

Deontología médica y legalidad acerca de la vacunación pediátrica en España. Reflexiones a partir del caso de un niño fallecido por difteria y no vacunado

María Castellano¹, Julio García-Guerrero², Joan Monés³

¹Vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Cátedra de Medicina Legal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. ²Vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Centro Penitenciario de Castellón I. Castellón. ³Vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Resumen

El trabajo que se presenta analiza aspectos legales y de deontología médica sobre la vacunación infantil. El derecho de los niños a la protección de su salud se contrapone en ocasiones con el de los padres o tutores que por diversas motivaciones y convicciones niegan la vacunación infantil a sus hijos, con lo que quedan desprotegidos de enfermedades fácilmente prevenibles y con escasos efectos secundarios mayoritariamente irrelevantes. Además esta actitud puede llegar a afectar, si se extiende, a la propia sociedad con la posible aparición de epidemias que se consideraban poco menos que erradicadas.

El médico debe comprometerse en conseguir la vacunación infantil, ya que su deber es tratar a sus pacientes con todos los medios disponibles, ya que deben ser y son los garantes de la salud de los niños y comprometerse con una exhaustiva información y una adecuada persuasión a los padres o tutores, para que tomen la correcta decisión. Desde la deontología se considera incorrecto y absolutamente inadecuado, que un médico recomiende la abstención de la vacunación infantil, salvo cuando exista contraindicación justificada.

Palabras clave:

Ética médica. Deontología médica. Vacunas. Infancia. Ley. España.

Medical deontology and legality about pediatric vaccinations in Spain. Further reflections draw from the case of a deceased child because of diphtheria who had not been vaccinated

Summary

The submitted work analyses the legal and medical deontology aspects of vaccines during infancy. The children's right to the protection of their health faces sometimes the interests or beliefs of parents or legal tutors, who for diverse reasons or convictions sometimes deny the vaccination of their children, which implies that the children end up unprotected of illnesses easily preventable and with scarce secondary effects mainly irrelevant. Moreover, that behaviour could threaten, if spread, the social system with the possible apparition of epidemics that were considered essentially disappeared.

The physician is committed to find the vaccine, as his/her duty is to medically treat the patients with all the available means as the should be, and are, the one in guaranteeing of children's health committed to inform exhaustively and persuade parents or legal tutors to direct them to the right choice. From deontology it is considered incorrect and completely out of order that a physician recommends to avoid vaccination during infancy, but in the case it exists a justified contraindication.

Key words:

Medical ethic. Medical deontology. Vaccines. Childhood. Law. Spain.

Correspondencia: Julio García-Guerrero
E-mail: garciaj@comcas.es

Introducción

El 28 de mayo de 2015 un niño de 6 años acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de Olot (Girona) con un cuadro clínico de unos 4 días de evolución con odinofagia, malestar general, fiebre y aumento progresivo del diámetro del cuello. La historia clínica puso de manifiesto que el niño no estaba vacunado y la exploración física mostró pseudomembranas cubriendo las amígdalas, con sospecha de difteria. Dos días después la PCR confirmó la presencia de *Corynebacterium diphtheriae* productora de toxina. El niño fue trasladado a una unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Vall d'Hebron, donde a pesar de tratamiento antibiótico, antitoxina diftérica y soporte vital intensivo, desarrolló fallo multiorgánico con miocarditis, insuficiencia renal y finalmente murió el 27 de junio.

En el estudio de contactos, en particular entre los 57 niños que habían convivido los días anteriores en un campamento, se detectaron 8 niños y 1 adulto portadores asintomáticos de *C. diphtheriae* productora de toxina, todos ellos vacunados. Además, se detectaron otros niños no vacunados en los que mayoría de los padres persistieron en la negativa a la vacunación de sus hijos a pesar de los consejos de las autoridades sanitarias. Algunos de estos padres indicaron que habían recibido el consejo de no vacunar por parte de algunos médicos.

La familia del niño declaró tras su fallecimiento que se había sentido engañada por las informaciones que había recibido en relación con las vacunas, que les había llevado a la idea de rechazar la vacunación¹. Por otra parte, la preocupación social que despertó el caso motivó un exhaustivo seguimiento de los medios de comunicación de la evolución del niño hasta su fallecimiento, con profusión de manifestaciones de todo tipo.

El anterior es un trágico ejemplo de la reaparición o el recrudecimiento en la incidencia de algunas enfermedades infecciosas fácilmente prevenibles con la vacunación, debido a las reticencias de algunos grupos de padres a vacunar a sus hijos según el calendario oficial recomendado. Este fenómeno ha sido observado ya en otros países². En concreto en nuestro país, el último caso de difteria databa de 1986 y se tiene conocimiento de brotes sarampión en Granada y Canarias, así como de tosferina también en Canarias³.

La constatación de este desgraciado suceso plantea importantes cuestiones ético-deontológicas y un importante conflicto de derechos. Por un lado está el derecho a la protección de la salud del niño, que deberá ser ejercido por sus padres en tanto que ostentadores de la patria potestad, otro aspecto es el derecho de los padres a criar a sus hijos de acuerdo con sus convicciones ético-filosóficas, religiosas o de cualquier otra índole. Un aspecto clave a considerar es el deber de los médicos de prevenir y tratar

a sus pacientes de la mejor manera posible. Así mismo, también hay que considerar la responsabilidad de los poderes públicos en tanto que garantes últimos de la protección de la salud de la población. Por último está el derecho del conjunto de la Sociedad a estar protegida ante enfermedades fácilmente prevenibles mediante la vacunación, protección que se vería ineludiblemente afectada en caso de que las coberturas vacunales descendieran por debajo de unos límites; es claro que si la no vacunación prolifera ese momento llegará antes o después. Derivados de estos valores en conflicto surgen importantes cuestiones que merecen un detenido análisis y respuestas reflexivas y prudentes.

El objetivo de estas líneas es, precisamente, plantear alguna de estas cuestiones y aportar elementos para su resolución desde aspectos éticos, deontológicos y legales. Para estas reflexiones se tendrá en consideración tan solo el supuesto en el que los padres o tutores rechazan la vacunación de sus hijos según las pautas recomendadas para la infancia, en virtud del consentimiento por representación.

Consideraciones generales sobre vacunas

La vacunación es un procedimiento médico que protege a las personas frente a enfermedades ocasionadas por microorganismos (bacterias, virus, etc.). Fue iniciada por Jenner en 1.798 frente a la viruela, y se ha ido desarrollando frente a otros gérmenes: difteria, tétanos, tos ferina, rubéola, neumococo, virus de las hepatitis, virus de la gripe, etc. Su aplicación ha conseguido una disminución drástica de enfermedades anteriormente tan frecuentes como la viruela (considerada erradicada), poliomielitis, etc. Esta prestación sanitaria:

- Tiene una base científica indiscutible en la gran mayoría de las vacunas.
- Tiene pocos efectos secundarios y sus beneficios son muy superiores a los riesgos.
- Es fácil de aplicar y de extraordinaria utilidad para la salud individual y colectiva.
- Es, con seguridad, la acción médica que con menor coste produce más beneficio sanitario y puede llegar a mayor número de personas, lo cual la convierte en el procedimiento que desde la perspectiva ética, mejor cumple el *Principio de Justicia*, ya que iguala a toda la población subsidiaria de vacunación.

Pero han aparecido voces en contra de la vacunación de los niños, maximizando los efectos secundarios y especialmente algunos de importancia que, dicen, pueden aparecer a más largo plazo (autismo, enfermedades neurológicas como encefalitis desmielinizante), y que en absoluto están demostrados. Estas voces

están alcanzando considerable difusión. Un reciente estudio de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg de Baltimore analiza páginas Web de colectivos antivacunas en que se propagan estas ideas. Los investigadores usaron términos de busca como “*peligros de inmunización*”, “*peligro vacuna*”. Estudiaron 500 sitios y constataron que el 70% de las informaciones utilizaron terminología científica poco comprensible para los no profesionales sanitarios, en apoyo de la peligrosidad de las vacunas; el estudio evidencia que en estas redes de divulgación hay “*una considerable cantidad de desinformación y pseudociencia*”, asegurando que el 65% de las vacunas pueden causar autismo, casi el 50% daño cerebral, con pretendidas evidencias científicas que en realidad no lo son, mientras que el 30% para defender estos catastrofistas presagios tan solo recurren a simples casos excepcionales, sin que además existan evidencias incuestionables para apoyar la relación pretendida entre el daño y la vacunación⁴. Se constata por tanto que la difusión de estos postulados puede causar desinformación en la población y crear infundada alarma social.

Algunos defensores de los postulados en contra de la vacunación hacen referencia a los intereses económicos de laboratorios para justificar su actitud. Los ingresos de una compañía farmacéutica por la venta de vacunas son mucho menores de los que obtiene con la mayoría de los otros fármacos. En las cuatro compañías que fabrican vacunas, estas representan una media del 3-4% de su total de ventas. Esto supone que podrían dejar de fabricarlas sin sufrir demasiado impacto en su negocio. En todo caso, este no puede ser un argumento que invalidara la científicamente demostrada eficacia de las vacunas. También si lo que se pretende insinuar es que los médicos, que mayoritariamente recomiendan la vacunación, actúan bajo presión comercial, se está sugiriendo que esta inmensa mayoría de profesionales son manipulables, sugerencia que creemos totalmente falsa.

En términos de salud pública la efectividad de la vacuna en un país está condicionada por su cobertura que, cuando es muy alta, hace disminuir drásticamente el riesgo de contagio, incluso a los no vacunados. Por ello, la vacunación debe ser una prestación disponible para todas las personas en las que esté indicada. Actualmente existe unanimidad en el ámbito científico sobre la bondad de las vacunas, sus indicaciones, y el derecho de los usuarios a recibirlas, hasta el punto que la Asociación Española de Pediatría aboga porque sean un derecho fundamental de todos los niños⁵.

En tanto en cuanto el derecho a la protección de la salud está constitucionalmente reconocido para todos los ciudadanos, el Estado, en el ámbito de la salud pública, debe arbitrar medidas para su conservación en el conjunto de la ciudadanía. En este sentido, las vacunas, su promoción y extensión de su aplicación a toda la población susceptible, constituyen una

de las principales actividades. En España la vacunación no es obligatoria, pero es una prestación que la Administración facilita por dos mecanismos: mediante prestación sanitaria a cargo del sistema público y mediante la Red de Vigilancia Epidemiológica. La primera se facilita al estar la vacunación recogida como prestación del sistema, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Un aspecto claramente negativo es la existencia de diferentes calendarios vacunales, casi tantos como administraciones autonómicas competentes lo que, además de incomprensible, puede dar origen a algún caso de inequidad. Por su parte la red de vigilancia epidemiológica cumple la esencial función de centinela para recuperar, o al menos intentarlo, los casos de no vacunación en los plazos debidos y, en última y no deseable instancia, la constatación de un posible brote.

Revisión histórica y situación actual de España

La actividad vacunadora en España se inició en 1800 con la vacuna de la viruela. Esta vacuna, sin embargo, no se hizo obligatoria hasta 1921. La Ley de Bases de Sanidad de 1944 define la obligatoriedad de la vacunación frente a la difteria y viruela. Esta obligatoriedad se suspendió el 9 de diciembre de 1979 al ser declaradas ambas enfermedades eliminadas; no obstante 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, como se verá abre un portillo a su obligatoriedad en caso de que fuera necesario. La vacunación de la poliomielitis se inicia entre 1959-1963. En 1965 se añadieron las vacunas de difteria, tétanos y tosferina. En 1968 se realizó una campaña de vacunación del sarampión en 11 provincias españolas. Esta primera vacuna se retiró en 1970 por baja eficacia y no fue hasta 1975 cuando se autorizó una nueva vacuna. Tras los magníficos resultados se llegó a la conclusión de establecer un calendario de vacunaciones; este calendario se puso en marcha en 1975. En 1979 se implantó la vacuna de la rubeola. En 1981 se aconsejó la triple vírica: Sarampión-Rubeola-Parotiditis. En el año 2000 se incluye la vacuna frente al *Haemophilus Influenzae* tipo b. En el año 2002 se inicia la vacuna antimeningocócica C. En el año 2002 la OMS concede a Europa el certificado de región libre de poliomielitis. En el 2006 se aprueba la vacuna frente a la varicela. En el 2007 se incluye la vacunación sistemática de las niñas, entre 11-14 años de edad, de la vacuna frente al papiloma humano (VPH). A lo largo de todos estos años se han ido realizando cambios y modificaciones en las indicaciones, posologías y grupos de edad. La última actualización del calendario en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud data de julio de 2015⁶.

Tabla 1. Diversas coberturas vacunales en el estado español (2014).

	Primovacunaciones	Refuerzo (1-2a)	Refuerzo (4-6a)	Refuerzo (14-16a)
Polio	96,6	94,8	-	-
DTP	96,6	94,6	91,6	80,6
HiB	96,5	94,6	-	-
VHB	96,2	-	-	-
Enf Meningo C	96,9	95,2	-	-
SRP	-	96,1‡	93,0*	-

(‡): Primera dosis vacunal; (*): Entre 3 y 6 años. Polio: Poliomieltis; DTP: Difteria-Tétanos-Tosferina; HiB: *Haemophilus influenzae* tipo B; VHB: Virus de la Hepatitis B; Enf Meningo C: Enfermedad meningocócica serotipo B; SRP: Sarampión-Rubéola-Parotiditis; Primovacunación: Porcentaje de niños entre 0 y 1 años que han recibido tres dosis de vacuna de poliomieltis, DTP, HiB, VHB y dos dosis frente a enfermedad meningocócica serotipo C; Refuerzo (1-2 años): Porcentaje de niños entre 1 y 2 años que han recibido una dosis de refuerzo vacunal frente a poliomieltis, DTP, HiB, y enfermedad meningocócica serotipo C; Refuerzo (4-6 años): Porcentaje de niños entre 4 y 6 años que han recibido una dosis de refuerzo de vacuna DTP; Refuerzo (14-16 años): Porcentaje de niños que han recibido una dosis de refuerzo de vacuna SRP. Fuente: Ministerio de Sanidad. Coberturas vacunales. Datos estadísticos. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

A pesar de que la vacunación no es obligatoria en España, nuestro país presenta unas tasas de cobertura vacunal muy importantes (Tabla 1). Se han propuesto varias razones para explicar esto: las facilidades que da el sistema para las vacunaciones junto a la eficaz labor de policía que se realiza tendente a recuperar a los niños no vacunados, la poca extensión hasta ahora en nuestro país de los movimientos antivacunas, la confianza de la población en el sistema sanitario y la existencia de una información veraz y comprensible acerca de la bondad de las vacunas en términos de prevención de enfermedades y mejora de la salud pública sobre las vacunas⁷.

De otro lado los niños dejan de vacunarse fundamentalmente por causas médicas excepcionales en que la vacunación podría acarrear perjuicios al niño, descuido familiar, discrepancias con las políticas vacunales de la Administración, falsas creencias de los padres de que las enfermedades a prevenir ya no existen, miedo ante posibles efectos indeseables y por causas de índole religiosa o filosófica^{3,7}. Con alguna frecuencia y cada vez más y más fácilmente, estos padres disponen de mucha información a través de las redes sociales que en demasiadas ocasiones suele ser incorrecta, no contrastada, cuando no rotundamente falsa, lo que contribuye a difundir ideas erróneas y mitos sobre las vacunas. El manejo frívolo de los riesgos sea quien sea el que los haga, apoyándose en argumentos con escasa o nula base científica, genera desconcierto y pérdida de confianza en las recomendaciones de los médicos.

Legislación actual española

Hasta hace bien poco no existía normativa legal en el Estado español que obligara a la vacunación infantil. Sólo la ya

mencionada ley 22/1980 apunta en esa dirección en su artículo único: *“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 total o parcial y en que ésta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias.”* Pero como se deduce del texto, está pensada para situaciones de epidemias y es hoy de dudosa aplicabilidad por la legislación posterior.

En materia de salud pública está la ley orgánica 3/1986 de medidas urgentes en materia de salud pública, que permite adoptar cualquier medida necesaria con una persona, pero sólo en caso de epidemia o peligro para la salud de la población. La ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, precisamente por su carácter de general no puede limitar derechos fundamentales de las personas; por ello para las actuaciones en salud pública se remite en su art. 5.2 a la ley 3/1986 ya mentada, aunque consagra su voluntariedad: *“Sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública.”*

Por lo que se refiere a consentimiento hay que tener en cuenta fundamentalmente el *“INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)”*, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, comúnmente conocido como Convenio de Oviedo, vigente como norma legal en España desde 1 de enero de 2000, y la ley 41/2002, de 14 de noviembre,

básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ambas se reconoce que en casos de minoría de edad como los que tratamos, cualquier intervención sanitaria tiene que ser autorizada por los padres o tutores legales de los niños, excepto en casos de peligro para la salud pública. Es decir, la norma es la no obligatoriedad de la vacunación.

Con la reciente aprobación de la ley 26/2015 de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, este estado de cosas puede llegar a alterarse. Esta norma dispone que, en casos de consentimiento por representación, las decisiones que se adopten lo sean en el mejor interés del menor y añade que: *“Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses, deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la resolución judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”*. Esta ley cambia el modo de actuar contemplado en la ley 41/2002 de *autonomía*. Con la ley de autonomía en la mano se informaba a los padres y se tenía en cuenta su opinión, pero podía decidir el menor (dependiendo de su edad y grado de madurez); la ley 26/2015 aumenta la protección del menor y limita su autonomía, ya que se informa al menor y se tiene en cuenta su opinión, pero deciden los padres; y si esa decisión, a juicio del médico, atenta contra los intereses del menor, se pone en conocimiento de la autoridad judicial para tomar la decisión definitiva. Es muy dudoso que cumplir con el calendario vacunal recomendado pueda llegar a constituir una urgencia, pero en todo caso, del tenor de esta norma se desprende que se puede perfectamente llegar a vacunar a un niño a pesar de la oposición de sus padres, previa resolución judicial. *“Sin embargo ello no debe hacer que consideremos resuelto el conflicto, ya que deberían promoverse otros mecanismos para evitar que dichos casos terminen por judicializarse, suponiendo un enfrentamiento permanente entre los profesionales sanitarios y los padres”*⁸.

Valores en conflicto

En este asunto confluyen bienes fundamentales, que afectan a varias personas y colectivos. Sin duda el bien principal es el derecho del niño a que se proteja su salud con los medios que la Medicina pone a nuestra disposición, derecho se puede ver menoscabado y puesto en peligro por el hecho de no vacunarle; son

los niños quienes sufren la bondad o el riesgo de algo aceptado o rechazado por sus padres, en el ejercicio de su representación legal y patria potestad. Por tanto, se puede trasgredir al menos dos de los 4 principios fundamentales, el de *beneficencia* y el de *no maleficencia*.

Los padres por su parte tienen también derecho a criar a sus hijos según sus convicciones, que pueden ser radicalmente contrarias a interferir en el proceso natural de salud-enfermedad de las personas y por tanto de sus hijos. Por su parte, la Sociedad tiene todo el derecho a defenderse de enfermedades fácilmente prevenibles mediante la vacunación universal y, en ese sentido, tiene fuerza para exigir a sus componentes que colaboren en ello con una medida –la vacunación– que ha demostrado sobradamente su seguridad y eficacia, y cuya relación beneficio/riesgo es abrumadoramente favorable al primero. Es cierto que, gracias a la inmunidad de grupo, para el niño no vacunado no supone un riesgo grave ese estado y los padres saben de su protección, siempre y cuando la mayoría de la población esté vacunada; con este argumento se afecta el *principio de justicia*, al poner en riesgo la inmunidad del grupo. Si todos actuasen así tarde o temprano se producirá un brote de enfermedades infecciosas prevenibles, con ejemplos recientes en Europa, Estados Unidos y España. Los poderes públicos como garantes del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía tienen un doble cometido: deben arbitrar y fomentar medidas tendentes a mejorar el nivel de salud de la población, que sería en este caso la instauración y recomendación de un calendario vacunal y por otro lado tienen el deber de vigilar y prevenir la aparición de enfermedades procurando que toda la población se vacune y llegando a exigirlo en los casos necesarios: *“La salud pública no sólo supone que los poderes públicos se vean compelidos a desarrollar unas obligaciones de dar o hacer, sino que también les inviste de facultades para exigir de los propios ciudadanos determinadas conductas en defensa de la salud de la colectividad”*⁸. Por último están los médicos que legal y deontológicamente tienen el derecho y el deber de tratar a sus pacientes con las mejores medidas a su alcance, derecho/deber que se ven afectados en el caso de la no vacunación de un niño. En resumen estamos ante un conflicto entre el derecho a la libertad individual y los intereses de la colectividad, que habrá que resolver de la forma más proporcionada posible.

En España rige un sistema de recomendación vacunal no coercitivo y de la misma forma en algunos otros países de nuestro entorno como el Reino Unido, pero a este respecto la situación es dispar. En Italia, Francia, Grecia y Portugal son obligatorias las vacunas contra difteria, tétanos, poliomielitis y hepatitis B⁹, pero sólo son recomendadas algunas otras; en Estados Unidos

la situación es diversa, pero la generalidad es la obligatoriedad con exenciones por motivos de conciencia; la escuela actúa aquí como mecanismo de control, al exigir a los niños el cumplimiento del calendario vacunal para ser escolarizados y situación parecida existe en Alemania y Canadá¹⁰. También hay países que tienen establecidos programas de reparación económica por los daños que puedan sufrir las personas que se vacunen, posibilidad que ha sido recomendada también en España¹¹. La principal justificación ética de los programas coercitivos es el interés de la colectividad^{12,13}. Los programas no obligatorios encuentran su fundamentación ética en los derechos de las personas y en el principio de responsabilidad de Hans Jonas¹⁴: responsabilidad de cuidado de los padres para con sus hijos necesitados de protección, que les hace asumir la obligación de presarles los mejores cuidados posibles y por tanto la “responsabilidad moral” de vacunarlos, ya que esta práctica ha demostrado sobradamente su seguridad y eficacia, y por otra parte, responsabilidad de los poderes públicos para con la comunidad de informar sobre y gestionar adecuadamente, los programas vacunales.

Lo que dicen la deontología y la ética médicas

Ya hemos visto como en España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial de vacunación, aunque la ley 26/2015 de protección de la infancia y la adolescencia ha venido a matizar y modular esta capacidad; con esa ley en la mano, puede haber constantes enfrentamientos entre padres y médicos cuya única solución sería judicial. Los médicos y sobre todo pediatras deben tener un papel esencial en la decisión de los padres. El respeto a la autonomía no exime de argumentar e intentar persuadir para conseguir actitudes y decisiones saludables para los niños. Esta es la principal obligación ético-deontológica de los médicos en este asunto. Se debe ir más allá del: “yo ya le informé de todo, ahora decida, la responsabilidad es suya”. El médico debe hacer un esfuerzo para entender las motivaciones de los pacientes y de sus familias en el caso de los niños, sus preferencias y sus valores. Es preciso recordar que el deber de los médicos, reflejado en varios artículos del Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española (OMC), obliga a emplear todos los medios necesarios y disponibles para preservar la salud, no prescribir medicamentos o no emplear procedimientos ni hacer recomendaciones que no estén basados en la evidencia científica o en la eficacia clínica basada en la experiencia. Hacer lo contrario vulneraría el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia.

Código de Deontología Médica (CDM)¹⁵

Artículo 5

1. La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.

Artículo 12

2. El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Artículo 21

1. El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica.

Artículo 25

1. Todo médico, cualquiera que sea su actividad profesional, deberá atender también los aspectos preventivos y educativos. En la promoción de hábitos de vida saludable colaborará con las autoridades sanitarias, los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.
2. El médico debe ofrecer consejos leales y competentes al paciente para que éste asuma sus responsabilidades en materia de salud, incluyendo la higiene y la promoción de actividades preventivas de valor probado. Le informará del riesgo que ciertos hábitos pueden significar para su salud.
3. La promoción de actividades preventivas sólo es deontológicamente correcta cuando tienen un valor científico probado.

Artículo 26

1. El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.

Conclusiones

La reciente Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC¹⁶, resume perfectamente en sus conclusiones todo lo desarrollado más arriba:

- *Primera*. Los poderes públicos siguiendo el mandato constitucional deben poner al servicio de los médicos y de la

población todas aquellas vacunas que han demostrado fehacientemente su efectividad, seguridad y eficacia.

- *Segunda.* Los médicos tienen el deber deontológico de promover la vacunación universal en aquellas enfermedades en que dicha vacunación se ha demostrado como de probada efectividad, seguridad y eficacia.
 - *Tercera.* La existencia de un calendario vacunal común refuerza la confianza sanitaria y social en las vacunas.
 - *Cuarta.* El médico debe recordar siempre que es garante de la salud e integridad del paciente menor de edad y del mayor beneficio para el menor, ante situaciones en que se ponga en riesgo su salud.
 - *Quinta.* La Ética y la Deontología señalan que los colegas médicos que públicamente o incluso en el ejercicio personal de la profesión, desaconsejen las vacunaciones indicadas en el calendario oficial, sin concurrencia de contraindicación justificada, vulneran las normas del CDM y como consecuencia pueden considerarse actuaciones profesionales de praxis, cuanto menos inadecuadas y, en ocasiones, peligrosas.
5. Comité Asesor de vacunas y Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría. Posicionamiento sobre una vacunación infantil responsable por parte de los padres o tutores. 8 de junio de 2015. Disponible en: http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/posicionamiento-vacunacion-responsable-cav_cbioetica.pdf (acceso: 12-03-2016).
 6. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario común de vacunación infantil. Actualización recomendada en julio de 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2015_ActualizJulio2015.pdf (acceso: 12-03-2016).
 7. Bellver Capella V. Vacunas: Derecho y... ¿obligación? *Rev ROL Enferm.* 2015;38(10):658-67.
 8. Comité de Bioética de España. Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. Madrid, 19 de enero de 2016.
 9. Martinelli D, Tafuri S, Fortunato F, Cozza V, Germinario CA, Prato R. Are we ready to abrogate compulsory vaccinations for children? *Hum Vaccin Immunother.* 2015;11(1):146-9.
 10. Di Pietro ML, Refolo P, González-Melado FJ. Sobre la "responsabilidad" de la vacunación. *Cuad Bioet.* 2012;23(78):323-36.
 11. Tuells J. Razones para un programa de compensación de daños por acontecimientos adversos relacionados con las vacunas en España. *Med Clin (Barc).* 2013;140(12):554-7.
 12. Lantos DJ, Jackson MA. Vaccine mandate are justifiable because we are all in this together. *Am J Bioeth.* 2013;13(9):1-2.
 13. Flanigan J. A defense of compulsory vaccination. *HEC Forum.* 2014;26(1):5-25.
 14. Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para una civilización tecnológica.* Barcelona. Herder, 2008.
 15. Organización Médica Colegial española. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica (2011).* Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2.pdf (acceso: 16-03-2016).
 16. Organización Médica Colegial española. Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre "La vacunación pediátrica". Madrid, 8 de febrero de 2016. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion_ccd_vacunacion_pediatri-ca_08_02_16.pdf (acceso: 16-03-2016).

Bibliografía

1. Diario "El País". 5 de junio de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/06/05/catalunya/1433508112_300915.html (acceso: 10-03-2016).
2. Gostin LO. Law, ethics and public health in the vaccination debates: politics of the measles outbreak. *JAMA.* 2015;313(11):1099-100.
3. Ortigosa L. ¿Por qué están reemergiendo en Canarias brotes de enfermedades prevenibles por vacunas? *Canarias pediátrica.* 2012;13(2):77-82.
4. Moran M, Everhart K, Lucas M, Prickett E, Morgan A. Why are anti-vaccine message so persuasive? A content analysis of anti-vaccine web sites to inform the development of vaccine promotion strategies [329083]. American Public Health Association's Annual Meeting. Chicago (USA) October 31-November 04, 2015. Disponible en: <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Paper329083.html> (acceso: 23-03-2016).