

Posicionamiento del GTM sobre un posible pasaporte inmunológico

3 de junio de 2020

Las investigadoras e investigadores que formamos parte del Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Ministerio de Ciencia e Innovación sobre el COVID-19¹ manifestamos nuestro rechazo hacia las propuestas de implantación de un “pasaporte inmunológico”. Este posible pasaporte consistiría en un documento físico o digital que distinguiría ante terceros a aquellas personas que se piensa se han recuperado con éxito de una infección del virus SARS-CoV-2 de aquellos que no han llegado a infectarse o que están infectados actualmente.

Basándose en el supuesto de que las personas recuperadas no pueden volver a contagiarse ni contagiar a otros, estarían exentas de cumplir total o parcialmente las normas y limitaciones que tratan de contener la expansión de la pandemia en el resto de la población. De hecho, el pasaporte inmunológico ha llegado a plantearse como la medida que nos permitiría recuperar nuestra vida en sociedad. Y recientemente, se han dado a conocer iniciativas de “DNIs sanitarios” para facilitar la vuelta al trabajo y otras medidas de control, que se han llegado a enmarcar en la prevención de riesgos laborales.

Consideramos que el pasaporte inmunológico debería descartarse por los siguientes motivos:

1. **Incentivaría un comportamiento temerario por parte de falsos positivos.** Las pruebas serológicas que miden la presencia de anticuerpos frente al virus SARS-CoV-2 son imprecisas y con frecuencia generan falsos positivos (pruebas en las que se aprecia erróneamente la presencia de anticuerpos cuando no la hay). Esta imprecisión es mucho más problemática cuando se trata de establecer la presencia de anticuerpos en la sangre de una persona concreta que cuando se trata de estudiar la prevalencia media en la población. Aún cuando la presencia de anticuerpos sea real, existe incertidumbre sobre el grado y duración de la inmunidad a reinfecciones. De hecho, el 24 de abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió contra la emisión de pasaportes inmunológicos porque no se podía garantizar su precisión. Declaró que: “Actualmente no hay evidencia de que las personas que se han recuperado de COVID-19 y tengan anticuerpos estén protegidas de una segunda infección” (ver go.nature.com/3cutjqz). Datos preliminares indican que en España un 44% de las

¹ El Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) asesora y apoya al Ministerio de Ciencia e Innovación en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras. El GTM está compuesto por: José M. Ordovás (Presidente), Mariano Esteban, Rocío García-Retamero, Beatriz González López-Valcárcel, Alfonso Gordaliza, Marco Inzitari, Pedro Jordano, Itziar de Lecuona, Laura M. Lechuga, Ramón López de Mántaras, José Molero, Agustín Portela, Diego Puga, José Javier Ramasco, Francisco Sánchez-Madrid y Alfonso Valencia. Éste posicionamiento breve lo realiza el GTM de oficio debido a las implicaciones tanto éticas como legales y sociales de un posible pasaporte inmunológico en la salida del confinamiento.

personas que han sufrido la infección de manera leve o asintomática tienen un nivel de anticuerpos muy bajo y con poca capacidad neutralizante. Arropados por una falsa seguridad, creyendo erróneamente que no pueden contraer o transmitir el virus, los falsos positivos pueden tener un comportamiento descuidado, o incluso temerario, que facilite nuevos contagios. La evidencia reciente muestra que el 10% de los individuos genera el 80% de las infecciones de COVID-19. Estos “supercontagiadores” lo son fundamentalmente por su comportamiento y no tanto por sus características fisiológicas. Incluso un número reducido de falsos positivos, exento de limitaciones externas y propias a su comportamiento, puede fácilmente generar rebrotes explosivos.

2. **Incentivaría a que personas sanas se contagien intencionadamente.** Si el acceso a ciertas actividades se otorga solo a las personas que se han recuperado de COVID-19, los pasaportes inmunológicos podrían incentivar a personas sanas y no inmunes a infectarse voluntariamente, poniéndose a sí mismas y a otras personas en riesgo. Este contagio intencionado es más probable en aquellas personas en una situación económica más vulnerable, quienes podrían verse obligadas a elegir entre infectarse para obtener el pasaporte o no poder trabajar.
3. **Sería difícil de implementar y potencialmente poco efectivo para reactivar la actividad económica.** El volumen de pruebas que sería necesario es impracticable en estos momentos. De hecho, se necesitarían decenas de millones de pruebas serológicas en todo el país a razón de un mínimo es de dos pruebas por persona para obtener una primera certificación inmunológica. Además, sería necesario repetir las pruebas varias veces cada año, para verificar que la inmunidad permanece activa. Las dificultades de accesos a las pruebas que permitirían obtener el pasaporte inmunológico serían una fuente adicional de discriminación. Debido a la práctica imposibilidad de hacer pruebas a toda la ciudadanía, muchos no tendrían acceso. La experiencia hasta ahora sugiere que los ricos y poderosos tienen más probabilidades de obtener una prueba que los pobres y vulnerables. Por otra parte, dadas las tasas moderadas de prevalencia de anticuerpos frente al virus SARS-CoV-2, el número de personas que recuperarían una actividad sujeta a menores limitaciones sería necesariamente pequeño y no generaría un incremento sustancial de la actividad económica. El informe preliminar de 13 de mayo del estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España indica una prevalencia del 5%. En combinación con una capacidad de prueba limitada y pruebas poco confiables, esto significa que solo una pequeña fracción, posiblemente inferior al 1%, de la población estaría correctamente certificada como inmunizada. Pueden obtenerse efectos de reactivación de la actividad superiores con menos riesgos basándose en diferenciación estadística y no en discriminación individual. Es decir, poniendo mayores o menores limitaciones a distintos colectivos en función de sus diferentes riesgos esperados medidos de manera agregada y no individual.

4. **Alentaría nuevas formas de estratificación social, estigmatización y discriminación, así como injerencias y violaciones del derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos, entre otros derechos y libertades fundamentales afectados y en distintos ámbitos como el laboral o el ámbito de la salud.** Las empresas no pueden tratar de forma distinta a sus clientes o trabajadores en función de su mayor o menor riesgo a estar contagiados. La fiebre amarilla en los Estados Unidos en el siglo XIX, y antes la viruela en Europa a principios del siglo XVIII, trajeron consigo una fijación sobre la inmunidad que dividió a la sociedad entre los inmunoprivilegiados y los inmunoprivados, con nefastas consecuencias (<https://bit.ly/3gOKeon>). En la actual pandemia de COVID-19, esta fijación ha renacido en la forma de un “pasaporte inmunológico”. El contexto moderno añade una preocupación adicional; las plataformas para la certificación inmune del SARS-CoV-2 podrían ampliarse fácilmente para incluir otros datos de carácter personal, como registros de salud mental y resultados de pruebas genéticas, haciendo perfiles de personas que pudieran afectar los derechos y libertades fundamentales de los titulares de los datos en función de los usos. Los pasaportes inmunológicos de hoy podrían convertirse en los pasaportes biológicos de mañana. Así, se introduciría un nuevo riesgo de discriminación si, por ejemplo, los empleadores, las compañías de seguros, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, entre otros terceros, pudieran acceder a la información de carácter personal del titular de los datos y utilizarlos con fines distintos a la protección de la persona y del interés colectivo por razones de salud pública.
5. **Sería incompatible** con la protección de los derechos y libertades fundamentales en nuestro contexto **y**, en particular con la normativa de protección de datos de carácter personal y **los principios bioéticos de respeto autonomía o por las personas, beneficencia y justicia**. Es una medida completamente desproporcionada, que no estaría en ningún caso justificada.

La “nueva normalidad” hacia la que transitamos no puede fundamentarse en la implementación de medidas desproporcionadas, no amparadas legalmente y estigmatizantes; y que institucionalicen una vigilancia digital intensiva por parte de terceros al tener acceso a datos personales y patrones de comportamiento, confiriéndoles así un poder extraordinario sobre individuos y colectivos (incluidas las generaciones futuras), y en detrimento de los derechos y libertades fundamentales.

Las decisiones que se tomen en el marco de la salud pública deben ser proporcionales a los fines que se persiguen, respetuosas con los derechos, temporales, y reversibles. La vida en sociedad no puede depender de documentos ni físicos ni digitales que limiten, hasta incluso anular, los derechos y las libertades individuales por razones biológicas o genéticas. Situación que allanaría el camino a nuevas formas de discriminación y estigmatización de las personas y amenazando, en lugar de proteger, la salud pública.