

**VACUNACIONES: BREVES CONSIDERACIONES SOBRE SU PROBLEMÁTICA ACTUAL.**

Dr. Francisco Campa Valera

Vocal de la Comisión de Deontología y Ética Médicas del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla.

Sevilla, 12 de Octubre del 2015

*“Oh Dios, llena mi alma de amor por mi arte y por todas las criaturas.”*

*“...Haz que mis pacientes tengan confianza en mi y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones...”*

*“Que pueda hoy descubrir en mi saber cosas que ayer no sospechaba, porque el arte es grande pero el espíritu del hombre puede avanzar siempre más adelante.”*

Oración de Maimónides. Epígrafe del Código de Deontología Médica OMC (CDM) .Ed. 2011.

Desde la primeras descripciones de la poliomielitis por Underwood en 1789, pasando por la primera inoculación vacunal en humanos por Jenner, hasta la expedición de Balmis al nuevo mundo en 1803, la Ley de Implantación de la Vacuna de la viruela en Alemania en 1874 o el Real Decreto de 1903 de Vacunación obligatoria en España, el pasado S XX, infausto en muchos sentidos, asistió a la realización de un sueño milenario de la humanidad : Evitar morir de enfermedades graves y frecuentes que además afectaban a edades donde la vulnerabilidad y desvalimiento de las personas es mayor, la infancia.

El desarrollo de esta estrategia en Medicina, vencer a la enfermedad antes de su aparición, se lograba tras la comprensión de que la inmunidad frente a la infección requería mimetizar en lo posible la infección natural produciendo las modificaciones que ésta produce en el sistema inmune. O sea, las vacunas no protegen frente a la infección, sino frente a la enfermedad. Desde la rabia, primera vacuna de virus vivos atenuados de Pasteur en 1884, hasta la búsqueda hasta ahora infructuosa de una vacuna para el SIDA, pasando por los conatos en el caso de la Enfermedad por el virus de Ébola o la permanente vigilancia ante las epidemias de Gripe, las vacunaciones se han mostrado como una alternativa estratégica médica plausible, eficaz y segura de reducir la morbilidad, transmisibilidad y mortalidad de infecciones. De algún modo un ideal en la lucha frente al sufrimiento humano que produce la enfermedad.

Pero como toda obra humana no es perfecta. Su seguridad, eficacia y permanencia no es del 100% dada la variabilidad biológica y ambiental que nos afecta, pudiendo producir efectos adversos a veces graves . ¿Por qué vacunar entonces? Pues porque no existe el riesgo cero en cualquier situación o aspecto del vivir y se hace necesario comparar los riesgos en este caso entre padecer la infección y la vacunación. O sea, el que no se vacune no tiene el riesgo de la vacuna pero sí el riesgo de padecer la enfermedad natural y al revés .Si se comparan los riesgos el balance es muy favorable a la vacunación con ratios que van desde 1000 en el caso del sarampión o de mas de 100.000 en el caso del tétanos.

En las sociedades occidentales actuales donde las enfermedades infecciosas antes frecuentes, epidémicas y mortales han disminuido considerablemente debido a múltiples factores incluyendo el de su prevención a través de las vacunaciones sistemáticas se está instaurando una creciente preocupación acerca de la seguridad y eficacia vacunal que ha tomado forma incluso a través de movimientos asociativos. Por otra parte, otros colectivos, organizados o no, confían en reducir la alternativa de riesgo expresada previamente : Vacunal y de enfermedad a través de la llamada inmunidad de grupo o de “rebaño”(“herd immunity”) que paradójicamente constituye uno de los fundamentos de los programas de vacunación: Se trata de una tercera vía , indirecta ,que se basa en intentar estar protegido sin vacunarse, basándose en el número de personas ya vacunadas previamente en la población .Se obvia en estas ocasiones no sólo la propia naturaleza de cada infección y sus condiciones, incluyendo las socioeconómicas, sino el propio equilibrio de los microorganismos en su relación con la población y su dinámica de transmisión en la comunidad que establece una variabilidad donde predecir una resultante personal protectora sobre esta base -o sea, individual y no poblacional- resulta al menos inconsecuente.

Como desafortunadamente hemos tenido ocasión de comprobar este año con la difteria, no hay muchas enfermedades que se consideren erradicadas (verbigracia, actualmente no se vacuna de la viruela considerada erradicada desde el 8 de mayo de 1980) pero ya que los agentes productores de las enfermedades se consideran organismos vivos, se hace necesaria una actitud activa y la correspondiente vigilancia epidemiológica y de Salud Pública de cara a monitorizar posibles desequilibrios. Es importante diferenciar estos dos planos, aunque a veces estén entrelazados.

Son también diversos los aspectos que se entrecruzan en este fenómeno de la omisión de la vacunación. Sin ser exhaustivos, se pueden apreciar ligados a las propias bases culturales, sociológicas y económicas de nuestro actual modo de vivir donde existe una fuerte fractura de la confianza, marcada estratificación social y se dan fenómenos paradójicos de comunicación con gran frecuencia. En este sentido, se pueden considerar ejemplos demostrativos el tratamiento ambivalente que se hace de temas que inciden directamente sobre la salud como la seguridad vial y el tabaco.

Pero dados los beneficios ostensibles de la estrategia vacunal, valorando la resultante del ínfimo riesgo asociado a su aplicación, su amplia difusión y repercusión sobre ámbitos tan variados como el comunitario, sanitario, educativo, laboral o institucional se pueden plantear interrogantes sobre si cabrían medidas y qué medidas se deberían adoptar en caso de su incumplimiento y en particular de qué modo pueden afectar estos hechos a profesionales que tienen como misión el cuidado de la salud de las personas (arts. 7.2 y 25 del CDM). En este sentido y de modo genérico, la problemática de la vacunación ligada a su obligatoriedad, sobre todo en colectivos de menores, se puede establecer en las coordenadas de tres ejes polares que definen la tensión valorativa de los conflictos, todos ellos con el presupuesto y condicionante previo de indicación médica adecuada y no contraindicación : El de libertad personal de los ciudadanos junto a intereses colectivos o generales que incluso pueden conformar su naturaleza como deber, el de la validez del consentimiento por representación de menores y otros grupos que no pueden consentir sino a través de esta vía vicaria y el de la

validez de medidas coercitivas que pudieran devenir ablatorias en caso de incumplimiento de la medida vacunal.

En el estudio de estos problemas y de modo resumido habría que considerar desde la naturaleza de tal acción vacunal y su contexto hasta el modelo ético-legal vigente en nuestra sociedad incluyendo aspectos personales individuales y poblacionales reconducibles conceptualmente a una valoración del riesgo de enfermar y su gravedad.

Desde un punto de vista más específico, las vacunas constituyen una de las acciones principales de la denominada Prevención Primaria de las enfermedades estando por ello muy vinculada a las políticas de Salud Pública establecidas. Su naturaleza por ello es esencialmente preventiva de padecimientos que además tienen implicaciones de transmisibilidad en la comunidad, no constituyendo por ello de modo propio una medida curativa o terapéutica, un tratamiento específico. Su aplicación de cara a la protección de la salud de las personas se establece mediante prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, que tiene además como instrumento anexo de control de la enfermedad individual y colectiva a la denominada Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

De este modo, se combinan elementos de protección individual y colectiva que organizan dos ámbitos conectados pero con dificultad de articularse dada la tensión existente entre ambas realidades sobre todo porque nuestro modelo de atención sanitaria-y en general social y jurídico-es sobre todo deudor del denominado Principio de Autonomía conectado constitucionalmente con la esfera de Derechos Fundamentales y Libertades Públicas (arts. 15 al 29 CE) que inunda también el Código de Deontología Médica(Capitulo III en general y particularmente arts. 9 y 12) y que tiene como presupuesto la voluntariedad del tratamiento. O sea, que es preceptivo el consentimiento informado válido previo y, aunque determinadas situaciones y condiciones puedan matizarlo, el carácter preventivo y no curativo de la vacunación hace que todavía adquiera más realce y fortaleza el ejercicio de la voluntad de la persona. Además, hay que tener presente que las normas que regulan las vacunas en nuestro Ordenamiento Jurídico no establecen específicamente una clausula sobre obligatoriedad. Tan sólo la *Ley 22/1980 de 24 de abril de modificación de la Base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944* incorpora una mención al respecto, condicionándola:

*“Las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible se juzgue conveniente. En todas las demás infecciones en que existan medios de vacunación de reconocida eficacia parcial total o parcial y en que esta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendadas y en su caso impuestas por las autoridades sanitarias”*

Así pues, en esta suma de vectores, a la naturaleza preventiva de la vacunación se añaden su dimensión pública vinculada a la Autoridad Sanitaria y el modelo ético legal preponderante vigente apareciendo una resultante con una fisonomía propia donde no hay una previsión normativa explícita que permita imponer la vacunación, antes al contrario, privaría el elemento colaborativo como expresión de la autonomía del sujeto. Se debe, no obstante, insertar otro factor para poder dar respuesta a los conflictos planteados supra que

apelan a la tensión entre individuo y comunidad: la valoración del riesgo de enfermar y su previsible gravedad o muerte incluyendo la repercusión sobre otros individuos que se pueden subsumir en situaciones de transmisibilidad y epidemia. Para ello, se hace necesario diferenciar una situación de riesgo ordinario, general o potencial (Calendario vacunal) de otra de riesgo real o efectivo como una situación de epidemia para cuya actuación existe la posibilidad de ampararse excepcionalmente y ante la previsible repercusión colectiva en la *Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública* mencionado en el art 9.2 de la *Ley de Autonomía del Paciente*. La clave pues en la articulación de estas medidas la establecería el carácter urgente, necesario y de evidente impacto sobre terceras personas de la situación de riesgo. En este caso, podemos inferir, que cabría una medida ablatoria como la establecida en el Auto de 24 de noviembre del 2010 del Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 5 de Granada a raíz de un brote infantil de sarampión que obligo a vacunar a varios menores a pesar de la negativa de sus padres, pero que, lógicamente, como toda medida limitadora de derechos fundamentales y libertades públicas, compete a la autoridad judicial. Se hace patente así el denominado “Principio de Proporcionalidad” de los tribunales como elemento vertebrador del conflicto entre derechos individuales y colectivos. Téngase presente ,no obstante, que estas medidas no tienen un carácter penalizador, sino regulador de una situación de conflicto donde se ponderan los beneficios y perjuicios ocasionados valorándolos no necesariamente de modo aritmético(beneficio del mayor número) sino incluyendo el respeto a la dignidad de las personas como núcleo infranqueable.

Aparte de este conflicto colectividad-individuo puede ocurrir otro que se presente a través de la figura o instancia de la representación, esencialmente con tres factores-a salvo lo establecido en Voluntades anticipadas o Testamento Vital: Grave riesgo para la vida o integridad física o psíquica del sujeto , incapacidad de decisión (paradigmáticamente los menores de edad) o ausencia de vacunación en el contexto de otras ausencias de cuidado reconducibles a la figura delictiva de abandono en el caso de menores. Comentaremos las dos primeros de modo conjunto por afectar directamente al núcleo de nuestra discusión: Se tratarían pues de vacunaciones en el contexto de una situación de gravedad del paciente y situación de incompetencia. Si se dieran las condiciones donde la vacunación afectase directamente mediante ese riesgo real e inmediato a una persona en concreto ,aunque no se diera la amenaza para la colectividad, el art 9 de la propia Ley de Autonomía del Paciente que establece límites a la capacidad de rechazo de tratamiento -aunque no resuelve de modo explícito la situación de imposición de medidas preventivas-permitiría establecer fundamento, sobre todo en menores de edad o discapacitados, sobre el que articular o impetrar auxilio de la autoridad competente en caso de que la valoración profesional protectora de los mejores intereses de la vida o salud del paciente esté muy alejada del que pudiera en esos momentos otorgar un consentimiento por representación que, en justa medida, debería poseer una posición fiduciaria para con su representado. En estos casos, la posición de cuidado del profesional se puede tornar protagonista al singularizar pacientes donde la cobertura de vacunación sea esencial para proteger la vida del paciente amenazado haciendo valer los Principios Generales del Código de Deontología Médica expresados en su artículo 5. Se trataría principalmente de pacientes con grave enfermedad de base, neoplasias, trasplantados,

inmunodeprimidos, etc... donde el riesgo de infección fuera grave y la vacunación ocupara práctica y técnicamente un espacio terapéutico.

Pero de modo general y en resumen, y dado el carácter especial de esta temática vinculada con Derechos y Libertades Fundamentales la imposición forzosa de las vacunas pertenece a instancias y actores como autoridades sanitarias o tribunales y podemos concluir que tan solo puede ser posible a través de unas condiciones especiales o excepcionales. Los médicos estamos llamados y obligados a valorar y respetar las opiniones de los pacientes (artículo 9 y 12 CDM ) teniendo presente condiciones relevantes de su persona(art 13 y 14.4 del CDM) permitiendo nuestra cercanía a ellos no sólo la labor preventiva, terapéutica, de ayuda y consejo sino hacernos valorar de modo específico situaciones cuyas peculiaridades puedan requerir decisiones singulares que deben buscar siempre un marco colaborativo y de entendimiento y respetar la dignidad de las personas.