbre) sino que han sido desarrolladas en relación a *una fracción* de la *espiga del virus*, generando cierta reacción inmunitaria sobre esa fracción. Pues bien, mientras que la **inmunidad natural** crea **inmunidad sobre todo el virus** (y sus posibles variantes) **las vacunas pierden protección cuando precisamente las variaciones del virus se han producido en la fracción espiga, como así ha sucedido con las variantes Deltas y Omicron.**

He ahí la razón del tsunami de contagios durante los días de navidad, afectando sin limitación alguna a la población con pauta completa e incluso con tres dosis, más allá de que muchas PCR + sean en realidad la gripe común, dado el alto grado de error de esta prueba analítica, que confiamos sea subsanado por los nuevos métodos de análisis recomendados por las autoridades sanitarias.

EXCMA. SALA, insistimos en esta cuestión, la foto actual, es decir, los patógenos a los que nos enfrentamos en este momento, sean la variante Delta o la Omicron, no se corresponden a aquel virus que asoló durante el invierno de 2020 a nuestro país, y que en base a dicho virus se desarrollaron las vacunas, pues las variaciones de aquellos son tantas en la espiga que esquivan la protección proporcionada por las vacunas. Y, esta realidad va a continuar hasta que la población mundial adquiera por sí misma la inmunidad natural.

En consecuencia, nos preguntamos, ante la realidad de contagios de la población vacunada, el número de hospitalizaciones, ingresos en UCI y fallecimientos ¿está justificada la medida de limitar los Derechos Fundamentales justo a la población minoritaria que hasta el día de hoy, aporta en números reales, menos infectados, hospitalizados, camas UCI y fallecidos?

No, **no es cuestión de cuestionar la validez o cierto grado de éxito de las vacunas, ni de elucubrar de cuál hubiera sido el escenario si las cosas fueran al revés, esto es, que la población no vacunada fuera la mayoritaria**. **El problema debe enfocarse en la realidad, de cómo son de verdad las cosas, y la verdad es que la mayoría de la población andaluza está vacunada completamente, recuérdese, 100% entre las edades de más de 60 años, 90% entre 40 a 59 años, 89% entre los 12 a 19 años, y del 81,9% entre 30 a 39 años**.

La verdad es que, **en España en número totales** (y no sobre hipotéticos porcentajes sobre la población) la **población vacunada** o con una dosis de vacunación **ostentan la cifra de más infectados con las nuevas variantes, más camas hospitalizadas ocupadas, más UCI, y tristemente, más fallecidos.**

Una vez más preguntamos,

> ***¿ante tales hechos, realidades y evidencia científica es proporcional, necesario e idóneo que a una minoría de la población se le limiten sus derechos fundamentales, se les estigmatice y se les fuerce a someterse constantemente a pruebas invasivas sobre su cuerpo?***

La respuesta es obvia, no.

Y, **no compensa, que pasadas unas semanas se reconozca que aquellas medidas**, esto es, la imposición del "pasaporte covid", **no fueron las más acertadas**, que las expectativas no se cumplieron, pero que se obró de buena fe y **que los daños sufridos por la minoría estigmatizada bien podría encajar en la figura de "daños colaterales"**. Y, no, no compensa, porque la evidencia científica, la real y no la pagada por la industria, ha demostrado hace meses que este invierno iba a suceder lo que precisamente está sucedido, advirtiendo a las autoridades que debían poner en marcha otras iniciativas sanitarias.

b.1. *Las personas vacunadas se infectan y contagian la variante Ómicron.*

Los datos oficiales en las últimas semanas confirman que, lamentablemente **la población vacunada se infecta y contagia la denominada variante Ómicron**. Y, dado que constituyen más del 80% de la población total de Andalucía, del 100% entre las edades de más de 60 años, del 90% entre 40 a 59 años, del 89% entre 12 a 19 años, y del 81,9% entre 30 a 39 años, **es evidente que las perspectivas de casos diagnosticados futuros serán principalmente dentro de este grupo poblacional, esto es, de vacunados.**

Como muestra de esta realidad, citamos el informe ***Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Situation Report by the Robert Koch Institute*** a 23 de diciembre de 2021, que en relación a la variante Ómicron en Alemania dice:

> *«Zu den im Meldesystem vorliegenden Omikronfällen sind zum Teil Zusatzinformationen bekannt. Für 6.788 Fälle wurden Angaben zu den Symptomen übermittelt [...] 124 Patientinnen und Patienten wurden hospitalisiert, vier Person sind verstorben. 186 Patientinnen und Patienten waren ungeimpft, 4.020 waren vollständig geimpft, von diesen wurde für 1.137 eine Auffrischimpfung angegeben».*
>
> **TRADUCCIÓN:** Se conoce información adicional hasta cierto punto para los casos de Omikron en el sistema de notificación. Se proporcionó información sobre los síntomas de 6.788 casos [...] 124 pacientes fueron hospitalizados, cuatro personas fallecieron. **186 pacientes no estaban vacunados**, **4.020 estaban completamente vacunados**, de los cuales 1.137 recibieron una vacuna de refuerzo.

Esto nos lleva a la tercera y última cuestión:

C) LA INMUNIDAD NATURAL PROPORCIONA MEJOR PROTECCIÓN CONTRA TODAS LAS VARIANTES DEL SARS-CoV-2.

La Orden publicada el 19 de diciembre de 2021, **adolece de una gravísima discriminación añadida a todas las anteriores**, y que además **pone en riesgo la salud de los andaluces**, y por ende, la Salud Pública. Hablamos de la imposición del "pasaporte Covid" **A QUIENES PUEDEN DEMOSTRAR CON UN ANÁLISIS SEROLÓGICO QUE POSEEN INMUNIDAD NATURAL** (la verdadera y total inmunidad) **CONTRA EL SARS-COV-2 Y DE SUS VARIANTES** a diferencia de los vacunados que sólo posen una protección sobre aquella espiga del primer virus aparecido en el invierno del 2020.

Lo primero que merece aclaración es que **la denominada inmunidad que proporcionan las vacunas es relativa,** es decir, como ya hemos demostrado **se genera una reacción inmunitaria ante una fracción de la espiga del SARS-CoV-2** original, en la confianza de que al infectarse una persona de tal virus el cuerpo habría desarrollado ciertas **defensas contra esa fracción de la espiga**, atacándola, y de esta forma se pretende impedir que el virus se ensamble en nuestras células. Pues bien, **este tipo de inmunidad es parcial** y **concreta a una parte minúscula del SARS-CoV-2,** que como ha quedado demostrado, **si sufre precisamente esa fracción mutaciones la protección disminuye o sencillamente es inexistente**. Por otro lado, la evidencia científica ha acreditado que con el transcurrir el tiempo esta "inmunidad" también se va deteriorando. Motivo por el cual, se decidió en algunos países inocular una tercera dosis, y en Israel ya se hablaba de una cuarta.

En cambio, las dudas iniciales sobre la efectividad y perdurabilidad de **la inmunidad natural**, esto es, aquella que el propio organismo proporciona a las personas que se infectaron del SARS-CoV-2 en cualquiera de sus variantes, han sido disipadas, confirmándose que **es perdurable en el tiempo y que proporciona un mejor protección que las vacunas.**

Por consiguiente, hay **miles de andaluces que pueden acreditar mediante una prueba de serología que poseen inmunidad natural**, que pasaron la COVID-19 generando potentes mecanismos de defensas, y que no puede infectarse e infectar a otros.

Pues bien, muchas de estos ciudadanos no se hicieron en su día una PCR, sino que pasaron la enfermedad en casa, y ahora **se encuentran ante la tesitura de que si desean mantener sus Derechos Fundamentales deben vacunarse (lo que sería contraproducente)** o demostrar que no están infectados mediante un test de antígenos, cuando en realidad aunque tuvieran nuevamente contacto con el virus **no llegarían a ser fuentes de contagio, pese a que un test de antígenos diera positivo.**

Este colectivo, que son miles de andaluces, **están excluidos de la norma recurrida**, y **merecen por su salud y la de otros ser contemplados como los verdaderos inmunizados**.

Dicho todo esto, es forzoso señalar algunas cuestiones de interés:

c.1. La vacunación *contra la COVID-19 no alcanzará la inmunidad de grupo.*

⇒ El ***director del Centro de Vacunas de Oxford*** y creador de la vacuna AstraZeneca el ***Sr. Andrew Pollard,*** reconoció el pasado mes de agosto ante un comité parlamentario[26] que la denominada inmunidad de grupo ante el coronavirus **«no es una posibilidad».** Dijo :

> *«Sabemos claramente que con la actual variante del coronavirus, la Delta, (el virus)* ***continuará infectando a las personas que se han vacunado****, y eso significa que cualquiera que todavía no se haya vacunado, en algún momento se encontrará con el virus».*

Predijo acertadamente lo que ha acontecido con las variantes Delta y Omicron, que contagian indistintamente a vacunados como no vacunados, al decir que aparecería:

> *«una variante que quizás* ***incluso se transmita mejor entre poblaciones vacunadas*** *[…] eso* ***otorga todavía más razones para no hacer girar los programas de vacunación en torno a la inmunidad de grupo****».*

[26] https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/08/10/6112db83fc6c8360698b459c.html

Por consiguiente, **según sus palabras, los programas de vacunación no deberían basarse en la equivocada creencia que, gracias a ella se alcanzaría la inmunidad de grupo.** Pues bien, la mayoría de las peticiones de las Administraciones Públicas solicitando la ratificación de los Tribunales para implantar el "pasaporte covid" **reconocen abiertamente que, con dicha medida pretenden fomentar, sino forzar (por lo "civil o lo militar") la vacunación de la población a toda costa, contra reloj, justo todo lo contrario de lo que aconsejó el Director del Centro de Vacunas británico, a la sazón, creador de la vacuna AstraZeneca.**

⇒ La **EUROPEAN MEDICINES AGENCY** (EMA) en su informe sobre *INFORMACIÓN GENERAL SOBRE COMIRNATY Y SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE AUTORIZA SU USO EN LA UE*, **no menciona ni una sola vez la palabra: «inmunidad».**

⇒ Es más, la FICHA TÉCNICA de la vacuna de Pfizer reconoce que:

«***Debido a que Comirnaty no contiene el virus para producir inmunidad, no puede causarle la COVID-19*».**

EXCMA. **SALA**, los propios fabricantes admiten que **las vacunas NO PRODUCEN INMUNIDAD**, sino cierto grado de protección, por la sencilla razón de que no contienen el virus atenuado.

Que, la **Orden publicada el 19 de diciembre de 2021** use la expresión *"inmunidad"* o *"inmunizados"* para referirse a los vacunados **confunde a la población, generando la errónea creencia de que efectivamente su sistema inmunológico ha desarrollado defensas contra la totalidad del virus**, cuando en realidad, **solo tienen cierta protección** sobre **una fracción de la espiga del virus.**

⇒ La revista científica MedRxiv publicó el estudio ***Immunisation, asymptomatic infection, herd immunity and the new variants of COVID 19***[27]**,** concluye que:

[27] medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.01.16.21249946; this version posted January 20, 2021. The copyright holder for this preprint **(which was not certified by peer review)** is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.

«*Herd immunity to COVID-19 will difficult to achieve, especially so for the less effective vaccine. The possibility of transmission from vaccinated but infected individuals to vulnerable unvaccinated individuals is of serious concern*»

TRADUCCIÓN: La inmunidad colectiva al COVID-19 será difícil de lograr, especialmente para la vacuna menos eficaz. **La posibilidad de transmisión de personas vacunadas pero infectadas a personas vulnerables no vacunadas es motivo de grave preocupación.**

Efectivamente, esta publicación ya advertía no solo que la población vacunada se infectaría, sino que además contagiaría a otros, poniendo en riesgo así a las personas no vacunadas.

c.2. *La inmunidad natural es perdurable y proporciona más protección que las vacunas contra la COVID-19.*

Existen más de 140 publicaciones científicas que acreditan que la **inmunidad natural** producida por las personas que han desarrollado la COVID-19 **es perdurable en el tiempo y proporciona más protección en comparación con las vacunas actuales**. Se proporcionará en el momento procesal oportuno las todas estas referencias científicas. Y, echamos de menos, que la Consejería de Salud y Familias haya omitido descollantemente a esta población andaluza, de gran valor para la Salud Pública.

Con todo, forzó es proporcionar algunas citas científicas:

La revista **NATURE**, publica el artículo ***SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans***[28]**,** que concluye:

«Overall, our results indicate that mild infection with SARS-CoV-2 induces robust antigen-specific, long-lived humoral immune memory in humans».

TRADUCCIÓN: En general, nuestros resultados indican que **la infección leve con SARS-CoV-2 induce una memoria inmunitaria humoral duradera y específica de antígeno sólida en los seres humanos.**

[28] *«SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans»;* Jackson S. Turner, Wooseob Kim, Elizaveta Kalaidina, Charles W. Goss, Adriana M. Rauseo, Aaron J. Schmitz, Lena Hansen, Alem Haile, Michael K. Klebert, Iskra Pusic, Jane A. O'Halloran, Rachel M. Presti & Ali H. Ellebed. NATURE Vol 595, 15 July 2021. https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4.pdf

La publicación ***MedRxiv, BMJ Yale,*** publicó el artículo ***Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections***[29]***,*** dice:

> *This study demonstrated that natural immunity confers longer lasting and stronger protection against infection, symptomatic disease and hospitalization caused by the Delta variant of SARS-CoV-2, compared to the BNT162b2 two-dose vaccine-induced immunity.*
>
> **TRADUCCIÓN:** Este estudio demostró que **la inmunidad natural confiere una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización causadas por la variante Delta del SARS-CoV-2, en comparación con la inmunidad inducida por la vacuna de dos dosis BNT162b2**..

La publicación ***MedRxiv, BMJ Yale***, publicó el artículo ***Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection***[30]*,* concluye:

> *«This study demonstrates individuals who received the Pfizer-BioNTech mRNA vaccine have different kinetics of antibody levels compared to patients who had been infected with the SARS-CoV-2 virus, with higher initial levels but a much faster exponential decrease in the first group».*
>
> **TRADUCCIÓN:** Este estudio demuestra que las personas que recibieron la vacuna de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen una cinética de niveles de anticuerpos diferente en comparación con los pacientes que habían sido infectados con el virus SARS-CoV-2, con niveles iniciales más altos pero una disminución exponencial mucho más rápida en el primer grupo.

La revista **NATURE**[31] publicó el artículo ***Older people are at higher risk of getting COVID twice,*** que recopiló millones de resultados de pruebas de coronavirus en Dinamarca, y que descubrió que la población que habían pasado la COVID-19 seguían teniendo inmunidad pasado más de 6 meses desde la fecha de la infección.

El artículo dice***:***

---

[29] «Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections»*; Sivan Gazit, Roei Shlezinger, Galit Perez, Roni Lotan, Asaf Peretz, Amir Ben-Tov, Dani Cohen, Khitam Muhsen, Gabriel Chodick, Tal Patalon; https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1*

[30] *«Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection»; medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.08.19.21262111; this version posted August 22, 2021. The copyright holder for this preprint* ***(which was not certified by peer review)*** *is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262111v1*

[31] NATURE, **COVID research: a year of scientific milestones** *Nature* waded through the literature on the coronavirus — and summarized key papers as they appeared.

«An analysis of millions of coronavirus test results in Denmark suggests that natural infection with SARS-CoV-2 protects against reinfection in most people […]
The team found that, at about 6 months after initial infection, protection against repeat infection was approximately 80%, with no significant difference in reinfection rates between men and women […]
But several components of immune memory of SARS-CoV-2 tended to persist for at least 6 months. Among the persistent immune defenders were memory B cells, which jump-start antibody production when a pathogen is re-encountered, and two important classes of T cell: memory CD4+ and memory CD8+ T cells».

TRADUCCIÓN: Un **análisis de millones de resultados de pruebas de coronavirus en Dinamarca** sugiere que la infección natural con SARS-CoV-2 protege contra la reinfección en la mayoría de las personas […] El equipo descubrió que, **aproximadamente 6 meses después de la infección inicial, la protección contra la infección repetida era aproximadamente del 80%,** sin diferencias significativas en las tasas de reinfección entre hombres y mujeres […] Pero varios componentes de la memoria inmunológica del SARS-CoV-2 tendieron a persistir **durante al menos 6 meses**. Entre los defensores inmunitarios persistentes se encontraban las **células B de memoria, que activan la producción de anticuerpos cuando se vuelve a encontrar un patógeno, y dos clases importantes de células T: células T CD4 + de memoria y CD8 + de memoria.**

La revista **BioRxiv**[32] publicó el artículo ***Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for greater than six months after infection***

«Understanding immune memory to SARS-CoV-2 is critical for improving diagnostics and vaccines, and for assessing the likely future course of the pandemic. We analyzed multiple compartments of circulating immune memory to SARS-CoV-2 in 185 COVID-19 cases, including 41 cases at > 6 months post- infection. Spike IgG was relatively stable over 6+ months. Spike-specific memory B cells were more abundant at 6 months than at 1 month».

TRADUCCIÓN: Comprender la memoria inmune al SARS-CoV-2 es fundamental para mejorar los diagnósticos y las vacunas, y para evaluar el probable curso futuro de la pandemia. Analizamos múltiples compartimentos de la memoria inmunitaria circulante frente al SARS-CoV-2 en 185 casos de COVID-19, incluidos 41 casos> **6 meses después de la infección**. **Spike IgG se mantuvo relativamente estable durante más de 6 meses. Las células B de memoria específicas de picos eran más abundantes a los 6 meses que al mes.**

[32] bioRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.11.15.383323; this version posted November 16, 2020. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder. All rights reserved. No reuse allowed without permission.
[32] Turner, J. S. et al. SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. *Nature* https://doi.org/10.1038/s41586-021- 03647-4 (2021).

La revista ***NATURE***[33] publicó el estudio revisado por pares ***SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans***, que concluyó:

> *«Consistently, circulating resting memory B cells directed against the S protein were detected in the convalescent individuals. Overall, we show that SARS-CoV-2 infection induces a robust antigen-specific, long-lived humoral immune response in humans».*
>
> **TRADUCCIÓN**: De manera consistente, **se detectaron células B circulantes de memoria en reposo dirigidas contra la proteína S en los individuos convalecientes. En general, mostramos que la infección por SARS-CoV-2 induce una sólida respuesta inmune humoral específica de antígeno y de larga duración en los seres humanos.**

El artículo ***Immunodominant T-cell epitopes from the SARS-CoV-2 spike antigen reveal robust pre-existing T-cell immunity in unexposed individuals***[34]***,*** publicado en ***NATURE,*** explica que muchas personas presentan células T reactivas al SARS-CoV-2 debido a la exposición previa a los virus de la gripe o del Citomegalovirus. Quizás esto de razón de los asintomáticos. Dice el estudio:

> *«The COVID-19 pandemic has revealed a range of disease phenotypes in infected patients with asymptomatic, mild, or severe clinical outcomes, but the mechanisms that determine such variable outcomes remain unresolved. In this study, we identified immunodominant CD8 T-cell epitopes in the spike antigen using a novel TCR-binding algorithm. The predicted epitopes induced robust T-cell activation in unexposed donors demonstrating pre-existing CD4 and CD8 T-cell immunity to SARS- CoV-2 antigen. The T-cell reactivity to the predicted epitopes was higher than the Spike-S1 and S2 peptide pools in the unexposed donors. A key finding of our study is that pre-existing T-cell immunity to SARS-CoV-2 is contributed by TCRs that recognize common viral antigens such as Influenza and CMV, even though the viral epitopes lack sequence identity to the SARS-CoV-2 epitopes. This finding is in contrast to multiple published studies in which pre-existing T-cell immunity is suggested to arise from shared epitopes between SARS-CoV-2 and other common cold-causing coronaviruses. However, our findings suggest that SARS-CoV-2 reactive T-cells are likely to be present in many individuals because of prior exposure to flu and CMV viruses».*
>
> **TRADUCCIÓN:** La pandemia de COVID-19 ha revelado una variedad de fenotipos de enfermedad en pacientes infectados con resultados clínicos asintomáticos, leves o graves, pero los mecanismos que determinan dichos resultados variables siguen sin resolverse. En este estudio, **identificamos epítopos de células T CD8 inmunodominantes en el antígeno de pico** utilizando un nuevo algoritmo de unión a TCR. **Los epítopos predichos**

---

[34] **Scientific Reports** *Immunodominant T-cell epitopes from the SARS-CoV-2 spike antigen reveal robust pre-existing T-cell immunity in unexposed individuals* https://doi.org/10.1038/s41598-021-92521-4 www.nature.com/scientificreports.

indujeron una activación robusta de células T en donantes no expuestos que demostraron inmunidad preexistente de células T CD4 y CD8 al antígeno CoV-2 del SARS. La reactividad de las células T a los epítopos predichos fue mayor que la de los grupos de péptidos Spike-S1 y S2 en los donantes no expuestos. **Un hallazgo clave de nuestro estudio es que la inmunidad de células T preexistente al SARS - CoV - 2 se debe a los TCR que reconocen antígenos virales comunes como la influenza y el CMV**, aunque los epítopos virales carecen de identidad de secuencia con el SARS - CoV- 2 epítopos. Este hallazgo contrasta con múltiples estudios publicados en los que se sugiere que la inmunidad de células T preexistente surge de epítopos compartidos entre el SARS - CoV - 2 y otros coronavirus comunes que causan el resfriado. Sin embargo, **nuestros hallazgos sugieren que es probable que muchas personas presenten células T reactivas al SARS - CoV - 2 debido a la exposición previa a los virus de la gripe y el CMV.**

Este estudio es sumamente interesante, pues concluye que muchas personas ya tienen inmunidad natural contra al SARS-CoV-2 previamente a la exposición del virus, dado que ciertas gripes y otros virus como el CMV les han dotado de esta protección natural.

La revista **CELL REPORTS MEDICINE** publicó en julio de 2021 el artículo ***Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells***[35]**,** que dice:

«Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells.
SARS-CoV-2-specific binding and neutralizing antibodies exhibit biphasic decay, suggesting long- lived plasma cell generation. Memory B cells remain stable; CD4 and CD8 memory T cells are polyfunctional. Thus, broad and effective immunity may persist long-term following COVID-19».

TRADUCCIÓN: El análisis longitudinal muestra una memoria inmunitaria duradera y amplia después de la infección por SARS-CoV-2 con respuestas de anticuerpos persistentes y células B y T de memoria […] **Los anticuerpos neutralizantes y de unión específicos del SARS-CoV-2 exhiben una descomposición bifásica, lo que sugiere una generación de células plasmáticas de larga duración. Las células B de memoria permanecen estables; Las células T de memoria CD4 y CD8 son polifuncionales. Por lo tanto, la inmunidad amplia y eficaz puede persistir a largo plazo después de COVID-19.**

[35] *Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells* , Kristen W. Cohen, Susanne L. Linderman, Zoe Moodie, ..., Mehul S. Suthar, Rafi Ahmed, M. Juliana McElrath , Cohen et al., 2021, Cell Reports Medicine 2, 100354 July 20, 2021 a 2021 The Authors. https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100354

La revista ***The Lancet,*** publicó el artículo ***SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health-care workers in England: a large, multicentre, prospective cohort study (SIREN)***[36]***,*** que concluyó:

> *«A previous history of SARS-CoV-2 infection was associated with an 84% lower risk of infection, with median protective effect observed 7 months following primary infection. This time period is the minimum probable effect because seroconversions were not included. This study shows that previous infection with SARS-CoV-2 induces effective immunity to future infections in most individuals».*
>
> **TRADUCCIÓN:** Un historial previo de infección por SARS-CoV-2 se asoció con un 84% menos de riesgo de infección, con un efecto protector medio observado 7 meses después de la infección primaria. Este período de tiempo es el efecto mínimo probable porque no se incluyeron las seroconversiones**. Este estudio muestra que una infección previa con SARS-CoV-2 induce una inmunidad eficaz a futuras infecciones en la mayoría de las personas.**

El 2 de agosto de 2021 la revista ***Science*** publicó el estudio ***Ultrapotent antibodies against and highly transmisible SARS-CoV-2 variants***[37] *(*Anticuerpos ultrapotentes contra variantes del SARS-CoV-2 y altamente transmisibles), que **demostró que la inmunidad natural durante la primera ola del SASR-CoV-2 desarrolla en el plasma cuatro anticuerpos muy potentes contra 23 variantes del SARS.**

El Doctor en Ciencias Químicas **D. SERGIO J. PÉREZ** en su obra *«ESTUDIO DE LA PANDEMIA»*, recoge:

> *«la última encuesta de serología realizada por el Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR)* ***encontró que al menos dos de cada tres personas en la India tienen anticuerpos contra el coronavirus, o inmunidad natural****, contra la enfermedad. La encuesta llamada estudio de seroprevalencia incluyó a 36.227 personas de 70 distritos en 21 Estados de la India. Encontró que* ***el 62% de los indios no vacunados tienen anticuerpos, lo que indica una exposición pasada del virus.*** *En general el* ***67,6% de los indios tienen anticuerpos, ya sea, supuestamente, adquiridos en la campaña de "vacunación" o en infecciones pasadas****».*

[36] *Lancet* **2021; 397: 1459–69** Published **Online** April 9, 2021 https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(21)00675-9 See **Comment** page 1421

[37] ***Ultrapotent antibodies against and highly transmisible SARS-CoV-2 variants*** Wang *et al.*, *Science* 10.1126/science.abh1766 (2021) Downloaded from http://science.sciencemag.org/ on August 2, 2021

Así pues, **el colectivo que posee inmunidad natural es elevado, lo que pudiera explicar el descenso de fallecimientos y hospitalizados en comparación con la primera ola.**

La propia **WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS)** publicó el 10 de mayo de 2021 el informe ***COVID-19 Natural Immunity***, que admite:

> *«B cells, and CD4+ and CD8+ T cells, observed robust immunity at 6 months post-infection in 95% of subjects under study, whichincluded individuals with asymptomatic, mild, moderate and severe infections»*
>
> **TRADUCCIÓN: Las células B y las células T CD4 + y CD8 + observaron una inmunidad sólida a los 6 meses después de la infección en el 95% de los sujetos en estudio, lo que incluyó a personas con infecciones asintomáticas, leves, moderadas y graves.**

⇒ Por último, concluir con el **reconocimiento público de los CDC que admiten que no hay registro de una sola persona "no vacunada" que haya propagado la COVID-19 después de recuperarse de una infección.**

TERCERO.- Respecto al Ordenamiento Jurídico y lo establecido por la jurisprudencia, para que el denominado "pasaporte covid" tuviese cobertura legal es necesario una ***situación de riesgo inminente y extraordinario para la salud,*** es decir, ***tiene que haber una SITUACION DE EMERGENCIA en la Comunidad Autónoma de Andalucía***.

No es una ley en blanco y no se pueden otorgar poderes ilimitados a una Administración autonómica para que adopte las medidas sanitarias de manera indiscriminada**.** En otras palabras, la Administración no tiene legitimidad para imponer el certificado COVID de forma arbitraria. La **jurisprudencia del Tribunal Supremo reitera que no se pueden adoptar estas medidas por prudencia o precaución, sino que tienen que estar bajo el juicio de idoneidad, proporcionalidad y necesidad.**

De no adoptarse las medidas cautelares se producirán a su vez tratos discriminatorios y arbitrarios ante ley (art. 14 CE) en todo el territorio de Andalucía. Por tanto, con esta medida indiscriminada **se quiebra la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley**, en tanto en cuanto se somete a los ciudadanos no vacunados a restricciones, y no a los vacunados.

Efectuándose así un trato discriminatorio contra aquellos y premiando sin base científica a estos. **Subyace en esta norma una actitud excluyente**, y no en argumentos de hecho ni de Derecho, **lo que se pretende con esta medida es "castigar" a una parte de la población, lo que sin duda fomenta la división entre la sociedad y el odio contra una parte de los ciudadanos al estigmatizarlo como malos vecinos y fuente de contagio, y, en definitiva, culpables de todas las medidas restrictivas vigentes y futuras.**

Esta actuación normativa está en contraposición con la letra y el espíritu de la Unión Europea, **que tiene como pilar fundacional la no discriminación de los ciudadanos europeos ya sea por raza, orientación sexual, religión o salud**. Distanciándose así de rémoras del pasado, de la más negra Historia de Europa, alcanzando el máximo exponente durante la II Guerra Mundial.

Es imperioso destacar *El Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de junio de 2021 relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados COVID-19 SARS-CoV- indica de manera clara, concisa y concreta que* ***tales certificados deben basarse y aplicarse de conformidad con los principios generales del Derecho de la Unión, en particular la proporcionalidad y la no discriminación.*** *Por lo tanto, las medidas adoptadas deben estar estrictamente limitadas en su ámbito de aplicación y en el tiempo y en el derecho a la igualdad ante la ley y la no discriminación, la libre circulación y el derecho a la tutela judicial efectiva*

CUARTO.- En este sentido, el fundamento de la medida cautelar consiste en la certeza de que la ejecución ocasiona desde esta misma noche un perjuicio irreparable y generalizado, que haría perder a este recurso de protección de derechos fundamentales su finalidad urgente, permitiendo como ya se ha dicho se viole los referidos Derechos Fundamentales que albergan todos los ciudadanos, y además, porque una eventual sentencia favorable se convertiría en un mera declaración de buenos propósitos, desprovista en gran parte de su eficacia práctica desde el punto de vista emocional y moral. De conformidad con el principio de derecho comunitario **«la necesidad del proceso para obtener razón no debe convertirse en un daño para quien tiene razón»**

QUINTO.- En cambio, la suspensión de la ejecución de la Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 no ocasiona perjuicios a la Administración, **y de adoptarse la medida cautelar no se produciría tampoco ningún perjuicio o perturbación grave de los intereses generales** o de terceros, **siempre que se mantengan las medidas preventivas sanitarias, de distanciamiento, uso de mascarilla, limpieza de manos, etc. La evidencia ha demostrado que los países que han impuesto el "pasaporte covid" no han mejorado los datos de contagio.**

Recordamos, que **según los datos oficiales, el foco principal de contagios de la COVID-19 ha sido el domicilio y no los restaurantes, teatros, cines, museos, etc**.

SEXTO.- La suspensión del acto administrativo como ya se ha dicho no conlleva perjuicio alguno, sino que, incluso, favorece al interés general, en cuanto éste se promueve asegurando la efectividad de los Derechos Fundamentales de los individuos que componen la sociedad.

SÉPTIMO.- Concurren en este caso datos que ponen de manifiesto la aplicación de criterios de ***fumus boni iuris***. La apariencia de buen derecho*, fumus boni iuris*, no es otra cosa sino la razonable *estimación* de la pretensión actora.

Compartimos los argumentos expuestos en el **Auto TSJ de Andalucía sede Granda, de 14 de septiembre de 2021, Sala Contenciosa-Administrativa, Procedimiento Pieza de Medidas Cautelares, Nº 1633./9/2021, Ponente: Excmo. Sr. D. Jesús Rivera Fernández,** que estimó las medidas cautelares inaudita parte por vulneración de Derechos Fundamentales, contra la Orden de 4 de agosto de 2021 que imponía al personal laboral sanitario no vacunado someterse regularmente a PCR, mientras los trabajadores vacunados en espacio de tiempo mayores, dijo la SALA:

> *«Pues bien**, la apariencia de buen derecho o fumus boni iuris** de la exorada medida cautelar se manifiesta por cuatro factores que la Sala quiere enfatizar: en primer lugar, la Orden de 4 de agosto de 2021, modificada por otra de 18 de agosto de 2021, […]; en segundo lugar, **el elevado número de derechos fundamentales cuya violación aduce la instante de la medida; en tercer lugar, la intensidad en las consecuencias de su aplicación en la medida en***

que afectarían a los mentados derechos fundamentales, y que están debidamente expuestas por la solicitante de la misma. *Recordemos: "(...) vulneración del derecho al honor e intimidad de incalculable valor (art. 18 CE); el impedimento al acceso al trabajo y la apertura de expedientes disciplinarios laborales, provocando un quebranto económico injustificado y desorbitado a aquellos que quieran acceder a su puesto de trabajo y no estén vacunados o no deseen someterse al prueba de diagnóstico; como forzar una violación a la integridad física y moral al abocar al ciudadano a vacunarse en contra de su voluntad o someterse en incontables ocasiones a pruebas de diagnóstico, para evitar convertirse en un paria de la sociedad (art. 15 CE). Y, por último, dichas normas suponen una vulneración a la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE)"; y, en cuarto lugar, el hecho notoriamente conocido de que, aunque lentamente, la tasa de incidencia acumulada desciende día a día a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma de Andalucía».*

Pues bien, **si aquellos argumentos fueron estimados, ante un escenario más desfavorable (septiembre 2021) en relación con los datos epidemiológicos y nivel de vacunación, con cuanta más razón no deberían ser de valoración en unas circunstancias más benignas en todos los parámetros y con un nivel de vacunación muy superior.**

OCTAVO.- Por consiguiente, la medida recurrida:

1.- No consigue el objetivo perseguido (juicio de idoneidad): pues los ciudadanos vacunados bajo la errónea creencia de que no son posibles fuentes de contagio pueden convertirse en correa de transmisión de la enfermedad.

2.- No es necesaria (juicio de necesidad): con los datos aportados por el MINISTERIO DE SANIDAD de: hospitalizados, pacientes en UCI, letalidad del 1,7%**,** y con una vacunación que alcanza el 100% para mayores de los 60 años, 90% para edades entre los 40 a 59 años, 89% para edades entre 12 y 19 años, y del 81,9% para edades entre 30 a 39 años**.**

3.- No es proporcional (juicio de proporcionalidad): Se ha dictado sin un mínimo de proporcionalidad afectando las medidas indiscriminadamente contra toda la población andaluza.

Así mismo, hay una **flagrante discriminación y estigmatización** (art. 14 CE) hacia la población no vacunada cuando **en realidad todos los ciudadanos pueden infectar e infectar a otros**, al **impedirles el acceso a los lugares de hostelería u ocio nocturno (art. 19 CE)**.

Se **vulnera el derecho al honor e intimidad** de incalculable valor (art. 18 CE) al desvelar a terceros datos personales de máxima protección, o pasar por la vergüenza y humillación de ser expulsados delante de todo el público de los locales, pese a estar sanos.

Y, finalmente, se **fuerza coactivamente** a aquellos ciudadanos que en el libre ejercicio de su autonomía del paciente han decidido por el momento no vacunarse a inocularse contra su voluntad para no convertirse en parias de la sociedad o someterse en incontables ocasiones a pruebas de diagnóstico invasivas (arts. 15 y 16 CE), cuando reiteramos, ambos grupos de población son fuentes de contagio.

CONSLUSIONES

1. Los datos aportados por la Orden publicada el 19 de diciembre de 2021 carecen de sustento científico para imponer a toda la población andaluza el certificado COVID, para acceder a la hostelería y ocio nocturno, así como para futuras ampliaciones por la Consejería de Salud y Familias:

    a. EL **número de hospitalizados por COVID-19 y camas UCI**, a todas luces son cifras que carecen de entidad suficiente para imponer a toda la población el sacrificio de limitar o menoscabar los Derechos Fundamentales. Nos hallamos, según datos oficiales del MINISTERIO DE SANIDAD ante una **letalidad del 1,3%** a fecha 16.12.2021.

    b. El nivel de **vacunación es del 100% para mayores de 60 años, 90% para edades de 40 a 59 años, del 89% para edades entre los 12 a 19 años, y del 81,9% para edades entre 30 y 39 años, 85,8%,** por lo que descontando a la población infantil, el porcentaje de ciudadanos sin vacunar en cualquier caso no justifican las medidas discriminatorias a dicho colectivo minoritario con menos impacto en una posible propagación en comparación con el mayoritario, a saber, el vacunado.

Es más, **si según los técnicos del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del MINISTERIO DE SANIDAD el 40% DE LOS VACUNADOS CONTAGIAN,** y sólo hay un 15% de población andaluza no vacunada, **es obvio que LA POBLACIÓN POTENCIALMENTE CONTAGIADORA ES LA VACUNADA.**

¿Por qué no se ha tenido en consideración la opinión de los propios expertos del CCAES? Recordemos que de conformidad con el art. 2 de la Ley 2/2001 es esta misma entidad es la que está facultada para decidir cuándo se da por acabada la crisis sanitaria. Nos preguntamos, **¿Por qué la Consejería de Salud y Familias no ha proporcionado este informe al Tribunal Superior de Justicia de Andalucía?**

Al omitir adrede este importantísimo informe la Consejería de Salud y Familias está desinformado a esta EXCMA. SALA, viciando de forma espuria el adecuado control constitucional que recae sobre el Tribunal en virtud del art. 9.3 CE, y 10.8 LJCA.

c. Nos preguntamos ***¿Cuántos hospitalizados y camas UCI se ocuparon en 2018 o 2019 por gripe común?***

2. La denominada **"fuga vacunal"** es un hecho reconocido por la ciencia. Es decir, la *variante Delta* y Ómicron **afectan por igual a la población vacunada como no vacunada.** Es más, la evidencia científica ha acreditado que la protección (que no inmunidad) de las vacunas se reduce significativamente con el transcurso del tiempo. En consecuencia, **tanto la población vacunada como no vacunada pueden infectarse e infectar a otros en semejantes condiciones.** Por tanto, **el certificado COVID** supone un trato discriminatorio, y **contribuirá a la propagación de la enfermedad al fomentar la equivocada creencia de que la población vacunada no es fuente de contagio**.

Según los datos **del MINISTERIO DE SANIDAD**, **Actualización nº 529 de 23 de diciembre de 2021**:

Vacunados : *(18/10/2021 a 12/12/2021):* ***238.634 casos***

Fallecidos: 829.
Hospitalizados: 7.655.
UCI: 700.
Tasa de letalidad por número de infectados: 0,3%
Tasa de letalidad por número de hospitalizados: 10,8%

No vacunados: *(18/10/2021 a 12/12/2021):* ***62.435 casos***

Fallecidos: 528.
Hospitalizados: 3.318.
UCI: 529.
Tasa de letalidad por número de infectados: 0,4%
Tasa de letalidad por número de hospitalizados: 7,7%

En consecuencia, la tasa de letalidad, ya sea en relación al número de casos diagnosticados o al número de hospitalizados en la población vacunada en ambos casos es semejante o mayor que en la población no vacunada, disparándose la diferencia de dicha tasa respecto al número de hospitalizados: 10,8% para los vacunados por 7,7% de los no vacunados

La **Actualización nº 529. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 23.12.2021**. Situación de España arroja los siguientes datos que acreditan la "fuga vacunal", a semana 6 de diciembre a 12 de diciembre 2021:

- Casos con vacunación completa: **72.605**
- Casos no vacunados: **21.262**

ANDALUCÍA:

- IA en los últimos 7 días: **354,39 casos** por cada 100.000 habitantes.
- IA en los últimos 7 días desde **inicio de síntomas**: **34,51 casos** por 100.000 habitantes.
- IA en los últimos 14 días desde **inicio de síntomas**: **134,27 casos** por 100.000 habitantes.

Ponemos el acento en el dato **de IA de los últimos 7 días desde el inicio de los síntomas,** a saber, **34,51 por cada 100.000 habitantes**, dado que como hemos demostrado en el cuerpo de este recurso, el propio MINISTERIO DE SANIDAD reconoce que una PCR positiva requiere de clínica o prueba serológica para estimar la infección.

RECORDEMOS QUE LA ORDEN PUBLICADA EL 19 DE DICIEMBRE DE 2021 OMITE LA TASA DE VACUNACIÓN.

ÓMICRON:

El aumento de contagios de la variante Ómicron se ha cebado principalmente entre la población vacunada. Así lo demuestran los datos oficiales. Sirva de referencia el último informe del ***Statens Serum Institut de Dinamarca, COVID-19 Rapport om Omikronvarianten*** del 31 de diciembre de 2021. Los datos oficiales son:

Vaccination status (12+ year olds)	Other variants (No. of cases)	Other variants (%)	Omicron (No. of cases)	Omicron (%)
Not vaccinated	21,390	23.7	3,500	8.5
Received first dose	2,813	3.1	731	1.8
Completed primary vaccination schedule	56,532	62.5	29,781	72.0
Revaccinated	9,704	10.7	7,330	17.7
Total	90,439	100.0	41,342	100.0

EXCMA. SALA, según los datos oficiales de Dinamarca **sólo el 8,5%** de los infectados **por Ómicron** fueron **no vacunados**, mientras que el **89,% del total de contagiados** estaba entre **la población doblemente vacunadas** y con la **tercera dosis**.

Los datos son irrefutables, la población más infectada y contagiadora es precisamente aquella que circula libremente con un "pasaporte", entonces, la pregunta es obvia **¿por qué las autoridades limitan los derechos fundamentales a una minoría, mientras favorecen y promocionan el contagio de la población vacunada?**

En consecuencia, **el silogismo empleado por la Orden consistente que un vacunado está *inmunizado* y por consiguiente no es fuente de contagio o lo es menor medida es erróneo, más bien, el axioma adecuado sería que tanto vacunados como no vacunados pueden ser fuente de contagios**, debiendo mantener todos los ciudadanos las medidas de prevención sanitarias recomendadas. Y, en cualquier caso, ser tratados de formar igualitaria y no discriminatoria.

Establecida esta evidencia científica, **supone no solo un trato discriminatorio la parte dispositiva de la Orden recurrida, sino que además crean una falsa y peligrosa seguridad en la población vacunada en relación a ser o no ser fuentes de contagios.**

3. La Orden del 19 de diciembre de 2021 **no recoge adecuadamente a los ciudadanos que han pasado la enfermedad y poseen inmunidad**. **No admite que personas con inmunidad real aunque haya pasado 180 días no puedan acceder al certificado COVID, algo totalmente injusto y fuera de toda lógica.**

Hemos constatado en más de 140 estudios científicos que la **INMUNIDAD NATURAL** (esa sí es verdadera inmunidad) **perdura en el tiempo, impide la infección y la propagación**. Si un/a andaluz/a ha desarrollado anticuerpos contra el SARS-CoV-2 y mediante un análisis sanguíneo se acredita la inmunidad, ***¿por qué deben de hacerse pasar por el calvario de realizare pruebas de diagnóstico PCR?*** Es más, ***¿por qué se les fuerza a vacunarse y disminuir así su propia inmunidad natural?,*** recordemos que estos tratamientos sólo actúan sobre una parte de la llamada espiga (S), y no sobre el virus en su totalidad, **protección que sí proporciona la inmunidad natural.**

Consideramos injusta, ilógica y vulneradora flagrantemente de la integridad física (art. 15 CE), y de la propia salud que se pretende proteger, discriminar (art. 14 CE) al inmunizado naturalmente que acredite mediante un análisis sanguíneo anticuerpos contra el virus, aunque hayan pasado 180 días desde su infección.

4. **Las motivaciones** expuestas por la Orden para imponer el certificado COVID no se sustenta en criterios sanitarios, **se resumen sencillamente en forzar a la vacunación, sin más, aunque sea a costa de prohibiciones, menoscabo, y limitaciones de Derechos Fundamentales a una minoría de la población.**

En definitiva, imponer **el certificado Covid no ha acreditado que pueda aportar ningún beneficio,** y en cambio, ***está produciendo una estigmatización injusta*** en parte de la población.

Forzoso es recordar una vez más, el titular del diario **EL PAIS antes citado** de fecha 1 de diciembre de 2021:

«LOS TÉCNICOS DE SANIDAD Y LAS COMUNIDADES DESMONTAN LA UTILIDAD DEL CERTIFICADO COVID PARA FRENAR LA SEXTA OLA»

EXCMA. SALA, el contenido de este artículo basado en la ***Ponencia de Alertas del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud****,* no deja lugar a dudas, los técnicos de las CCAA y del Ministerio de Sanidad ven más perjuicios que beneficios en la imposición del certificado covid, entonces,

Si los técnicos del Ministerio de Sanidad y de las CCAA desaconsejan el "pasaporte covid", nos preguntamos ¿por qué se impone en contra del criterio de los expertos?

VALERSE DEL "PASAPORTE COVID" PARA OBLIGAR A LOS NO VACUNADOS A QUE SE VACUNEN, NO SE AJUSTA A DERECHO:

Ha quedado demostrado que la imposición del "certificado covid" tal como se está aplicando por las autoridades no pretende frenar los contagios, pues se absuelve aquella población que precisamente más se infecta y contagia, sino que su verdadero y único fin es obligar a vacunarse a quien aún no lo ha hecho.

Esta forma coactiva de imposición no se ajusta a nuestro Ordenamiento Jurídico, especialmente a la Constitución, ni a los tratados y/o acuerdos internacionales que invocamos:

⇒ **Art. 1 CE**, que consagra como principio superior de nuestro Ordenamiento Jurídico la libertad individual.

> *«no es discutible que en nuestra Constitución la libertad se encuentra erigida, en el artículo 1, como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico, entendida no sólo en su dimensión política, sino su más amplia y comprensiva dimensión de libertad personal» (STC 19/1988, de 16 de febrero)*

PONCE, MONTOLÍO y ROZAS escribieron:

> «*Se distingue, pues, la actividad administrativa de la actividad de los privados, pues el principio de libertad que la* ***CE (artículo 1.1) consagra autoriza a los ciudadanos a llevar a cabo todas aquellas actividades que la Ley no prohíba*** *o cuyo ejercicio no subordine a requisitos o condiciones determinadas. El principio de legalidad (arts. 9.3 y 103.1) impide que la Administración dicte normas sin la suficiente habilitación normativa, que deberá ser por ley, si la CE lo exige (STC 83/1984, de 24 de julio (LA LEY 9038-JF/0000), FJ 3; un ejemplo de reserva de ley referida a derechos, art. 53.1 CE. (LA LEY 2500/1978) Esta ley deberá ser en su caso orgánica, art. 81 CE (LA LEY 2500/1978)). Además, existiendo potestad administrativa para actuar, esta no puede ejercerse de cualquier manera. Debe, en primer lugar, ejercerse de acuerdo con la norma que la otorga y con respeto de los derechos de los ciudadanos*».

El ATC 74/2021, de 20 de julio dice:

> «*...* ***la vacunación obligatoria no es una medida preventiva que aparezca expresamente contemplada en la Ley Orgánica 3/1986 (LA LEY 924/1986)*** *,* ***de medidas especiales en materia de salud pública*** *, y* ***supone una intervención corporal coactiva y practicada al margen de la voluntad del ciudadano*** *, que ha de someterse a la vacunación si se adopta esta medida, so pena de poder ser sancionado, en caso de negativa injustificada a vacunarse, conforme a lo previsto en el artículo 44.bis de la Ley de salud de Galicia, en relación con los artículos 41.bis d), 42.bis c) y 43.bis d) de la misma ley. Cabe, por tanto, apreciar en este caso que el levantamiento de la suspensión del precepto impugnado sería susceptible de provocar perjuicios ciertos y efectivos que pueden resultar irreparables o de difícil reparación, en la medida en que la vacunación puede imponerse en contra de la voluntad del ciudadano*»

En consecuencia, dado que la vacunación no es obligatoria en nuestro ordenamiento jurídico, **su pretendida imposición mediante la restricción del ejercicio de Derechos Fundamentales supone un fraude de ley en virtud del art. 6.4 del Código Civil.**

En definitiva, las vacunas contra la COVID-19 están autorizadas de forma condicional, sus riesgos a medio y largo plazo son desconocidos por la sencilla razón de que no ha transcurrido el tiempo necesario para su evaluación como cualquier otra vacuna.

Las expectativas no se han cumplido, a diferencia de las vacunas tradicionalmente usadas, estos tratamiento de ARN mensajero solo proporcionan una protección individual y no inmunidad esterilizante, esto es, no impiden el contagio a terceros. Por consiguiente, **la invocada solidaridad social no puede exigirse, pues no, mi vacuna desgraciadamente, no te protege**.

El pasaporte covid no supera el triple juicio de proporcionalidad, idoneidad y necesidad, al no ser la vacuna una medida eficaz para frenar la transmisión del SAR-CoV-2 en sus diversas variantes.

⇒ **Art. 8.2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos** (CEDH).
⇒ **Artículos 8 y 14 del Convenio de Roma.**
⇒ **Artículos 1, 3, 20, 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**

E P Í L O G O

La prestigiosa revista ***The Lancet***, publicó dos artículos que merecen ser citados:

The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing

(La relevancia epidemiológica de la población vacunada COVID-19 está aumentando)
https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100272

«Se esperaba que las altas tasas de vacunación contra COVID-19 redujeran la transmisión del SARS-CoV-2 en las poblaciones al reducir el número de posibles fuentes de transmisión y, por lo tanto, reducir la carga de la enfermedad por COVID-19. Sin embargo, datos recientes indican que la relevancia epidemiológica de las personas vacunadas con COVID-19 está aumentando. En el Reino Unido se describió que las tasas de ataque secundario entre los contactos domésticos expuestos a casos índice completamente vacunados eran similares a las de los contactos domésticos expuestos a casos índice no vacunados (25% para los vacunados frente al 23% para los no vacunados). 12 de 31 infecciones en contactos domésticos completamente vacunados (39%) surgieron de casos índice vinculados epidemiológicamente completamente vacunados. La carga viral máxima no difirió según el estado de vacunación o el tipo de variante [1]. En Alemania, la tasa de casos sintomáticos de COVID-19 entre los completamente vacunados ("infecciones intercurrentes") se informa semanalmente desde el 21 de julio de 2021 y era del 16,9% en ese momento entre los pacientes de 60 años o más [2]. Esta proporción aumenta semana a semana y era del 58,9% el 27 de octubre de

2021 (Figura 1), lo que proporciona una clara evidencia de la creciente relevancia de los vacunados como posible fuente de transmisión. Se describió una situación similar para el Reino Unido. Entre la semana 39 y 42, se reportaron un total de 100,160 casos de COVID-19 entre ciudadanos de 60 años o más. 89.821 ocurrieron entre los completamente vacunados (89.7%), 3.395 entre los no vacunados (3.4%) [3]. Una semana antes, la tasa de casos de COVID-19 por 100.000 era mayor entre el subgrupo de vacunados en comparación con el subgrupo de no vacunados en todos los grupos de edad de 30 años o más. En Israel se informó de un brote nosocomial que involucró a 16 trabajadores de la salud, 23 pacientes expuestos y dos miembros de la familia. La fuente fue un paciente COVID-19 completamente vacunado. La tasa de vacunación fue del 96,2% entre todas las personas expuestas (151 trabajadores sanitarios y 97 pacientes). Catorce pacientes completamente vacunados enfermaron gravemente o murieron, los dos pacientes no vacunados desarrollaron una enfermedad leve [4]. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Identifican cuatro de los cinco condados principales con el porcentaje más alto de población completamente vacunada (99,9! 84,3%) como condados de transmisión "alta" [5]. Muchos tomadores de decisiones asumen que los vacunados pueden ser excluidos como fuente de transmisión. Parece ser una negligencia grave ignorar a la población vacunada como una posible y relevante fuente de transmisión al momento de decidir sobre las medidas de control de salud pública».

«*COVID-19: estigmatizar a los no vacunados no está justificado*»

(https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02243-1)

«En EE. UU. Y Alemania, funcionarios de alto nivel han utilizado el término pandemia de no vacunados, lo que sugiere que las personas que han sido vacunadas no son relevantes en la epidemiología del COVID-19. El uso de esta frase por parte de los funcionarios podría haber alentado a un científico a afirmar que "los no vacunados amenazan a los vacunados contra el COVID-19".1 Pero esta visión es demasiado simple. ***Cada vez hay más pruebas de que las personas vacunadas siguen teniendo un papel relevante en la transmisión.***

En Massachusetts, EE. UU., Se detectaron un total de 469 nuevos casos de COVID-19 durante varios eventos en julio de 2021, y 346 (74%) de estos casos fueron en personas que fueron vacunadas total o parcialmente, 274 (79%) de las cuales eran sintomáticos. Los valores del umbral del ciclo fueron igualmente bajos entre las personas que estaban completamente vacunadas (mediana 22 · 8) y las personas que no estaban vacunadas, que no estaban completamente vacunadas o cuyo estado de vacunación era desconocido (mediana 21 · 5), lo que indica una alta carga viral incluso entre las personas que estaban completamente vacunados.2 En los EE. UU.,

Se notificaron un total de 10 262 casos de COVID-19 en personas vacunadas al 30 de abril de 2021, de los cuales 2725 (26.6%) eran asintomáticos, 995 (9.7%) fueron hospitalizados y 160 (1 · 6%) murió.3 En Alemania, el 55,4% de los casos sintomáticos de COVID-19 en pacientes de 60 años o más fueron en personas completamente vacunadas.4y esta proporción aumenta cada semana. En Münster, Alemania, se produjeron nuevos casos de COVID-19 en al menos 85 (22%) de 380 personas que estaban completamente vacunadas o que se habían recuperado del COVID-19 y que asistían a un club nocturno.5Las personas vacunadas tienen un riesgo menor de padecer una enfermedad grave, pero siguen siendo una parte importante de la pandemia.

Por tanto, es erróneo y peligroso hablar de una pandemia de no vacunados. Históricamente, tanto EE. UU. Como Alemania han engendrado experiencias negativas al estigmatizar a partes de la población por su color de piel o religión. Hago un llamamiento a los funcionarios y científicos de alto nivel para que detengan la estigmatización inapropiada de las personas no vacunadas, que incluyen a nuestros pacientes, colegas y otros conciudadanos, y para que hagan un esfuerzo adicional para unir a la sociedad»

Solo el tiempo proporcionará la suficiente serenidad e información para evaluar y calificar las consecuencias de las actuaciones del presente de la Humanidad, como profetizó el historiador francés ***Henri Noguères*** *«La verdad tendrá la última palabra».* El Presidente ***John F. Kennedy,*** en uno de los discursos más famosos que pronunció en defensa de los derechos civiles recordó que:

«Nuestro vínculo común más básico es que todos habitamos este planeta. Todos respiramos el mismo aire. Todos protegemos el futuro de nuestros hijos. Y todos somos mortales».

Las sociedades sanas no pueden mirar hacia otro lado cuando emergen actitudes discriminatorias (art. 14 CE), de lo contrario emergen las semillas del odio, expulsando el debate sereno y la convivencia pacífica. Pretender que una persona sea castigada o estigmatizada, supone un sacrificio que vulnera la dignidad humana y un trato degradante (art. 10 CE), que el futuro deberá de juzgar.

Tomas Man se vio impulsado a escribir una carta en 1938 cuando tuvo conocimiento de las leyes discriminatorias del III Reich y la realidad de los campos, él dijo:

«el silencio solo puede fomentar la indiferencia moral del mundo».

Estas palabras resuenan como una advertencia a cualquier sociedad que enmudece ante los primeros signos de discriminación contra las minorías. No en balde, la salud de una sociedad se mide por cómo trata a las minorías, y por estas y para estas nacieron los Derechos Fundamentales, para defenderles y protegerles precisamente de aquellas mayorías.

La libertad, como principio superior de nuestro Ordenamiento Jurídico (art. 1 CE) no está ni puede estar enfrentada contra la denominada Salud Pública. Pero, tampoco pude concluirse que esta prevalezca frente aquella. En realidad, son dos caras de la misma moneda, pues no puede existir libertad sin vida, pero qué vida sería aquella sin libertad. Si en pleno siglo XXI las sociedades avanzadas están abocadas ante la amenaza de un virus a decantarse única y exclusivamente entre unas medidas preventivas sanitarias más propias del Medievo (aislamiento, mascarilla, lavados de manos) o la imposición de un novedoso tratamiento médico experimental bajo la imposición de normas que menoscaben, cercenen, dividan y limiten los Derechos Fundamentales, cabe concluir que dicha civilización está condenada a la venta de la Libertad y los Derechos individuales por un "plato de lentejas". Nunca fue tan barata y fácil la venta de la libertad de la Humanidad, que anestesiada por el miedo y rendida a desconocidos sin bandera ni patria, fuimos comprados y marcados en un nuevo Mercado donde la sumisión y obediencia son las nuevas señas de identidad. La pregunta es ¿a qué y a quienes?

Por último, permítame esta EXCMA. SALA terminar con una cita de nuestro Hidalgo inmortal y que después de cientos de años sigue en un su particular búsqueda no carente de enemigos. Él dijo:

«La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar. Por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida»

(El Quijote)

Por todo lo cual,

SUPLICO A LA SALA: que, que tenga por causadas las manifestaciones que anteceden y acuerde según lo solicitado **LA SUSPENSIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS** en *la ORDEN DE 16 DE DICIEMBRE DE 2021, POR LA QUE SE ESTABLECE LA MEDIDA PREVENTIVA DE SALUD PÚBLICA RELATIVA AL CERTIFICADO COVID-19 O PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA EL ACCESO DE LAS PERSONAS USUARIAS AL ESPACIO INTERIOR DE ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA, OCIO Y ESPARCIMIENTO, publicada en el BOJA Extraordinario nº 93 de 19 de diciembre de 2021*, así como subsidiariamente a las sucesivas prorrogas y ampliaciones que se dicten por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, en su parte dispositiva única que hemos reproducido, **manteniendo la medida adoptada hasta que recaiga sentencia firme o resolución firme que decida el procedimiento.**

Dichas medidas que se solicita la SUSPENSION son las establecidas en el punto segundo y que se reproducen nuevamente.

«DISPONGO

Artículo único. Medida preventiva de salud pública, relativa al Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica para el acceso al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento.

1. Las personas usuarias mayores de 12 años podrán acceder al espacio interior de los establecimientos de hostelería, y de ocio y esparcimiento, definidos de conformidad con lo dispuesto respectivamente en los epígrafes III.2.7 y III.2.8 del Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, aprobado por el Decreto 155/2018, de 31 de julio, y establecimientos asimilados a estos epígrafes, conforme a su disposición adicional novena, siempre que dispongan de un certificado emitido por el servicio público de salud o por un laboratorio autorizado en el caso del párrafo b) siguiente, que acredite la concurrencia de cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Que recibieron la pauta completa de una vacuna contra la COVID-19 para la cual se concedió una autorización de comercialización, de conformidad con el Reglamento (CE) 726/2004.

b) Que disponen de una prueba diagnóstica negativa realizada en las últimas 72 horas, en el caso de las PCR, y 48 horas, en el caso de los test de antígenos. En el caso de los test rápidos de antígenos, deberán estar enumerados en la lista común y actualizada de test rápidos de antígenos de la COVID-19 establecida sobre la base de la Recomendación 2021/C 24/01, del Consejo de Europa.

c) Que se recuperaron de una infección por el SARS-CoV-2 en los últimos 6 meses. Para ello, la persona deberá haber sido diagnosticada como caso confirmado de la COVID-19 hace 11 días o más, mediante una prueba PCR, no siendo válido otro tipo de test.

2. Será imprescindible para acceder a los establecimientos previstos en el apartado anterior, que las personas usuarias acrediten documentalmente tanto su identidad, como de la concurrencia de cualquiera de las tres circunstancias previstas en el mismo.

3. La exigencia establecida en el apartado 1 no serán aplicables para el acceso a personas usuarias menores de 12 años a aquellos establecimientos a los que no tengan limitado el mismo por su clasificación. Asimismo, la aplicación de esta medida no amparará el acceso de personas usuarias mayores de 12 años a establecimientos a los que tengan limitado su acceso conforme a la normativa vigente.

4. Al objeto de procurar la máxima garantía de privacidad e intimidad de las personas, la información a la que se refiere el apartado 1 junto con el documento acreditativo de su identidad, solamente podrá ser solicitada a los efectos de su mera comprobación o verificación. No se conservarán en ningún caso, datos de carácter personal sanitario ni se crearán ficheros con ellos. En todo caso, el personal que pueda tener acceso o conocimiento de la información está obligado a mantener el secreto y la confidencialidad sobre los datos personales a que acceda, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

5. En estos establecimientos se colocará un cartel informativo al público, sobre el carácter necesario de esta documentación para el acceso al mismo, así como sobre la no conservación de los datos personales sanitarios acreditados.

6. La puesta en funcionamiento de la medida y su control respetarán, en todo caso, la dignidad de la persona. Las actuaciones de comprobación serán lo menos intrusivas».

OTROSÍ SEGUNDO DIGO: Que, a los efectos previstos en el art. 44.1. c) de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional, y para el caso de que se desestimase el presente recurso contencioso-administrativo, invocamos expresamente los artículos 1, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 19 , 21, y 24 de la Constitución Española. Así mismo los artículos 8 y 14 del Convenio de Roma y por último la infracción de los derechos fundamentales contenidos en los artículos 1, 3, 20, 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) por todos los todos los argumentos expuestos.

SUPLICO A LA SALA: Que tenga por hecha la anterior manifestación a los efectos oportunos.

OTROSÍ TERCERO DIGO: Que, dadas las extraordinarias circunstancias, se requiera los siguientes documentos e informes:

a) A la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía:

- *Número de ocupación de camas hospitalarias COVID y camas UCI COVID, desde el 1 de julio de 2021 hasta el 30 de diciembre de 2021, desglosado por pacientes vacunados y no vacunados, y edades de población.*

- *Número de fallecidos por COVID desde julio de 2021 hasta el 30 de diciembre de 2021, desglosado entre vacunados y no vacunados, y edades.*

- *Número de ocupación de camas hospitalarias y camas UCI y mortalidad, de los* ***años 2018 y 2019 por gripe o enfermedades análogas.***

- *Número PCR realizadas, desglosado por meses desde julio de 2021 hasta el 30 de diciembre de 2021, así como que se indique a cuantos Ct se realizan las PCR, y, si se aplican Ct diferentes en los vacunados y no vacunados, así como que se identifique la naturaleza de los cebadores usados en las PCR.*

- *Que se informe sobre el número total de PCR + por número total de pacientes, es decir, que se excluya del detalle del número de casos PCR + las pruebas repetitivas al mismo paciente, para no duplicar o triplicar el IA, en casos con síntomas y sin síntomas.*

- *Que se informe cuántos cultivos o pruebas de serología se han realizado para confirmar las PCR positivas.*

- *Que se informe cuántas camas hospitalarias o comas UCI se han incrementado en los centros sanitarios de Andalucía desde la declaración de la pandemia.*

b) Ministerio de Sanidad:

- *El informe de la Ponencia de Alertas del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Salud, referido en el artículo de EL PAIS, de fecha 1 de diciembre de 2021, redactor D. Pablo Linde, o subsidiariamente se requiera a EL PAIS que aporte el informe que tuvo acceso su redactor D. Pablo Linde.*

SUPLICO A LA SALA: que, que tenga por causadas la manifestación que antecede.

OTROSÍ CUARTO DIGO: Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47,1 y 2 de la LJCA, solicito que el Letrado de la Administración de Justicia de la Sala requiera de la Administración Pública demandada la publicación inmediata del anuncio de interposición del presente recurso contencioso administrativo.

SUPLICO A LA SALA: que, que tenga por causadas la manifestación que antecede.

Lo que solicito en el lugar y fecha ut supra

Abogado Procuradora