



Universitat Autònoma
de Barcelona

EL CARÁCTER VOLUNTARIO DE LA VACUNACIÓN

ANÁLISIS DEL MARCO JURÍDICO Y JURISPRUDENCIAL DE LAS VACUNAS

Maria Mora Moreno

Facultad de Derecho

Curso 2019 – 2020

Cuarto curso

Tutora: Patricia Gonzalez Prado

Universidad Autónoma de Barcelona

18 de mayo de 2020

“Al echar la vista atrás en un día como hoy para recordar la erradicación de la viruela, vemos lo que se puede lograr cuando las naciones se unen para enfrentarse a un enemigo común.

El legado de ese éxito no fue solo la erradicación de la enfermedad sino la demostración de que, cuando el mundo se une, todo es posible. Si se quiere, hay un camino.”

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Rueda de prensa sobre la COVID-19 de 8 de mayo de 2020

RESUMEN.

A pesar de que la vacunación ha permitido erradicar numerosas epidemias desde su invención, en la actualidad se encuentra en auge el debate social sobre la efectividad y eficiencia de las vacunas a causa de una corriente de pensamiento heterogéneo que cuestiona varios y diversos aspectos, entre ellos, la seguridad o la eficacia de las vacunas. Las personas que comparten esta corriente no se vacunan ni ellas mismas ni a las personas que de ellas dependen.

El miedo de los gobiernos, autoridades sanitarias y algunos espacios académicos a que desciendan las coberturas vacunales y que ello pueda repercutir en la sociedad, apareciendo enfermedades que se consideraban erradicadas, como el sarampión, hace que se establezca un nuevo debate social: ¿sería conveniente implantar la vacunación obligatoria?

El presente trabajo pretende indagar sobre las posibles respuestas a esta pregunta, analizando la evolución del marco normativo regulatorio de la vacunación y diversos pronunciamientos judiciales, permitiendo a cada individuo formarse una opinión fundamentada sobre si las vacunas deben seguir gozando de un carácter voluntario o, por el contrario, deberían ser obligatorias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
Objetivos del Trabajo.....	1
Estructura y metodología.....	3
1. LA EVOLUCIÓN DEL USO DE VACUNAS EN ESPAÑA.....	5
2. EL MARCO NORMATIVO	9
2.1 La regulación e iniciativas en el ámbito de la Unión Europea	9
2.2 La regulación en España.....	11
3. ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO	18
3.1. Análisis del contexto. Algunos estudios realizados.....	18
3.2. La regulación de las vacunas en Francia.....	22
3.3. La regulación de las vacunas en Italia.....	26
3.4. La regulación de las vacunas en Alemania.....	29
3.5. Otros hechos remarcables.....	31
4. ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA	32
4.1. El acceso a los centros de enseñanza.	32
4.2. Madres y padres con opiniones divergentes.....	33
5. CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA.....	41
APÉNDICE.	44

INTRODUCCIÓN.

El presente Trabajo de Fin de Grado es el resultado de la cercana finalización de los estudios del grado de Derecho en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Como dijo Samuel Johnson, “La curiosidad es una de las más permanentes y seguras características de una vigorosa inteligencia”¹, y justamente en la curiosidad se basa la elección de la temática del presente trabajo, ya que proviene del interés personal que muchos podemos tener sobre la regulación de las vacunas en España a raíz de la aparición de enfermedades que creíamos erradicadas.

No obstante, mi intención no es hacer un trabajo basándome únicamente en el derecho positivo, sino que pretendo ampliar mis conocimientos en la rama de la Filosofía del Derecho (rama que se trata superficialmente en el grado de Derecho), estudiando la materia del trabajo como si de un debate se tratase, viendo los diferentes puntos de vista, no solo de la sociedad, que se plasma en la normativa de diversos países, sino también en los tribunales, en los que se obtienen valiosos pronunciamientos sobre la materia.

Mi intención es conocer el por qué la vacunación es voluntaria y no se impone con carácter obligatorio en España, así como la regulación e iniciativas de los organismos públicos, tanto a nivel nacional como de la Unión Europea.

Comprender y estudiar diversa normativa, pronunciamientos judiciales y artículos de investigación me ha permitido ampliar mi conocimiento sobre cómo se regulan las vacunas y, sobre todo, comprender el por qué la vacunación en España es voluntaria.

Objetivos del Trabajo.

Los objetivos de la realización del trabajo son esencialmente los que se exponen a continuación:

¹ Escritor e intelectual británico del siglo XVIII.

En primer lugar, realizar un análisis de las diferentes regulaciones posibles de las vacunas, tanto indagando en la regulación la Unión Europea, como de forma más concreta, en la regulación existente en España, Francia, Italia y Alemania.

Estos cuatro países sobre los que realizaré un estudio comparado de Derecho no son escogidos al azar. Francia es el país con el mayor índice de desconfianza alrededor de la eficacia y seguridad de las vacunas de la Unión Europea, por lo que resulta de interés advertir como ha reaccionado el Poder Legislativo ante tal desconfianza. Por otro lado, Italia fue el primer país de la Unión Europea en imponer la vacunación y, además, las autoridades competentes realizan un control de la población para cerciorarse de que la población se ha vacunado. Por último, el interés en Alemania radica en que el ordenamiento no establece una obligación legal de vacunarse, sin embargo, la normativa contempla sanciones para aquellos progenitores y progenitoras que se nieguen a recibir información sobre la vacunación.

Con el análisis del marco legislativo de los países mencionados pretendo comprobar, basándome en los estudios que se han realizado, si la imposición de la vacunación puede suponer un incremento de las coberturas vacunales, o si la mera imposición de las vacunas, sin otras medidas complementarias, no originan un cambio remarcable en la cobertura vacunal.

El segundo objetivo consiste en examinar conflictos de derecho que han llegado a los Juzgados y Tribunales para analizar las resoluciones que dictan aplicando las normas del ordenamiento español.

Por ejemplo, conocer cómo podría resolver un tribunal si se impide la matriculación de un niño o niña en un centro escolar por no haberse administrado alguna vacuna o en el supuesto en que el padre y la madre no estén de acuerdo sobre vacunar o no a sus hijos e hijas.

Por último, el trabajo persigue dar contexto al debate que vuelve a estar presente en la actualidad sobre el carácter voluntario de la vacunación, informando y analizando diversa normativa y cómo se aplica ésta en los tribunales. Siguiendo este fin, el

trabajo también recoge regulación y pronunciamientos judiciales de otros países de modo que se pueda obtener una visión más globalizada de la materia.

Estructura y metodología.

Para alcanzar los objetivos descritos anteriormente el trabajo se estructura principalmente en dos partes.

La primera parte consiste en el análisis del marco legislativo, examinando cómo se regula el carácter voluntario u obligatorio de la vacunación. También se examina la normativa de algunos países que nos rodean, permitiendo comparar la regulación que hay en cada país. En un ámbito más práctico, se recogen algunos pronunciamientos judiciales que han sido de considerable transcendencia en estos países o que han repercutido en la prensa española por su carácter “antagónico” a la normativa que hay en España. Por último, se estudia el cómo debe otorgarse el consentimiento para vacunar a una persona menor de edad, así como cuando el consentimiento no es necesario porque la vacunación es impuesta por las Administraciones Públicas.

La segunda parte, con intención de examinar como se aplican los conceptos de la parte anterior, se centra en el análisis jurisprudencial de diversos autos y sentencias españolas. Se hace hincapié en los conflictos de derecho que pueden aparecer, como es el acceso a la educación de las personas menores de edad no vacunadas o el pronunciamiento de los tribunales cuando las madres y padres tienen divergencia de opiniones sobre vacunar o no a sus hijos e hijas.

En cuanto a la metodología utilizada, la primera parte se ha basado esencialmente en el análisis crítico de las leyes españolas, francesas, italianas y alemanas. Para complementar el marco normativo se ha requerido de otras fuentes en las que encontrar análisis de la normativa y jurisprudencia, facilitando la comprensión y situando el ámbito de aplicación de la normativa.

La metodología utilizada en la segunda parte ha consistido en la localización de diversa jurisprudencia de interés relacionada con la materia del trabajo, así como la

lectura de artículos periodísticos para conocer los asuntos jurisdiccionales que han podido resultar más impactantes a la población española.

Por último, para profundizar en diversos ítems que se tratan en el trabajo se ha realizado una entrevista al presidente de la Asociación Española de Vacunología, el doctor Amos José García Rojas. El doctor García Rojas también es el jefe de sección de epidemiología y prevención del servicio canario de salud, lo que conlleva que en estos momentos² este muy ocupado, por lo que quiero agradecerle el tiempo que ha dedicado a colaborar en este trabajo.

A causa de la situación de excepcionalidad que hemos vivido estas semanas por la pandemia de la COVID-19, un virus altamente contagioso, resulta indispensable incidir en cómo podría ser de aplicación lo estudiado en el presente trabajo a esta situación concreta y analizar si sería posible y necesario imponer la vacunación, de esta existir.

Finalmente, en las conclusiones se verifica si se han alcanzado los objetivos planteados y se sintetiza la información recogida durante el trabajo que permite comprender el contexto actual de la regulación de la vacunación y poder conocer sus particularidades fundamentándonos en la normativa y los pronunciamientos judiciales.

² El Gobierno de España declaró el 14 de marzo el estado de alarma aprobando el Real Decreto 463/2020, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

1. LA EVOLUCIÓN DEL USO DE VACUNAS EN ESPAÑA.

Con anterioridad a la creación de las vacunas ya se experimentaba con algunos métodos para prevenir enfermedades y, en concreto, para prevenir la viruela. El primer método conocido es el variolización³. Este método era utilizado por la medicina tradicional china ya en el siglo X y prevenía la viruela mediante la insuflación de costras pulverizadas de la última fase de la viruela que otro paciente padecía en la cavidad nasal de una persona de corta edad sana.

En 1796, durante una epidemia de viruela, el cirujano Edward Jenner (1749-1823) publica en Inglaterra la obra *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae*, que recoge el resultado de veintiocho años de investigación sobre la inoculación (control biológico) de la viruela: basándose en la observación empírica⁴, Edward Jenner descubrió que las personas que con anterioridad habían sido infectadas por la viruela del ganado (denominada *cowpox*) no se infectaban con posterioridad de la viruela humana, es decir, se habían hecho inmunes⁵. Al método jenneriano se le denominó vacuna y, en consecuencia, Edward Jenner es considerado mundialmente como el padre de la vacunación⁶.

España fue uno de los primeros países en utilizar las vacunas gracias a Francisco Piguillem y Verdaguer (1770-1826), un médico y académico de Barcelona, que el 3 de diciembre de 1800 vacunó por primera vez a tres niños en Puigcerdá⁷. No

³ TUELLS, José. “La introducción de la variolización en Europa”, **Asociación Española de Vacunología (AEV)**, (2006), en <https://www.vacunas.org/la-introduccion-de-la-variolizacion-en-europa-histp/>.

⁴ Observó que las personas que habían sufrido la viruela de las vacas, cuando recibían el pus procedente de un varioloso, no presentaban ningún síntoma o, como mucho, un ligero enrojecimiento de la piel. RIERA PALMERO, Juan, “La introducción de la vacuna jenneriana en España”, **Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid** (2 de abril de 2015), núm. 52, p. 191-213, en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530825>.

⁵ En Berkeley, su ciudad natal, el 14 de mayo de 1796 procedió a la primera inoculación experimental en el cuerpo de James Phipps, que era menor de edad. Usó para ello linfa procedente del brazo de una lechera afecta de *cowpox*. El 1 de junio, inoculó a James Phipps pus de viruela humana y pudo comprobar la total inmunidad del paciente “vacunado” (RIERA PALMERO, “La introducción de la vacuna jenneriana en España”).

⁶ PASTOR GALLARDO, Francisco Javier y cols., “Historia de las vacunas”, **Asociación de Enfermería Comunitaria** (2019), en:

<http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas>.

⁷ DURO TORRIJOS, José Luis; TURELLS, José. “La duda vacunal en España (1801). Ruiz de Luzuriaga en defensa de la vacunación”. **Revista de la Salud Pública** (13 de febrero de 2020), p. 1-10.

obstante, la utilización de las vacunas no fue uniforme. Al ser un método preventivo y no curativo la población se mostraba reticente a su uso. Otro factor interviniente en el uso heterogéneo de la vacunación fue la carencia organizativa y administrativa en la distribución de las vacunas por el territorio español.

La viruela era una enfermedad frecuente y mortal a principios del siglo XIX, con una tasa de mortalidad del 30%⁸. La firme voluntad de garantizar la vacunación de la viruela para disminuir la mortalidad se ve reflejada en la Ley sobre el Servicio General de Sanidad, de 28 de noviembre de 1855, que supone un punto de inflexión. Esta Ley establecía que “*los Ayuntamientos, los delegados de medicina y cirugía y las Juntas de Sanidad y Beneficencia tienen estrecha obligación de cuidar de que sean vacunados oportuna y debidamente todos los niños*”⁹ y, en el mismo sentido, se confiaba a los Gobernadores civiles velar por que “*sean inoculados gratuitamente los niños de padres pobres*”¹⁰.

A causa del gran riesgo que para la población seguía suponiendo la epidemia de la viruela, por la que a principios del siglo XX fallecían más de 6.000 personas al año¹¹, se aprueba el Real Decreto sobre vacunación obligatoria y medios de extinción de la viruela de 1903, con propósito de que se incrementara la cobertura de la vacuna contra la viruela. Se debe remarcar que el nombre del Real Decreto puede llevar a confusión, ya que esta norma no obligaba a la vacunación, sino que la recomendaba. Posteriormente, en 1921, durante la dictadura de Primo de Rivera, la Asamblea del Cuerpo de Sanidad¹² declara la obligatoriedad de la inmunización contra la viruela invocando el interés para la salud pública, bajo sanciones económicas y penales a quien se negase a vacunar a sus hijos e hijas en épocas de

⁸ DE LA FIGUERA VON WICHMANN, Enrique, **Las enfermedades más frecuentes a principios del siglo XIX y sus tratamientos** (2012), p. 159.

⁹ Artículo 99.

¹⁰ Artículo 100.

¹¹ Según los datos publicados por el Anuario del Instituto Nacional de Estadística (AINE).

¹² Anterior Cuerpo de Sanidad Marítima. Regulado en el Reglamento de Sanidad exterior RD 27/10/1899. Para más información véase “**El Siglo Médico 1899**” (2000), núm. 46, p. 746-50, 761-5, 779-82, 795-8, 810-3 y 828-30.

epidemias¹³. La desaparición de la viruela se logró en 1954, a excepción de un brote ocurrido en Madrid en 1961 a causa de un caso proveniente de la India.

El 8 de mayo de 1980, tras la aparición del último caso de viruela a nivel mundial en 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la erradicación de la enfermedad durante la XXXIII Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra¹⁴.

En cuanto a otras enfermedades, la difteria también azotó a la población española durante el siglo XX, por ello, en 1944, durante la dictadura de Francisco Franco, se declaró la obligatoriedad de la vacunación de esta enfermedad en interés de la salud pública por la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944. Como indica el título preliminar de la citada ley: “*Para el logro de la salud y el fortalecimiento de los ciudadanos, así como el mejoramiento físico del pueblo español, el Estado podrá imponer obligaciones y limitaciones especiales. Por tanto, en los casos y las condiciones que prevengan las leyes y reglamentos podrá ordenarse con carácter obligatorio las vacunaciones (...)*”. En 1965, la vacuna de la difteria pasó a ser una recomendación¹⁵.

Para tratar la poliomielitis (comúnmente conocida como “polio”), entre 1959 y 1963 se administró la vacuna de la polio inactivada (VPI) de forma gratuita a los niños y niñas menores de edad de las familias con menos recursos económicos, ya que eran las personas más propensas a padecer la enfermedad¹⁶. A causa de la baja disponibilidad de vacunas la cobertura fue insuficiente, pero en 1963, al comenzar a utilizar la vacuna oral atenuada (VPO) se alcanzaron unas coberturas muy altas¹⁷.

¹³ ALBÓS JJ, *Tratado de las enfermedades infecciosas en la infancia*, Barcelona: Ed. Científico-Médica, 1955, p. 169 – 181.

¹⁴ Asamblea Mundial de la Salud, 30, Erradicación de la viruela, (1977), Organización Mundial de la Salud, en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/105509>

¹⁵ SÁENZ, MC, VALERO, LF, **Calendarios vacunales (enfermedades sometidas a inmunoprevención)**, en: Medicina Preventiva y Salud Pública (10^a Ed), Piérola Gil (Ed.), Barcelona: 2001, p. 445 – 454.

¹⁶ La poliomielitis es una enfermedad infecciosa que se tramite principalmente por vía fecal-oral, por lo que en aquellas zonas en las que no era posible el mantenimiento de una óptima higiene la polio se propagaba con más facilidad.

¹⁷ RUIZ CONTRERAS, J., HERNÁNDEZ MERINO, A., “Vacunas antipoliomielíticas: VPI frente a VPO”, *Anales de Pediatría, Asociación Española de Pediatría*, vol. 58, núm. S5 (junio 2003), p. 12-17, en: <https://analesdepediatria.org/es-vacunas-antipoliomieliticas-vpi-frente-vpo-articulo-13048833>.

En 1965 se añadieron las vacunas de la difteria, el tétanos y la tosferina. Estas intervenciones obtuvieron tanto éxito que se decidió que se realizarían dos intervenciones anuales para combatir estas enfermedades.

El descubrimiento de la vacunación oral e inactivada contra la polio y su uso masivo para combatir la enfermedad originó los programas de vacunación, que ya en su inicio estaban dirigidos a la población infantil, con el objetivo de lograr la inmunidad de la población y poder controlar las infecciones.

El Doctor Pumarola, en 1973, aconseja un “Plan de vacunación continuada de la población infantil de Barcelona”¹⁸ y, a causa del éxito de este plan, se confirma la idoneidad de crear un calendario nacional de vacunación, el cual se consigue implantar en 1975. Desde entonces, las últimas modificaciones del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) han tenido lugar en 2015 y 2017, en las que se incorporaron la vacuna antineumocócica a los 2, 4 y 12 meses de edad, la vacuna de la varicela a los 12-15 meses y a los 3-4 años y la pauta 2+1 con hexavalentes más 1 dosis de poliomielitis a los 6 años¹⁹.

No obstante, estas no serán las últimas modificaciones, ya que los calendarios de vacunación deben incluir las vacunas de nueva creación y deben amoldarse a los posibles cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades, es decir, deben evolucionar adaptándose a las nuevas realidades (ÁLVAREZ GARCÍA, 2014).

En busca de una mejor adaptación a la cambiante realidad, la Asociación Española de Pediatría tiene como objetivo prioritario la consecución de un calendario único de vacunación para todas las Comunidades Autónomas (que hacen sus propios calendarios de vacunación basándose en el propuesto por el CISNS), manteniendo así el principio de racionalidad y el principio de igualdad en la prevención de la salud.

¹⁸ PUMAROLA BUSQUETS, Agustín y col., “Anales españoles de pediatría”, *Asociación Española de Pediatría (AEP)*, Vol. 7, Número Extraordinario 1 (1974), p. 97-114.

¹⁹ ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco José y col., **Manual de vacunas en línea de la AEP** (2014), sección II, capítulo 7, punto 1.

2. EL MARCO NORMATIVO.

2.1 La regulación e iniciativas en el ámbito de la Unión Europea.

A pesar de que la regulación normativa sobre las vacunas es competencia de las autoridades nacionales, diferentes organismos de la Unión Europea (UE), así como otros organismos supranacionales (la OMS, por ejemplo), elaboran políticas orientadas a la implementación de las vacunas y a coordinar las políticas y programas de vacunación de los diferentes Estados miembros de la UE²⁰.

En diciembre de 2018, el Consejo adoptó la Recomendación (2018/C 466/01)²¹ para reforzar la cooperación en materia de enfermedades prevenibles mediante vacunación. La iniciativa tiene por objeto hacer frente a la reticencia a la vacunación, apoyar la investigación y la innovación y mejorar la coordinación respecto a la adquisición de las vacunas. El punto 5 de la citada Recomendación dice así: “*La propagación rápida de desinformación por los medios sociales y por energéticos activistas antivacunas (para conocer algunos argumentos de los activistas antivacunas en España, consultar el Apéndice 2) ha alimentado ideas equivocadas que desvían la atención pública de los beneficios individuales y colectivos de la vacunación, así como de los riesgos que plantean las enfermedades transmisibles, incrementando la desconfianza y el temor a unos acontecimientos adversos no demostrados. Es preciso adoptar medidas que refuerzen el diálogo con los ciudadanos, que permitan comprender sus inquietudes y dudas legítimas sobre la vacunación y que resuelvan adecuadamente estas cuestiones sobre la base de las necesidades individuales*”.

Asimismo, la Comisión Europea está altamente implicada en promover el aumento de la cobertura de las vacunas en los diferentes países que integran la Unión Europea. Un ejemplo de la implicación de la Comisión Europea es la preparación

²⁰Información extraída de: apartado de “Salud pública” de la web oficial de la Unión Europea. Véase en https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_es.

²¹ Recomendación del Consejo de la Unión Europea (2018/C 466/01), de 7 de diciembre de 2018, sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación.

de una acción conjunta sobre vacunación, cofinanciada por el Programa de Salud de la UE y dotada con 449,4 millones de euros²².

De esta información se puede desprender que desde los organismos de la UE se anima a los países a introducir controles sistemáticos de la situación e iniciativas para incrementar las coberturas vacunales.

Por lo que se refiere al Derecho Comunitario, el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) dispone que:

“Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

Posteriormente, añade:

“La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica”.

De forma equivalente se pronuncia el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea al indicar que:

“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria conforme a las condiciones establecidas en las disposiciones nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

A través del Reglamento (CE) nº 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, se crea el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) como respuesta de la UE ante el compromiso de proteger y mejorar la salud de la población. A través del ECDC la Unión puede dar respuestas rápidas y contar con una autoridad experta a nivel central que permite monitorizar de forma eficiente la evolución de las enfermedades y sus factores de

²² Comisión Europea, “Programa de Salud de la UE 2014-2020”. Véase en la página web de la Comisión Europea: https://ec.europa.eu/health/funding/programme_es

riesgo, ofreciendo información para las posteriores actuaciones en la salud pública y brindando el soporte técnico necesario para hacer posible una respuesta coordinada en el caso de situaciones epidémicas²³. No obstante, la eficacia y eficiencia del ECDC no ha podido confirmarse hasta el momento, ya que, en la historia reciente no ha acontecido un número significativo de epidemias que nos permitan observar la actuación del ECDC ante estos casos.

2.2 La regulación en España.

2.2.1. La vacunación obligatoria.

La vacunación en España es de carácter voluntario y desde su invención solo ha habido dos vacunas obligatorias a nivel estatal: la vacuna de la viruela (1921) y la de la difteria (1944). En vista de la gran mortalidad que estaban causado estas dos epidemias, se decidió que estas vacunas debían ser obligatorias invocando el interés de la salud pública.

Supuestos en los que es posible imponer la vacunación.

A pesar de que la cobertura de las vacunas es elevada en España, hay determinadas situaciones que permiten a los poderes públicos competentes imponer la vacunación (fundamentalmente en caso de epidemias).

Las potestades administrativas que justifican estas medidas de privación o restricción de la libertad o de otros derechos fundamentales de los ciudadanos y ciudadanas se encuentran legitimadas por el artículo 43 de la Constitución que, tras reconocer el derecho a la salud, en el segundo apartado manifiesta que “*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*”.

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía se ha pronunciado, en Sentencia de 22 de julio de 2013, sobre el artículo 43 de la CE: “*fácilmente se comprende que la exigencia de vacunación de la población infantil forma parte de las medidas*

²³ Para más información consultar la web oficial de la UE, apartado de la Comisión Europea. Véase en: https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/overview_es.

preventivas a las que se refiere la Norma Suprema porque con ello se está dando respuesta cabal por la Administración al derecho constitucional a la protección de la salud”.

El artículo 149.1.16 de la Constitución atribuye competencia al Estado para aplicar las bases y coordinación general de la sanidad del Estado (en el que se incluyen las potestades del artículo 43 CE). No obstante, el artículo 148.1.21 de la Constitución atribuye competencia a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad e higiene por lo que, las Administraciones autonómicas podrán solicitar al Juzgado la autorización (o posterior ratificación) para la imposición de la vacunación obligatoria cuando se cumplan las previsiones legales.

La Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de estados de alarma, excepción y sitio²⁴, permite imponer en determinados casos la obligatoriedad de las vacunas. El artículo 4 de la Ley expone:

“El Gobierno, en uso de las facultades que le otorga el artículo 116.2 de la Constitución, podrá declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzca alguna de las siguientes alteraciones graves de la normalidad: (...) b) “crisis sanitarias, tales como las epidemias”.

Una vez el Gobierno declara el estado de alarma por una crisis sanitaria, el artículo 12 de la misma Ley indica:

“La autoridad competente podrá adoptar por sí, según los casos, además de las medidas previstas en los artículos anteriores, las establecidas en las normas para la lucha contra las enfermedades infecciosas”.

Dentro de la normativa sanitaria, 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, permite, en su artículo único, que Gobierno pueda declarar obligatorias las

²⁴ Solo se ha aplicado dos veces en la historia de nuestro Derecho: con la aprobación del Real Decreto 1673/2010, de 4 de diciembre, por el que se declara el estado de alarma para la normalización del servicio público esencial del transporte aéreo, con ocasión de la huelga de controladores aéreos de diciembre de 2010 y más recientemente, con la aprobación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

vacunas contra la viruela y la difteria, así como las vacunas de todas las demás infecciones (siempre que la vacuna no suponga un peligro sustancial), cuando se juzgue conveniente “*por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible*”.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, parte de un principio de voluntariedad en las actuaciones de salud pública. Así, en su artículo 5.2, establece que la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, a no ser que se aplique lo previsto en la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que en su artículo 1 indica:

“Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad”.

A continuación, el artículo 2 permite a las autoridades sanitarias competentes adoptar “*medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control*” cuando se puedan apreciar “*indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria (...)*”.

Por último, en al artículo 3 establece 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”.

Si analizamos la terminología utilizada en estas previsiones legales, se advierte que los conceptos jurídicos indeterminados son abundantes, no obstante, se puede afirmar que es plausible imponer la vacunación obligatoria en caso de epidemia, siempre que exista un riesgo colectivo para la salud pública (sin haber definición legal de “riesgo colectivo”). En estos casos, el principio general de voluntariedad

en la vacunación que impera en el Derecho Español se vería desplazado por el interés superior de la salud pública.

A pesar de la normativa existente que permite a las Administraciones Públicas imponer la vacunación obligatoria, según el doctor García Rojas, las coberturas vacunales son tan elevadas en España (estando todas por encima del 95%) que no sería necesario imponer ninguna vacunación, ya que la OMS señala que para que una enfermedad sea erradicada en un territorio es suficiente con una cobertura del 95%. Ante la situación actual de excepcionalidad a causa de la COVID-19, el doctor opina que no se impondría con carácter obligatorio la vacuna de este virus porque, según explica, los sectores de la población que debería vacunarse estarían formados por las personas de riesgo, el personal sanitario y aquellas personas que estuviesen empleadas en servicios esenciales, y opina que esta sección de la población estaría dispuesta (y deseando) vacunarse al ser consciente del peligro al que se enfrentan al no utilizar este método de prevención (entrevista realizada el día 15 de abril de 2020, puede consultarse en el Apéndice 1).

El procedimiento judicial para la imposición de la vacunación obligatoria.

Son escasos los supuestos que llegan a los Juzgados y Tribunales en los que se solicita la autorización o ratificación posterior de las medidas que se quieren emplear o que se han empleado respecto a la imposición de las vacunas.

El apartado segundo del artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contenciosa-administrativa establece que “*corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen privación o restricción de la libertad o de otro de derecho fundamental*”.

Cuando se encuentra comprometido el derecho a la integridad física, el Tribunal Constitucional²⁵ expone los requisitos indispensables para que la medida empleada se encuentre constitucionalmente justificada:

²⁵ SSTC 215/1994, de 14 de julio, 220/2005, de 12 de septiembre y 67/2007, de 27 de marzo.

1. Que se persiga un fin constitucionalmente legítimo;
2. que su adopción se encuentre amparada por una norma de rango legal (principio de legalidad);
3. que sea acordada Judicialmente, pero sin descartar que la ley pueda habilitar a otros sujetos por razones de urgencia o necesidad;
4. motivación de la resolución que la acuerde; y
5. proporcionalidad de la medida de manera que el sacrificio que la medida, idónea y necesaria a los fines constitucionalmente legítimos que se pretenden, no implique un sacrificio desmedido.

A estos requisitos se añaden dos limitaciones, que operan tanto cuando la imposición de la vacunación es por vía judicial como por vía legislativa:

6. La ejecución de tales intervenciones corporales se habrá de efectuar por personal sanitario;
7. la práctica de la intervención se ha de llevar a cabo con respeto a la dignidad de la persona, sin que pueda en ningún caso constituir un trato inhumano o degradante, aspectos éstos sobre los que pesa una prohibición absoluta (artículos 10.1 y 15 CE).

Un caso conocido en el que el juzgado impone la vacunación obligatoria es el ocurrido en 2010 ante un brote de sarampión en el barrio del Albaicín de Granada, en el que un juez dictaminó (Auto del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo, número 5 de Granada, de 24 de noviembre de 2010) la obligación de la vacuna triple vírica a aquellos niños y niñas que no estuviesen vacunados, ya fuese porque habían manifestado expresamente su negación a vacunarse o por haber ignorado el requerimiento de las autoridades sanitarias. El Auto judicial argumenta lo siguiente:

“Entendemos que no suscita debate que la medida solicitada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía persigue un fin constitucionalmente legítimo; que su adopción se encuentra amparada por una norma de rango legal; y que existe proporcionalidad de la medida de manera que es idónea y necesaria a los fines constitucionalmente legítimos que se pretenden, sin implicar un sacrificio desmedido (...).”

El Auto seguidamente indica dónde se realizará la vacunación de los niños y niñas que no estén vacunados de sarampión y las autoridades intervinientes en caso de que tal obligación se incumpla: “*(...) debiendo llevarse a cabo la vacunación en el Colegio Público, en el Centro de Salud o en el domicilio de los menores, por personal sanitario especializado, sin que pueda en ningún caso constituir, por la forma de realizarla, un trato inhumano o degradante, pudiendo la Autoridad Sanitaria requerir el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, si fuere necesario, debiendo dar cuenta a este Jugado, la Administración actuante, de la diligencia (...)*”.

2.2.2. El consentimiento en el tratamiento médico de las personas menores de edad.

En cuanto al régimen jurídico de la vacunación de las personas menores de edad, en España está sometida a las mismas normas jurídicas que la vacunación de una persona adulta, pero la persona menor de edad no tiene plena capacidad jurídica, de modo que deben consentir la vacunación sus progenitores o quién ostente la patria potestad, es decir, el consentimiento se confiere “por sustitución” o “por representación”.

Esto comporta que la negativa de las personas que ostentan la patria potestad a vacunar a la persona menor de edad pueda implicar un conflicto entre el derecho de los padres y madres a la crianza de sus hijos e hijas según sus valores y creencias y el interés general, al poner en riesgo la inmunidad personal y la de grupo²⁶.

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 fue reformada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia, incorporando los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento sustutivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre las personas menores de edad en caso de riesgo

²⁶ TOLOSA TRIBIÑO, César, “El derecho a la salud y la vacunación en España y en el Derecho comparado”, **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**, nº 135 (18 de diciembre de 2018), p. 324-330.

grave. Esta Circular pone de manifiesto en las conclusiones la necesidad de introducir el criterio subjetivo de madurez de la persona menor de edad junto al objetivo (basado en la edad), para tener presente no solo la edad de la persona menor de edad, sino también su madurez, a la hora de otorgar el consentimiento en los tratamientos médicos.

Se añade un apartado cuarto al artículo 9 de la Ley 41/2002 aplicable a los menores emancipados o mayores de 16 años, indicando que en estos supuestos no cabe el consentimiento por representación, a excepción de que se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o la salud de la persona menor de edad.

También se añade un apartado sexto al artículo 9 de la Ley en el que se remarca que el consentimiento otorgado por quien ostente la patria potestad debe adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud y, en caso contrario, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que adopte la resolución correspondiente.

La nueva regulación introducida por la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia ha creado dudas sobre si es posible imponer la vacunación basándose en el interés superior de la persona menor de edad, limitando el ejercicio de la patria potestad.

Sobre esto se ha pronunciado el Tribunal Constitucional en Sentencia 141/2000, de 29 de mayo:

“(...) la tutela y protección de los derechos fundamentales del menor de edad corresponde, no única y exclusivamente a aquellos que tienen atribuida su patria potestad, sino también a los poderes públicos. Sobre éstos, y muy en especial sobre los órganos judiciales, pesa el deber de velar por que el ejercicio de la patria potestad por sus padres o tutores, o por quienes tengan atribuida su protección y defensa, se haga en interés del menor, y no al servicio de otros intereses, que por muy lícitos y respetables que puedan ser, deben postergarse ante el superior del niño”.

Entonces, sería posible, según el informe emitido en 2016 por el Comité de Bioética de España²⁷, a tenor del artículo 9, apartado 6, de la Ley de Autonomía del Paciente y siguiendo el criterio de la Fiscalía General del Estado en su Circular 1/2012, imponer la obligación de vacunar a la persona menor de edad por su interés superior en aquellos casos en que; (i) las personas que ostenten la patria potestad exteriorizaran la negativa de vacunar al niño o niña menor de edad ante la administración o personal sanitario y que (ii) dicha negativa suponga un riesgo para la salud de la persona menor de edad. A modo de ejemplo y aproximándonos a la situación actual de la pandemia por la COVID-19, de existir la vacuna, a causa del riesgo de muerte que puede suponer este virus, sería conveniente que un niño o niña con una afectación cardiopulmonar se vacunase y, de negarse el progenitor o progenitora, se podría imponer la vacunación al niño o a la niña sin el consentimiento de éstos.

3. ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO.

3.1. Análisis del contexto. Algunos estudios realizados.

Según el informe de E. Bozzola y cols., *Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society*²⁸, en Europa los programas de inmunización de la población infantil son enormemente heterogéneos²⁹ en cuanto a las vacunas que se incluyen, las pautas de administración, las edades en las que se administran las vacunas y en los sistemas de recomendación y financiación.

²⁷ LÓPEZ, LÓPEZ, María Teresa y col., “Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario desde una perspectiva científica” **Comité de Bioética de España** (19 de enero de 2016).

Consultar en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf>.

²⁸ E. BOZZOLA y cols., “Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society”, **Italian Journal of Pediatrics**, BMC. (24 de junio de 2018), p. 44-67. Recuperado de la página web de **US National Library of Medicine, National Institutes of Health**: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001041/>.

²⁹ Según se puede extraer de los datos de *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*. Véase en a web oficial del ECDC: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>.

La vacunación obligatoria está ligada a controversias, no obstante, países como Francia e Italia han estipulado la obligatoriedad de determinadas vacunas a causa del descenso de las coberturas y la aparición de brotes de enfermedades que ya se consideraban erradicadas³⁰.

Varios estudios, como el publicado en BMJ³¹ o el publicado en el diario europeo de enfermedades infecciosas, epidemias, prevención y control, *Eurosurveillance*³², analizan si la imposición de las vacunas por vía normativa, sin la implantación de otras medidas complementarias, conduce a unas coberturas significantemente superiores. La conclusión de estas publicaciones es que la imposición de la vacunación por vía normativa no ha mostrado mejoras relevantes en aquellos países en los que ha tenido lugar, sino que es una medida a corto-medio plazo (alternativa factible solo en aquellas situaciones que requieren un aumento rápido de las coberturas vacunales) y que es necesario, con tal de conseguir una mejora sostenida en el tiempo del cumplimiento de los programas de vacunación, reducir la polarización respecto a los puntos de vista existentes, ya que pueden incidir en la confianza que dispone la población en las autoridades y profesionales sanitarios.

El proyecto VACMA (*Vaccine Media Analytics*) es un estudio europeo que se realizó en 2019 y que consiste en el análisis de una extensa cantidad de textos para conocer los motivos que llevan a determinados colectivos a desconfiar de las vacunas. Según este estudio, el país en el que hay mayor reticencia a las vacunas es Francia, en el que el 41% de las personas encuestadas dudan de la seguridad de las vacunas (la media mundial es del 12%). Otros países que muestran altos porcentajes de dudas en cuanto a la seguridad de las vacunas son Bosnia, Rusia e Italia. La

³⁰ A modo de ejemplo, recientemente han aparecido casos de sarampión en Europa, de los que la OMS ya ha alertado.

Véase en la página web de la OMS, “Preparación y respuesta ante emergencias, Sarampión-Región de Europa”: <https://www.who.int/csr/don/06-may-2019-measles-euro/es> o la noticia del eldiario.es: https://www.eldiario.es/sociedad/vacunas-sarampion-ciencia_0_897660846.html.

³¹ ARIE, SOPHIE, “Compulsory vaccination and growing measles threat”, *BMJ*, núm. 358 (20 de julio de 2017).

³² LÉVY-BRUHL, Daniel y col., “Extension of French vaccination mandates: from the recommendation of the Steering Committee of the Citizen Consultation on Vaccination to the law”, *Eurosurveillance*, núm. 23 (2018), en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930727/>.

población española, por otra parte, se sitúa entre los países que menos desconfía de la seguridad (9%), importancia (6%) y efectividad (7%) tienen hacia las vacunas.

Otros informes de gran valía son los que la Comisión Europea (CE) publica³³ de forma bienal desde 2016. Estos informes analizan el estado de la salud en la Unión Europea para proporcionar información técnica de interés con intención de facilitar el diseño de las políticas sanitarias de la UE.

En cuanto a la materia que nos ocupa, la importancia de los informes de la Comisión Europea, en concreto el informe *State of Health in the EU 2019*, es que concluye que uno de los principales problemas para la salud en la UE es la reticencia vacunal³⁴ (págs. 18-14 del informe). La solución indicada por el informe para combatir la reticencia a la vacunación es informar a la población sobre los beneficios de este método preventivo y combatir decididamente la desinformación, con la participación de los y las profesionales de la salud.

A la misma conclusión conduce el informe de la OMS “*The organization and delivery of vaccination services in the European Union (2018)*”³⁵ tras analizar la organización y prestación de servicios de vacunación en los países de la UE. Afirma que hay diferencias sustanciales en la supervisión, prestación y financiación de servicios de vacunación, incluyendo los diversos tipos de proveedores de atención médica involucrados (en algunos Estados de la UE los proveedores de las vacunas para las personas mayores de edad son los y las profesionales de las farmacias). Concluye que, a pesar de los desafíos que puede suponer la regulación de la vacunación, (i) la provisión y el financiamiento de los servicios y (ii) la falta de

³³ En colaboración con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el *European Observatory on Health Systems and Policies* (Observatorio).

³⁴ Los organismos de la UE muestran un gran interés en esta cuestión, como puede desprenderse de la Comunicación de la CE al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones para intensificar la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación; de la ya mencionada Recomendación del Consejo (2018) sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación y de la Cumbre por las Vacunas convocada por la CE en septiembre de 2019.

³⁵ Informe de la OMS para la Comisión Europea. Véase en:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-organization-and-delivery-of-vaccination-services-in-the-european-union-2018>.

información sobre las vacunas son los mayores obstáculos para incrementar las coberturas vacunales.

Por último, el estudio que más se aproxima a la materia del presente trabajo es el realizado por Sabin Vaccine Institute³⁶, “*Legislative Landscape Review. Legislative Approaches to Immunization Across the European Region*”³⁷, en el que se analiza los distintos enfoques normativos y legislativos de las vacunas en los 53 países de la región europea de la OMS. El informe remarca la gran heterogeneidad en la organización y el soporte normativo de las vacunas a causa de los diferentes escenarios políticos, económicos y sociales de los países que se analizan. Los datos del informe se clasifican en las siguientes categorías: variabilidad en los enfoques normativos; provisión y financiación públicas; monitorización de las coberturas vacunales; vigilancia y compensación de los eventos adversos; multas y sanciones; requisitos vacunales para acceder a los centros educativos; y sentencias judiciales.

Son de especial interés los datos analizados de Francia (país de la UE con el porcentaje más elevado de población de desconfianza cuanto a la efectividad y seguridad de las vacunas); Italia (país en las que las vacunas son obligatorias y las autoridades controlan la inmunización de los ciudadanos y ciudadanas) y Alemania (país en el que las vacunas no son obligatorias, pero se contemplan sanciones para aquellas personas que rechacen ser informadas sobre la vacunación).

El anexo al informe³⁸ *Sabin Vaccine Institute* refleja lo siguiente:

³⁶ *Sabin Vaccine Institute* es una entidad privada sin ánimo de lucro que radica en EE.UU. y se dedica a la promoción y desarrollo de las vacunas. Para más información, consultar su página web en <https://www.sabin.org/>.

³⁷ Consultar el informe en

https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/legislative_approaches_to_immunization_europe_sabin_0.pdf.

³⁸ Véase en https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/european_region_matrix.pdf.

TABLA 1: DATOS DEL ANEXO DEL INFORME *Legislative Landscape Review. Legislative Approaches to Immunization Across the European Region* (Parte 1).

	El derecho a la salud, ¿está recogido en la constitución o leyes básicas del país?	¿El gobierno asume la obligación de facilitar las vacunaciones de la población?	¿Son obligatorias las vacunaciones para la población?	¿Verifican los poderes públicos el cumplimiento de las vacunaciones por parte de los individuos?
FRANCIA	X	X	X	X
ITALIA	X	X	X	X
ALEMANIA			1	X
ESPAÑA	X	X		X

TABLA 2: DATOS DEL ANEXO DEL INFORME *Legislative Landscape Review. Legislative Approaches to Immunization Across the European Region* (Parte 2).

	¿Son obligatorias las vacunaciones para acceder a los centros educativos?	¿Se contemplan sanciones en caso de no cumplimiento de las vacunaciones?	¿El sistema judicial ha ratificado la obligatoriedad de las vacunaciones?	¿Asume el gobierno la financiación de las vacunaciones?
FRANCIA	X		X	X
ITALIA	X	X	X	X
ALEMANIA				
ESPAÑA				X

El mismo informe señala que, de los 9 países en los que son obligatorias las vacunas, solo 4 de ellos (Eslovenia, Francia, Hungría e Italia) cuentan con un sistema de compensación por los daños que pueda provocar la administración de las vacunas. Algunos países en las que las vacunas no son obligatorias (por ejemplo, en Alemania) también contemplan sistemas de compensación del daño.

3.2. La regulación de las vacunas en Francia.

La legislación francesa impone a sus ciudadanos y ciudadanas la obligatoriedad de la vacunación de la difteria, el tétanos y la polio en el artículo 3111-2 del Código de Salud Pública de Francia desde 2003.

El artículo 3116-4 del mencionado Código imponía una multa y una pena de hasta 6 meses de prisión para “*aquellos que no reciban o permitan recibir a aquellos que se encuentran bajo su tutela, las vacunas obligatorias*”. Sin embargo, en 2018 se decidió prescindir de la coerción mediante multas o penas privativas de libertad aplicable a los padres y madres que no vacunaran a sus hijos e hijas de las vacunas obligatorias, suprimiendo el artículo 3116-4 del Código de Salud Pública. No obstante, el artículo 227-13 del Código Penal francés penaliza con una multa y hasta con 2 años de pena privativa de libertad la conducta negligente de los padres y madres que en el ejercicio de sus deberes pongan en riesgo la salud de las personas menores de edad.

El 20 de marzo de 2015 un tribunal de la región de Auxere realizó una “cuestión prioritaria de constitucionalidad (QPC)” al *Conseil Constitutionnel*, intérprete supremo de las leyes francesas. El caso que fue juzgado por el tribunal de Auxere era el siguiente: una pareja, Samia and Marc Larères, había sido citada el 9 de octubre de 2014 ante la Corte Penal francesa porque al haberles pedido la prueba de inoculación de su hija, las autoridades comprobaron que la menor de edad no había sido vacunada, declarando la pareja que eran contrarios al uso de vacunas. Por ello, se les imputaba un delito de negligencia en el ejercicio de sus deberes como progenitores por no vacunar a su hija de 3 años de la polio, el tétanos y la difteria³⁹ y al pago de una multa de 30.000 euros, basándose en el artículo 3116-4 del Código de Salud Pública y en el artículo 227-13 del Código Penal francés. El Consejo Constitucional francés resolvió, en sentencia de núm. 2015-458, que la obligación de vacunar era legal según la Constitución francesa, ya que consideró que la vacunación obligatoria no es claramente inapropiada para la consecución de la erradicación de las enfermedades en beneficio de la salud pública (objetivo pretendido) y que no vulnera ningún derecho constitucional. Asimismo, el Consejo señaló que “*imponiendo esta obligación de vacunar el legislador pretende luchar contra tres enfermedades muy graves y contagiosas y no del todo erradicadas*”. Y

³⁹ El cargo imputado fue disminuido un delito de negligencia en el ejercicio de sus deberes como progenitores a rehuso de someterse a la vacunación obligatoria.

estimó que “*es lícito para el legislador definir una política de vacunación con el fin de proteger la salud individual y colectiva*”.

En Francia ya eran obligatorias 3 vacunas desde 2003 (la vacuna de la difteria, el tétanos y la poliomielitis⁴⁰), pero, basándose en la mencionada resolución del Consejo Constitucional francés, el Gobierno de Francia advirtió la posibilidad de establecer la obligatoriedad de otras vacunas, con el propósito de aumentar las menguantes tasas de coberturas.

El 4 de julio de 2017, el entonces primer ministro francés, Édouard Philippe, declaró que era “inaceptable que los niños puedan sufrir y morir por sarampión, en un país que fue pionero con las vacunas”. Y es que, tal y como manifestó⁴¹ Agnès Buzyn, quien era titular del *Ministère des Solidarités et de la Santé*, las tasas de cobertura de la mayoría de las vacunas recomendadas eran insuficiente, lo cual constituía un problema de salud pública.

En virtud de ello, con la aprobación por el Gobierno del “Proyecto de Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia”, se decidió añadir a partir de 2018 a las vacunas ya obligatorias otras 8 vacunas más⁴² (todas financiadas por el Estado): la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b, tosferina, hepatitis B, sarampión, rubeola, parotiditis, meningococo C y neumococo. No obstante, la obligatoriedad de estas vacunas solo afecta a las personas menores de 2 años nacidas a partir del 1 de enero de 2018.

Este Proyecto de Ley establecía el interés superior del menor como el interés prioritario y completaba en el artículo 18.2.c la definición de situación de desamparo (regulada en el artículo 172 del Código Civil francés), estableciendo así

⁴⁰ Según el artículo 31 del Decreto del Gobierno Francés de 27 de febrero de 2003.

⁴¹ Véase la nota de prensa de 5 de julio de 2017 en la página web del *Ministère des Solidarités et de la Santé*: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/a-partir-de-2018-les-enfants-de-moins-de-deux-ans-devront-etre-vaccines-contre>

⁴² Ante este Proyecto de Ley hubo reacciones tanto a favor (la mayoría de las sociedades científicas y colectivos profesionales), pero también en contra, como el Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la Société Française de Santé Publique (SFSP) y algunos médicos generales. Un estudio realizado en Francia entre abril y julio de 2014 mostró que el 14% de los médicos generales franceses eran reticentes o mostraban rechazo al uso de las vacunas. VERGER, Pierre y col., “*Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014*”, *Eurosurveillance* (2014), en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.47.30406>.

las circunstancias que determinaban tal situación, figurando entre ellas el riesgo para la vida, la salud (entendiéndose la no vacunación como un riesgo para la salud) e integridad física del menor. La declaración de situación de desamparo puede dar lugar a la suspensión de la patria potestad, asumiendo la tutela de las personas menores de edad la entidad pública francesa, que será competente para aplicar el programa de vacunación pertinente para salvaguardar la salud de los niños y niñas menores de edad.

En cuanto al acceso a la enseñanza, todos los niños y niñas deberán estar inmunizados de las 11 enfermedades que se incluyen en el calendario obligatorio de vacunación para ser escolarizados.

El estudio “*Infant mandatory vaccinations: confirmation of a positive impact*”⁴³, realizado una vez instaurada en Francia la obligación de vacunar a las personas menores de edad con las mencionadas 11 vacunas, afirma que, según los datos analizados de 250 lactantes de entre 9 y 11 meses de edad, hay un aumento significativo de las coberturas de la hepatitis B (de 87,7% en 2017 a 95,7% en 2019) y de meningococo C (de 29,9% en 2017 a 85% en 2019). En los menores de edad entre 15 a 17 meses las coberturas también aumentaron considerablemente.

Según el estudio, también aumentaron las familias que deseaban vacunar a los niños y niñas menores de edad, produciéndose un aumento de un 4,4% en 2018 y de un 3,1% en 2019. El estudio muestra que la tasa de familias contrarias a la vacunación obligatoria descendió un 17,4% en 2017 y un 7,8% en 2019.

Los autores y autoras del estudio concluyen que la obligación de vacunar ha sido bien aceptada debido al ambicioso programa de información y explicación dirigido a la población.

⁴³ COHEN, R y col., “*Infant mandatory vaccinations: confirmation of a positive impact*”, 2019. Más información en la web de AEP: <https://www.vacunas.org/vacunas-obligatorias-para-bebes-confirmation-de-un-impacto-positivo-2/>.

3.3. La regulación de las vacunas en Italia.

La tasa de cobertura de las vacunas en Italia es inferior a la que hay en los países vecinos, entre el 80 y el 94% en 2016⁴⁴ y entre el 83 y el 97% en 2018⁴⁵.

Italia fue un el primer país de la UE en instaurar la obligación de vacunación incorporando un control sobre la inmunización de la población por parte de las autoridades. No obstante, en sus inicios, a nivel nacional no estaba harmonizada la regulación de las vacunas obligatorias (en cada región había diferentes vacunas disponibles), había escaso control de inmunización de los ciudadanos y ciudadanas y una financiación deficiente. Sin embargo, gracias a la nueva regulación⁴⁶ instaurada Italia ha progresado en todos estos aspectos, convirtiéndose en un país con un sistema de vacunación obligatoria harmonizado y con un gran control sobre la inmunización de sus ciudadanos y ciudadanas.

Para garantizar la homogeneidad en las diferentes regiones de Italia se dictó en marzo de 2017 el Decreto-Ley núm. 15⁴⁷ por el que, en lugar de tener un mecanismo descentralizado en las 19 regiones de Italia y las dos provincias autónomas italianas, se crea un calendario de vacunación uniforme que se implanta en todo el territorio italiano y que depende de *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), el mecanismo de financiación gratuito de Italia que se encarga de proveer de vacunas la totalidad del territorio.

⁴⁴ Según el estudio realizado por SIGNORELLI, Carlo y col., *Infant immunization coverage in Italy (2000-2016)*, 2016. Colaborando el Departamento de Medicina y Cirugía de la Università degli Studi di Parma, la Università Vita-Salute San Raffaele (Milán) y la Dirección General de la Prevención Sanitaria del Ministerio della Salute.

Véase en http://old.iss.it/binary/publ/cont/ANN_17_03_09.pdf.

⁴⁵ OMS y UNICEF “estimates of immunization coverage” (WUENIC). World Health Organization, (2017) (2018 revision).

Véase en https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/ita.pdf.

⁴⁶ Decreto-Legge, núm. 73, de 7 de junio de 2017, “*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*”. Véase en: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/7/17G00095/sg>.

⁴⁷ El 17 de marzo de 2017 se publicó en la Gazzetta Ufficiale (Suplemento ordinatio n. 15) el Decreto del presidente del Consejo de Ministros (Decreto del Primer Ministro) con los nuevos niveles esenciales de asistencia (modificando el Decreto del presidente del Consejo de Ministros de 12 de enero de 2017).

Con el Decreto-Ley núm. 73, de 7 de junio de 2017⁴⁸, convertido en la Ley núm. 119, de 14 de junio de 2017, el número de vacunas obligatorias se aumentó de 4 a 12 (se incluye la vacuna de la varicela). El Gobierno italiano⁴⁹ incrementa el número de vacunas obligatorias por las razones que se indican en el preámbulo del mismo Decreto-Ley: “*está basado en una extraordinaria y urgente necesidad de garantizar la homogeneidad en el territorio de las actividades nacionales dirigidas a la prevención, contención y reducción de riesgos para la salud pública y asegurar el mantenimiento constante de las condiciones de seguridad adecuadas (...) en términos de profilaxis y cobertura de vacunación*”.

En la Ley núm. 119 se contemplan multas de 500 a 7.500 euros para los padres y madres que no vacunen a las personas menores de edad que estén a su cuidado (pudiendo llegar hasta la suspensión de la patria potestad) y la obligatoriedad de los centros escolares de verificar el estado vacunal de los niños y niñas a través de la libreta de vacunación. Cuando se aprobó la Ley, el Gobierno, ante la reticencia a la vacunación que profesaban algunos sectores de la población, contempló acciones dirigidas a la población de información y explicación de las razones de las medidas tomadas⁵⁰.

Las nuevas medidas se adoptan en 2017 tras una epidemia de sarampión con 2.395 casos, de los cuales el 90% se trataba de personas que no estaban vacunadas⁵¹.

En cuanto al acceso a la escolarización, la Ley núm. 119 impone para inscribir a un niño o niña de 0 a 6 años en una escuela infantil que los progenitores y progenitoras presenten la libreta de vacunación para asegurar que la persona menor de edad ha sido inmunizada con las 12 vacunas obligatorias.

⁴⁸ Convertido en la Ley nº. 119 de 2017, sobre vacunaciones obligatorias para niños hasta 16 años de edad.

⁴⁹ Potestad para aprobar Decretos-Ley por los artículos 77 y 87, quinto párrafo, de la Constitución Italiana.

⁵⁰ ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco José y col., “Las vacunas infantiles serán obligatorias en Italia”, **Agencia Española de Pediatría** (22 de mayo de 2017), en:

<https://vacunasaeep.org/profesionales/noticias/italia-hace-obligatorias-vacunas-infantiles>.

⁵¹ TOLOSA TRIBIÑO, César, “El derecho a la salud y la vacunación en España y en el Derecho comparado”, **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**, núm. 135 (18 de diciembre de 2018), p. 324-330, en:

https://analesranm.es/wp-content/uploads/2018/numero_135_03/pdfs/ar135-dle06.pdf.

Con la inscripción en la escuela primaria, de los 6 a los 16 años, la Ley es más flexible: no se impide la escolarización de la persona menor de edad si no se encuentra inmunizada por las 12 vacunas obligatorias, pero los padres y madres deberán abonar una sanción pecuniaria.

La región del Véneto formuló recurso frente a la Corte Constitucional Italiana por la imposición del carácter obligatorio de las vacunas por la Ley núm. 119, que resolvió en sentencia con fecha de 22 de noviembre de 2017, publicada el 24 de enero de 2018. (TOLOSA TRIBIÑO, 2018).

Los jueces y juezas constitucionalistas aseguraron que las medidas tomadas por el poder legislativo italiano era una elección debida, no irracional, ya que el objetivo perseguido era proteger la salud individual y colectiva, basándose en el deber de solidaridad para prevenir y limitar la propagación de determinadas enfermedades.

El Tribunal consideró que el cambio de una planificación basada en la convicción de la población a un sistema de obligatoriedad se justificaba por el contexto, distinguido por una disminución gradual de las coberturas vacunales.

No obstante, el cambio político habido en Italia en marzo de 2018 a causa de la formación de un nuevo Gobierno, encabezado por Matteo Salvini, del partido político Lega Nord, supuso un cambio radical en la política de vacunación, proponiéndose acabar con la obligatoriedad de las vacunas, lo que evidencia, según el magistrado del Tribunal Supremo César Tolosa Tribiño, que “*no estamos ante un problema científico o jurídico, sino con una destacable carga ideológica*”. La primera medida del Gobierno fue que para inscribirse en las escuelas administradas por el Estado no hubiese que presentar la libreta de vacunaciones para demostrar que las personas menores de edad habían sido inmunizadas, sino que fuese suficiente que los progenitores y progenitoras asegurasen que los niños y niñas menores de edad se habían vacunado.

Sin embargo, el 5 de septiembre de 2019 se volvió a formar un nuevo Gobierno, encabezado por Giuseppe Conte, decidido a implantar de nuevo la vacunación

obligatoria para que los niños y niñas de 0 a 6 años pudiesen ser escolarizados, debiendo presentar la libreta de vacunación⁵².

3.4. La regulación de las vacunas en Alemania.

Alemania tiene una cobertura de vacunación de alrededor del 93% en la mayoría de las vacunas⁵³.

En 2015 se registró un importante brote de sarampión, con más de 600 personas infectadas, por lo que el Ministerio de Sanidad, encabezado por Hermann Gröhe, comunicó la necesidad de controlar el sarampión. La legislación que había en aquel momento establecía una inmunización voluntaria, pero se obligaba a los padres y madres a ser informados sobre los planes de vacunación para matricular a sus hijos e hijas. No obstante, eran las propias escuelas infantiles las que decidían si comunicaban a las autoridades sanitarias la identidad de los progenitores y progenitoras que se negaban a recibir la información.

La necesidad de mejorar las coberturas se materializó, bajo el control de la canciller Angela Merkel, con la aprobación el 24 de noviembre de 2017 de la Ley para modernizar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles⁵⁴, que sanciona con multas de hasta 2.500 euros a aquellos progenitores y progenitoras que se negaran a recibir información sobre los planes de vacunación infantil antes de matricular a las personas menores de edad en la escuela infantil. También se impuso a las escuelas infantiles la obligación de informar a las autoridades sanitarias de los progenitores o tutores legales que rechacen el asesoramiento sobre cómo inmunizar a sus hijos e hijas.

⁵² “Italia multará a los padres que llevan a sus hijos sin vacunar al colegio”, **redaccionmédica** (12 de marzo de 2019), en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/italia-multara-a-los-padres-que-lleven-a-sus-hijos-sin-vacunar-al-colegio--1059>.

⁵³ OMS y UNICEF “estimates of immunization coverage” (WUENIC), **World Health Organization**, (2017) (2018 revision), en: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/deu.pdf.

⁵⁴ Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer krankheiten. Federal Law Gazette. Noviembre de 2017, 24; 49: 2615.

No obstante, según los datos publicados el 2 de mayo de 2019 por el Instituto Robert Koch (RKI)⁵⁵ de virología, en Alemania únicamente el 93% de las personas menores de edad están completamente inmunizados del sarampión. La OMS ha señalado que para erradicar la enfermedad es necesario que al menos el 95% de la población esté inmunizada⁵⁶. Por ello, el *Bundestag* (la cámara baja del Parlamento de Alemania) aprobó el 14 de noviembre de 2019 la Ley de Protección Contra el Sarampión⁵⁷ por la que a partir del 1 de marzo de 2020 es obligatoria la vacunación contra el sarampión para los niños y niñas menores de edad y para el personal trabajador de centros educativos y centros de acogida de refugiados, entre otros.

Hay un caso que llegó al Tribunal Supremo de Alemania que merece especial mención. El supuesto es el siguiente: en el año 2015 los progenitores de una niña solicitan la custodia exclusiva sanitaria. El padre quiere vacunar a su hija, mientras que la madre está en contra, alegando que el riesgo que puede crear la vacuna pesa más que el riesgo general de infectarse, de forma que solo aceptaría que la niña se vacunase si los médicos garantizaban que no era posible que hubiese efectos secundarios.

El Tribunal Supremo alemán recuerda que la legislación establece que en caso de disputa en asuntos de “considerable importancia para el menor”, el Tribunal de Familia puede conceder a uno de los progenitores la custodia en exclusividad, si este así lo ha solicitado y que “*El poder decisorio debe ser concedido al progenitor cuya propuesta se aproxima más al bienestar de la menor*”. En este caso, el Tribunal resuelve permitir al padre vacunar a su hija, con la que no convive, en contra del criterio de la madre, indicando que “*Consideramos que está mejor capacitado el padre para decidir acerca de la aplicación de las citadas vacunas a la menor, al no existir, además, circunstancias que apunten a un riesgo para la niña*” (TOLOSA TRIBIÑO, 2018).

⁵⁵ Véase en (alemán):

https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/05_2019.html

⁵⁶ Véase en la página web de la OMS: <https://www.who.int/csr/don/06-may-2019-measles-euro/es/>.

⁵⁷ Más información sobre la Ley en la web del Ministerio Federal de Salud (Bundesministerium für Gesundheit) en:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht/faq-masernschutzgesetz.html>.

3.5. Otros hechos remarcables.

El Tribunal Supremo inglés, a mediados de 2017, ordenó, por deseo del padre, la vacunación de sus hijos, a pesar de que la madre era reticente al uso de las vacunas⁵⁸. Esto fue posible porque el Tribunal se basó en una Ley de 1989 (*1989 Children's Act*)⁵⁹ que permite a la justicia obrar por encima del deseo de los progenitores a favor del bienestar de las personas menores de edad.

El Tribunal Constitucional de Croacia, en fecha de 14 de marzo de 2014, declara, tras recibir una petición firmada por 100.000 personas que solicitaban que la decisión de vacunar a sus hijos e hijas debía recaer en los padres y madres, que “*el derecho del niño a la salud es más importante que los derechos de os padres a tomar decisiones incorrectas*”.

En Holanda, las personas de entre 12 y 16 años que no se encuentran vacunadas conforme al calendario oficial son preguntadas por los y las profesionales de la salud si desean vacunarse⁶⁰. A partir de los 16 años ya pueden tomar sus propias decisiones en asuntos de salud, aunque estas sean contrarias a la voluntad de sus progenitores y progenitoras. Con esta medida el Gobierno holandés pretende aumentar las coberturas vacunales en un país donde la vacunación es voluntaria y donde las tasas de cobertura de vacunación están disminuyendo: en 2017, solo el 90,2% de la población menor de 2 años de edad fue vacunada de enfermedades como la polio, el tétanos y la tosferina, un 1% menos que en 2016. Esto es especialmente alarmante, pues, como ya se ha mencionado, la OMS ha manifestado que es necesaria una cobertura mínima del 95% para poder erradicar una enfermedad.

⁵⁸ Leer la noticia: ROBERTS, Rachel, “*Vegan mother forced by High Court to vaccinate her children*”, **Independent** (6 de abril de 2017), en <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/vegan-mother-vaccinate-children-high-court-toxin-free-kids-mmr-anti-vaxxer-a7670881.html>.

⁵⁹ Consultese la Ley en la página web de publicación de legislación del Gobierno de Reino Unido: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents>.

⁶⁰ Léase la noticia de FERRER, Isabel, “Los médicos holandeses preguntarán a los adolescentes si quieren recibir las vacunas rechazadas por sus padres”, **El País** (15 de octubre de 2018), en: https://elpais.com/sociedad/2018/10/15/actualidad/1539621598_678274.html.

4. ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA ESTATAL: EL ACCESO A LA ENSEÑANZA Y LA DIVERGENCIA DE OPINIÓN DE LOS PADRES Y MADRES EN CUANTO A VACUNAR A LOS HIJOS E HIJAS.

4.1. El acceso a los centros de enseñanza.

En relación con el acceso a la educación de las personas menores de edad no vacunadas, hay dos resoluciones a las que debemos referirnos.

En primer lugar, a la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 28 de marzo del 2000. El supuesto que trata la sentencia es el siguiente: se impugnaba la resolución de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) que dejaba sin efecto la matriculación de una niña menor de edad en una Escola Bressol (escuela vinculada a la UAB) por la negativa de los progenitores de vacunar a su hija. La Sala concluye que la anulación de la matrícula no vulnera el derecho a la educación de la niña menor de edad. Según explica la sentencia:

“(...) no estamos aquí ante una vulneración del derecho a la educación (...) sino ante el incumplimiento de unas obligaciones que tienen como finalidad la prevención de enfermedades, y que se traducen en la práctica en la exigencia de acreditar las vacunaciones sistemáticas que le corresponden por su edad, que responden a la idea de obtener una inmunidad del grupo que, además de proteger del contagio a los individuos no vacunados por contraindicaciones individuales, permite la eliminación de la enfermedad de un área geográfica determinada, e incluso a nivel mundial”.

La segunda sentencia a estudiar es la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Rioja, Sala Contencioso Administrativo, de 2 de abril de 2002. En este caso se impugnaba la Resolución de la Comunidad Autónoma que dejaba sin efecto la concesión de una plaza en una guardería a una menor por incumplir los requisitos de vacunación impuestos por el centro educativo. El Tribunal, sobre la decisión del padre y la madre, indica: “(...) nada impide tal opción alternativa y nada obliga a una vacunación que decididamente se rechaza”. Y sobre la decisión de la Administración, señala: “No puede desconocerse la potestad de la Administración para imponer tal exigencia a quien pretenda acogerse a los

servicios de Guardería, negando la admisión a los niños que no la cumplan, dado que la medida profiláctica aplicada resulta sanitariamente recomendable para la salud de todos los componentes del grupo ⁶¹.

4.2. Madres y padres con opiniones divergentes.

La primera y única resolución dictada hasta el momento que resuelve por vía de la jurisdicción voluntaria la discrepancia de un padre y una madre en relación con la vacunación de sus dos hijos menores de edad es el Auto de la Audiencia Provincial de Pontevedra, Sección 6^a, 125/2019, de 22 de julio de 2019. En esta sentencia el Tribunal ratifica el auto dictado por el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Vigo estimando la solicitud del padre de vacunar a sus dos hijos menores de edad, siendo la madre reticente al uso de las vacunas y ostentando esta la custodia de los dos hijos.

El auto del Juzgado de Primera Instancia de Vigo fue recurrido por la madre alegando que no se había tenido en cuenta el interés superior de los menores y que la decisión de no vacunar a los hijos fue adoptada por mutuo acuerdo entre ella y el padre y que este había cambiado posteriormente de opinión. El Tribunal reconoce “*el derecho de los progenitores a defender las creencias que estimen oportunas o el sistema de educación y vida de sus hijos que consideren más adecuado*”, para a continuación aclarar que “*no puede quedar al arbitrio de uno de los progenitores decidir si desea vacunar a los hijos y en qué momento*”.

La Audiencia Provincial de Pontevedra se pronuncia, en cuanto al interés superior del menor, de la siguiente forma:

“nos encontramos ante una materia en la que es criterio primordial el del "favor filii" o interés superior del hijo, por lo que los Tribunales deben tratar de indagar cuál es el verdadero interés del menor, aquello que le resultará más beneficioso, no sólo a corto plazo, sino en el futuro. Así el artículo 2.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor declara que "todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado

⁶¹ De igual modo se pronuncia la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Barcelona, núm. 16/2018, de 28 de diciembre.

y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernen, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir”.

A continuación, el Tribunal menciona el Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020 (GVAP) aprobado por la OMS en el siguiente sentido:

“(...) Se señala en el plan que la misión indicada en el GVAP es sencilla: Mejorar la salud mediante la ampliación más allá de 2020 de todos los beneficios de la inmunización a todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, quiénes son o dónde viven. La OMS llega a dicha conclusión al declarar que hay evidencia contundente que demuestra los beneficios de la inmunización como una de las intervenciones sanitarias más exitosas y rentables conocidas”.

La Audiencia Provincial de Pontevedra estima que queda acreditado (atendiendo a las Recomendaciones del Grupo de expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico (SAGE) en materia de inmunización y al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP) y por “*un punto de vista médico*”) que las vacunas no causan un perjuicio para la salud. También hace mención de que la mayoría de los estudios científicos sobre la materia llevan a concluir que los beneficios de las vacunas son innegables tanto a nivel individual como poblacional. Por ello, el Tribunal concluye que “*el acuerdo adoptado en la instancia toma en consideración el superior interés de los menores, lo que nos lleva a desestimar el recurso de apelación interpuesto y a confirmar dicha resolución.*”

5. CONCLUSIONES.

Edward Jenner inventó el método preventivo que hasta el momento ha salvado y sigue salvando más vidas, evitando que la población enferme y se contagie, erradicando enfermedades y evitando incontables epidemias.

Como se indica durante la totalidad del trabajo, en España las vacunas gozan de un carácter voluntario, no obstante, el Estado ostenta la potestad de imponer la vacunación ante determinados supuestos: cuando haya una epidemia que provoque un riesgo colectivo para la salud pública. Dejando de banda el concepto jurídico indeterminado de “riesgo colectivo”, es evidente que, a pesar de la actual epidemia de COVID-19, no son habituales las epidemias en España, por lo que esta potestad estatal es de insólita aplicación.

Sin embargo, la Administración estatal no es la única que puede imponer la vacunación, pues las Administraciones autonómicas, ante casos en los que se cumplan los requisitos que ha asentado el Tribunal Constitucional, también puede solicitar a los Juzgados y Tribunales que autoricen o ratifiquen la actuación de estas Administraciones entorno a la imposición de la vacunación en un territorio concreto, siempre limitándose a las potestades que les otorga el artículo 148.1.21 de la Constitución.

Ante la posibilidad que tienen los poderes públicos de imponer la vacunación, podríamos encontrarnos ante un conflicto entre el derecho a la integridad física y el interés general (al poner en un posible riesgo la inmunidad personal y la de grupo) y también, en el caso de vacunar a las personas menores de edad en contra de la voluntad de sus progenitores y progenitoras, entre el derecho de los padres y madres a la crianza de sus hijos e hijas según sus valores y creencias y el derecho a la salud de la persona menor de edad.

Sin embargo, en el desarrollo del trabajo queda patente que el Estado ha impuesto la vacunación obligatoria en España (en 1921 y 1944) solo en casos de urgente necesidad pública a causa de epidemias y siempre en beneficio del interés superior de la salud pública, el cual desplaza los intereses y derechos individuales. Asimismo, se constata que la imposición de la vacunación en contra de la voluntad

de los progenitores y progenitoras no queda al arbitrio de las Administraciones Públicas, sino que las medidas tomadas deben ser autorizadas o ratificadas por los Juzgados y Tribunales y, por lo tanto, deberán cumplir los requisitos que ha impuesto el Tribunal Constitucional. Estos requisitos comprueban que la Administración Pública se limita a actuar cuando lo considera necesario y dentro de las potestades que les otorga la ley, asegurando el cumplimiento del principio de legalidad de las actuaciones de la Administración.

No obstante, a pesar de que la actuación de los poderes públicos esté sujeta a la ley y a los límites y requisitos indicados por el Tribunal Constitucional, no se puede obviar la libertad de actuación que permite la Ley 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública a través de los conceptos indeterminados, que dejan sin concretar, por ejemplo, cuáles son las razones sanitarias de urgencia o necesidad que permiten a las Administraciones Públicas adoptar las medidas que la Ley contempla; en qué consisten las medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control; qué se entiende por indicios racionales, etc. En mi opinión, tal cantidad de conceptos indeterminados no cumplen con el principio de seguridad jurídica y se deberían concretar estos conceptos con tal de delimitar de forma más certera cuándo pueden actuar los poderes públicos.

Trasladando la materia a un tema actual, como es la epidemia de la COVID-19, podríamos considerar que el Estado tendría potestad para imponer la vacuna de la COVI-19 (de haberla), ya que se trata de una epidemia que pone en riesgo colectivo para la salud pública. Entendemos que cumple el requisito del riesgo colectivo para la salud pública por las más de 27.400 muertes que ha causado este virus.

Aun así, el hecho de que se cumpla el ámbito de aplicación que permite imponer la vacuna, no conlleva necesariamente que se aplique la legislación que da potestad al Estado para imponer este método preventivo. Es más, compartiendo la opinión del Dr. García Rojas, creo que los sectores a los que se administraría la vacuna (personas de riesgo y trabajadores y trabajadoras esenciales) estarían dispuestos a que se les administrara de buen grado, haciendo posible disminuir las muertes y los contagios, por lo que no sería necesario imponer la vacunación. Sin embargo, y

situándonos en todos los escenarios, si los sectores a los que debería administrarse la vacuna se mostraran reticentes, podría aplicarse la legislación analizada invocando la protección de la salud pública e imponer la vacuna a las personas que integran estos sectores, pasando de ser una recomendación a una obligación.

Por otra parte, el análisis de Derecho comparado permite examinar las diferencias legislativas entorno a la vacunación que hay en España, Francia, Italia y Alemania, a pesar de formar todos parte de la Unión Europea, examinando otros aspectos más allá del carácter voluntario u obligatorio. Analizando la regulación sobre el uso de las vacunas que tienen estos países se pueden extraer, de forma general, tres escenarios que podrían establecerse en España.

El primer escenario se basa en la regulación francesa, la cual obliga a vacunar a los niños y niñas, no pudiendo acceder a la escuela aquellas personas menores de edad que no hayan sido inmunizadas por las 11 vacunas obligatorias del calendario de vacunación. Por lo tanto, ante el incumplimiento de los progenitores y progenitoras de inmunizar a sus hijos e hijas el ordenamiento no reacciona con una sanción (desde la reforma de 2018), sino que no permite escolarizar a la persona menor de edad, obligando a las familias de forma indirecta a vacunar a los niños y niñas.

Como se indica en el trabajo, el gobierno francés se declinó por establecer el carácter obligatorio de la vacunación por el bajo porcentaje de coberturas, que disminuían cada año, siendo la mayoría inferior al 95%. Es comprensible que un país dónde aproximadamente el 41% de la población dudaba sobre la seguridad de las vacunas y el 17,4% de la población se mostraba contraria a su uso en 2017 se establezca la obligación de aquellas vacunas de las enfermedades que pueden incidir con más ímpetu en la salud pública.

La imposición de la vacunación puede resultar eficaz para aumentar las coberturas a corto plazo, pero si se quiere mantener el incremento de las coberturas y combatir la reticencia vacunal son necesarias medidas adicionales. Y así se puede desprender de los comunicados hechos por las autoridades francesas, las cuales defienden que la obligatoriedad de la vacunación fue aceptada por la población por las políticas de información que se realizaron.

El segundo escenario es el de Italia, dónde invocando la salud pública y las bajas coberturas vacunales, se decidió imponer 12 vacunas, entre las que se incluye la de la varicela. La legislación italiana prevé sanciones para aquellos padres y madres que no vacunen a sus hijos e hijas y, además, en los centros escolares se verifica el estado vacunal de las personas menores de edad y, de no estar vacunados, los niños y niñas no podrán escolarizarse y los progenitores y progenitoras deberán hacer frente a una sanción.

Es recalcable que Italia no se limitó a imponer la obligatoriedad de la vacunación, sino que también se preocupó de intentar transmitir a la población los motivos por los que era necesario que las vacunas fuesen obligatorias. No podemos afirmar si estas políticas de concienciación llegaron a convencer a aquellas personas que se mostraban contrarios a la nueva regulación o, por el contrario, si esta regulación influyó en que las siguientes elecciones generales las ganara el partido de Matteo Salvini, que pretendía acabar con el carácter obligatorio de las vacunas.

Por último, el tercer escenario es el de Alemania, donde las coberturas son altas (alrededor del 93%), pero siguen sin alcanzar el 95% que recomienda la OMS. A raíz de un importante brote de sarampión en 2015 se decidió que los padres y madres debían ser informados de los beneficios de la vacunación. Para que los poderes públicos pudiesen asegurar que todos los padres y madres eran informados, se decidió que esta información se realizaría de forma obligatoria en los centros escolares, cuando los progenitores y progenitoras fuesen a inscribir a los niños y niñas.

Observamos que en Alemania las vacunas gozan de carácter voluntario, pero, sin embargo, se obliga a los padres y madres a recibir información sobre la vacunación, bajo sanción a aquellas personas que se nieguen a ser informados. Además, des del 1 de marzo de 2020 es obligatoria la vacuna del sarampión a causa de los brotes habidos y de la cobertura inferior al 95% en esta vacuna, lo que muestra que la legislación alemana también contempla determinados supuestos en los que se puede imponer la vacunación.

Sobre cómo sería implantar el escenario francés en España, opino que no sería conveniente, ya que el caso de España es significativamente distinto al de Francia. En España el porcentaje de la población que se muestra reticente al uso de las vacunas es ínfimo y hay unas coberturas superiores al 95% en las vacunas que integran el calendario infantil. Por lo tanto, no existe un peligro real de contagios, ya que la población no inmunizada es mínima.

Lo mismo ocurre con la regulación italiana. A pesar de que comparto el hecho de que informar a la población es la mejor forma de combatir la reticencia vacunal y, por tanto, las políticas dirigidas a los ciudadanos y ciudadanas de Italia me parece que son una gran forma de intentar disminuir el porcentaje de personas que no se sienten seguras ante la vacunación, no considero necesario mantener la obligación de vacunar una vez las coberturas vacunales se mantienen en un alto porcentaje o ha disminuido la población que se mostraba reticente. Comparto que es indispensable situar la salud pública por encima de los intereses o derechos individuales (en este caso, la libertad de decidir si quieras vacunarte), pero no podemos coartar estos intereses o derechos cuando desaparece la situación de necesidad o urgencia que ha llevado a desplazar a un segundo plano los intereses o derechos individuales.

El caso de Alemania, a mi parecer es el que mejores resultados podría mostrar en cuanto a la disminución de la reticencia vacunal en España. No obstante, el limitar la obligación de recibir información sobre la vacunación a los centros escolares deja sin informar a todas aquellas personas adultas que no tengan descendencia, por lo que no me parece un método que incida sobre la totalidad de la población (cuando también es necesario aumentar las coberturas vacunales de las personas adultas).

Tampoco es idóneo el obligar a los centros escolares a transmitir a las autoridades las personas que se han negado a ser informadas, ya que los centros escolares se dedican a la enseñanza de los niños y niñas y no deberían tener que realizar una “actividad de policía” que probablemente se dé de forma desigual en los diferentes centros escolares a causa de la dificultad de controlar que los centros estén comunicando correctamente las personas que no han querido recibir la información.

Por lo tanto, a pesar de que la medida de obligar a los padres y madres a recibir información pueda aportar buenos resultados en Alemania, no me parece una medida necesaria en España, donde hay unas coberturas vacunales elevadas y la población reticente a las vacunas es ínfima, por lo que imponer una obligación de información no resultaría ni eficaz ni económicamente rentable. La obligación de recibir información podría causar como efecto secundario el aumento de las personas que se muestran reticentes, al poder encontrarse coartadas del derecho a la crianza de sus hijos e hijas según sus valores y creencias. Además, las instituciones y mecanismos que deberían crearse para asegurar que se está cumpliendo la obligación de informar supondría probablemente un coste económico muy superior al que representa el tratar a las personas que contraen enfermedades para las que existen vacunas.

No obstante, sería adecuado que las Administraciones crearan políticas públicas que combatan la información errónea que se puede encontrar en internet (bulos) sobre los efectos secundarios de las vacunas o los materiales que se utilizan para crearlas y que se implementara la información dirigida a aumentar las coberturas vacunales en adultos, ya que, existe un calendario vacunal para las personas menores de edad, pero no hay un calendario vacunal dirigido a las personas adultas.

Sobre los pronunciamientos de los Juzgados y Tribunales, en los casos en que la salud de las personas menores de edad se puede ver comprometida los Juzgados y Tribunales siempre se pronuncian en beneficio del interés del o la menor de edad, por lo que considero que las personas menores de edad se encuentran protegidas en aquellos supuestos en que los padres y madres puedan no tomar las decisiones más beneficiosas para la salud de sus hijos e hijas.

Por último, del presente trabajo concluyo que la regulación de las vacunas en España es, a mi parecer, correcto, ya que en aquellos casos en los que puede ser necesaria la vacunación el ordenamiento jurídico prevé mecanismos para imponer la vacunación, siempre en beneficio de la salud pública o de la salud del o la menor de edad. No obstante, que sea correcto no significa que no pueda mejorarse a través de la implementación de las políticas públicas de información dirigidas a la población.

BIBLIOGRAFÍA.

TUELLS, José. “La introducción de la variolización en Europa”, **Asociación Española de Vacunología (AEV)**, (2006), en: <https://www.vacunas.org/la-introduccion-de-la-variolizacion-en-europa-histp/>.

RIERA PALMERO, Juan, “La introducción de la vacuna jenneriana en España”, **Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid** (2 de abril de 2015), núm. 52, p. 191-213, en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530825>.

PASTOR GALLARDO, Francisco Javier y cols., “Historia de las vacunas”, **Asociación de Enfermería Comunitaria** (2019), en:
<http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas>.

DURO TORRIJOS, José Luis; TURELLS, José. “La duda vacunal en España (1801). Ruiz de Luzuriaga en defensa de la vacunación”. **Revista de la Salud Pública** (13 de febrero de 2020), p. 1-10.

DE LA FIGUERA VON WICHMANN, Enrique, **Las enfermedades más frecuentes a principios del siglo XIX y sus tratamientos** (2012), p. 159.

ALBÓS JJ, **Tratado de las enfermedades infecciosas en la infancia**, Barcelona: Ed. Científico-Médica, 1955, p. 169 – 181.

Asamblea Mundial de la Salud, 30, **Erradicación de la viruela**, (1977), Organización Mundial de la Salud, en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/105509>.

SÁENZ, MC, VALERO, LF, **Calendarios vacunales (enfermedades sometidas a inmunoprevención)**, en: Medicina Preventiva y Salud Pública (10^a Ed), Piérola Gil (Ed.), Barcelona: 2001, p. 445 – 454.

RUIZ CONTRERAS, J., HERNÁNDEZ MERINO, A., “Vacunas antipoliomielíticas: VPI frente a VPO”, **Anales de Pediatría, Asociación Española de Pediatría**, vol. 58, núm. S5 (junio 2003), p. 12-17, en:
<https://analesdepediatria.org/es-vacunas-antipoliomieliticas-vpi-frente-vpo-articulo-13048833>.

PUMAROLA BUSQUETS, Agustín y col., “Anales españoles de pediatría”, **Asociación Española de Pediatría (AEP)**, Vol. 7, Número Extraordinario 1 (1974), p. 97-114.

ÁLVAREZ GARCÍA, FRANCISCO JOSÉ y col., **Manual de vacunas en línea de la AEP** (2014), sección II, capítulo 7, punto 1.

LÓPEZ, LÓPEZ, María Teresa y col., “Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario desde una perspectiva científica” **Comité de Bioética de España** (19 de enero de 2016). Consultar en:

[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf.](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf)

E. BOZZOLA y cols., “*Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society*”, **Italian Journal of Pediatrics, BMC**. (24 de junio de 2018), p. 44-67.

Recuperado de la página web de **US National Library of Medicine, National Institutes of Health**: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001041/>.

ARIE, SOPHIE, “*Compulsory vaccination and growing measles threat*”, **BMJ**, núm. 358 (20 de julio de 2017).

COHEN, R y col., *Infant mandatory vaccinations: confirmation of a positive impact*, 2019.

SIGNORELLI, Carlo y col., *Infant immunization coverage in Italy (2000-2016)*, 2016.

ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco José y col., “Las vacunas infantiles serán obligatorias en Italia”, **Agencia Española de Pediatría** (22 de mayo de 2017), en: [https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/italia-hace-obligatorias-vacunas-infantiles.](https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/italia-hace-obligatorias-vacunas-infantiles)

TOLOSA TRIBIÑO, César, “El derecho a la salud y la vacunación en España y en el Derecho comparado”, **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**, núm. 135 (18 de diciembre de 2018), p. 324-330, en: [https://analesranm.es/wp-content/uploads/2018/numero_135_03/pdfs/ar135-dle06.pdf.](https://analesranm.es/wp-content/uploads/2018/numero_135_03/pdfs/ar135-dle06.pdf)

Bibliografía de textos legales.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

España. Ley de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado, de 25 de noviembre de 1944, núm. 331, pp. 8908 a 8936.

España. 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. Boletín Oficial del Estado, de 28 de abril de 1980, núm. 102, pp. 9159 a 9159.

España. Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Boletín Oficial del Estado, de 5 de junio de 1981, núm. 134.

España. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, núm. 102.

España. Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. Boletín Oficial del Estado, de 14 de julio de 1998, núm. 167.

España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, de 8 de enero de 2000, núm. 7.

España. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, de 14 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 a 40132.

España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, de 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593 a 104626.

España. Circular 1/2012 sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. Fiscalía General del Estado.

España. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, de 29 de julio de 2015, núm. 180.

Unión Europea:

Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02). Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de marzo de 2010.

Unión Europea. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (C 83/47). Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de marzo de 2010.

Unión Europea. Reglamento (CE) N° 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de abril de 2004 por el que se crea un Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de mayo de 2004.

Unión Europea. Recomendación del Consejo de la Unión Europea (2018/C 466/01), sobre la intensificación de la cooperación contra las enfermedades evitables por vacunación. Diario Oficial de la Unión Europea, de 28 de diciembre de 2018, 61º año.

APÉNDICE.

1. Entrevista al Dr. García Rojas.

El doctor García Rojas es el jefe de sección de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias y presidente de la Asociación Española de Vacunología (AEV) desde 2013. La AEV tiene el objetivo de orientar la acción del gobierno en relación con la utilización de las vacunas.

“El único problema de las vacunas es su propio éxito: de tan buenas que son, de tantas enfermedades que curan y que borran, terminan por hacernos creer que son innecesarias. Y ocurre todo lo contrario”.

Dr. García Rojas

Para Odontólogos de hoy⁶²

Realización de la entrevista por vía telefónica el 15 de abril de 2020. Transcripción de la entrevista:

En diferentes entrevistas (en *La Voz de Galicia* de marzo de 2019, *Odontologos de hoy* de enero de 2019 y en *iSanidad* en abril de 2018) indica que opina que con las coberturas actuales superiores al 95% no deberían ser obligatorias las vacunas, ¿qué cree que pasaría si se impusieran las vacunas?

Efectivamente, me parece que sería contraproducente. Tendría efectos colaterales negativos, como un mayor rechazo a las vacunas y una reafirmación en valores que no son científicos, sino que son de otro tipo.

¿Opina que el personal sanitario debería estar obligado a vacunarse?

Es un debate que rechazo. No estoy a favor ni en contra. Ahora bien, que un tatuador deba estar obligatoriamente vacunado contra la hepatitis B, por ley, y un cirujano cardiaco, no, pues es, insisto, incomprensible. Y, si las cosas siguen así, no cambian, pues a lo mejor hay que introducir el debate sobre la obligatoriedad, sobre la que yo, repito, no estoy a favor ni en contra.

⁶² Entrevista realizada por SÁNCHEZ, ISMAEL, “Amos García Rojas. Presidente de la Asociación Española de Vacunología”, **Odontólogos de hoy** (16 de enero de 2019). Véase en: <https://www.odontologosdehoy.com/amos-garcia-rojas/>

Sobre este rechazo a las vacunas, usted menciona en la entrevista realizada para *La Voz de Galicia* que la mayoría de las personas que son reticentes a la utilización de las vacunas son de clase alta o clase media, ¿qué cree que motiva que esto sea así?

Pues fundamentalmente porque quizá la gente de clase baja, que es la más expuesta al riesgo de enfermedades transmisibles tiene mucho más claro que las enfermedades transmisibles pueden formar parte de su escena, mientras que las personas de clase media o clase alta no perciben este riesgo tan cercano.

Sin embargo, yo creo que con la pandemia lógicamente estos valores se van a modificar y que los ciudadanos que están deseando que llegue una vacuna de la COVID-19. Que tengamos una situación como esta por la falta de una vacuna hace reflexionar a los ciudadanos sobre cómo sería la situación si no tuviésemos ninguna vacuna frente a ninguna enfermedad. Sería un escenario terrorífico. Creo que esta es una de las cosas buenas que puede haber traído esta pandemia, que una de las cosas positivas va a ser el reforzar las medidas de higiene como elemento básico en lo que es una vida social (lavado de manos, fundamentalmente) y el uso de las herramientas, como son las vacunas, que permiten avanzar a la comunidad en el ámbito del sector de la salud. Las vacunas son las que realmente permiten modificar la salud de la ciudadanía.

Entiendo que, en su opinión, si se descubriese la vacuna de la COVID-19, no sería necesario que se implantara en España porque la cobertura ya sería alta.

Primero hay que indicar que no sería una vacuna para toda la ciudadanía, eso es imposible. Lógicamente lo primordial sería discutir quiénes serían los sectores que deberían recibir la vacuna y, entiendo, que deberían ser los que son los más vulnerables a tener complicaciones si son infectados, es decir, fundamentalmente las personas avanzadas de edad y las personas que tienen alguna enfermedad de base y los colectivos profesionales que desempeñan una actividad laboral fundamental para el normal desarrollo de la vida en comunidad, sobre todo los sanitarios. Y sí que creo que en esos colectivos la vacuna tendría una gran aceptación.

Extractos de entrevistas realizadas al Doctor García Rojas:

Entrevista para iSanidad, por Juan Pablo Ramírez, de 23 de abril de 2018:

“¿Qué papel pueden jugar las vacunas para frenar el avance de las enfermedades infecciosas?”

“Frente a las enfermedades transmisibles nunca podemos bajar la guardia. Nos podemos olvidar de las enfermedades transmisibles, pero ellas no se van a olvidar de nosotros. Por eso vamos a seguir siendo contundentes y vigilantes con las grandes coberturas vacunales infantiles que tenemos en nuestro país. En una segunda fase, tendremos que evaluar la implementación de nuevas vacunas en las políticas vacunales. Y luego tenemos que empezar a trabajar en el ámbito que probablemente sea más deficitario, en lo que es la población diana susceptible de recibir la vacuna, el adulto. Vivimos en un país que tiene la esperanza de vida más elevada de la UE. Esto quiere decir que nuestra población está envejeciendo y puede venir acompañado de procesos de tipo crónico, el gran problema del sistema sanitario público. Esa cronicidad puede hacer más débiles al padecimiento de determinadas enfermedades transmisibles que serían prevenibles por vacuna. Por lo tanto, hay que reforzar la vacunación en la población adulta, porque ahorraremos costes de asistencia sanitaria, complicaciones, ingresos hospitalarios y de medicamentos. Por tanto, estaremos trabajando para hacer el sistema sanitario más sostenible”.

“¿Sería recomendable obligar a la vacunación como ha hecho Francia?”

“Entiendo que Francia lo haya hecho porque había unas pérdidas de cobertura importantísimas que estaban generando el caldo de cultivo adecuado para el resurgimiento de enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas en forma incluso de brotes epidémicos. Lo entiendo perfectamente. Ahora en un país como en el nuestro en el que tenemos coberturas superiores al 95% ya no lo veo necesario, porque establecer una medida obligatoria cuando ya prácticamente toda la población se vacuna es cuando menos un exceso que podría tener efectos secundarios negativos y se podrían rearmar algunas posturas reticentes a la vacunación. Estamos en un escenario perfecto y hay que seguir vigilando para que no haya ningún retroceso como ha sucedido en algún país europeo”.

Entrevista para ConSalud.es, por Nacho Cortés, de 15 de septiembre de 2019: ante la pregunta “**¿Cómo calificaría el movimiento antivacunas en España?**”, el doctor responde: “La preocupación en España no está centrada en los antivacunas porque estos tienen una presencia testimonial. En nuestro país, no hay población reticente a las vacunas. Existe falta de información y pacientes con dudas. Padres y madres que no llegan a comprender porqué tienen que vacunar a sus hijos, administrarle un producto biológico para una enfermedad que ya no se da. Precisamente aquí está el éxito de las vacunas haber conseguido enterrar esas patologías. Frente a las enfermedades transmisibles no se puede bajar la guardia y eso es lo que hay que explicarle a la población”.

Entrevista para iSanidad, por Juan Pablo Ramírez, de 20 de marzo de 2020: ante la pregunta “**¿Cómo valora los diferentes trabajos de investigación en vacunas del coronavirus?**”, el doctor responde: “Desde el marco de fuera de la investigación no hay mucha información, pero en líneas generales hay líneas bastante prometedoras en relación con vacunas contra el coronavirus. El tema es la implementación del producto a nivel poblacional y eso no va a ser inmediato. No basta con que esté finalizada la vacuna, sino garantizar su eficacia y de su seguridad, que es lo que va a llevar más tiempo. Esto es lo que va a enlentecer la disponibilidad de la vacuna. Calculamos que aproximadamente estará dentro de un año. En cualquier caso, hay que hacer uso de la única vacuna que tenemos disponibles. Hay una disponible, que es quedarse en casa. Permite cortar la cadena de transmisión”.

Entrevista para ConSalud.es, por Nacho Cortés, de 31 de marzo de 2020: ante la pregunta “**¿Ha llegado para quedarse el coronavirus?**”, el doctor responde: “Es difícil de saberlo, sí que es cierto que de quedarse el escenario será diferente. Ahora el virus se ha encontrado con un territorio virgen de contacto con él previamente. Si se queda, el número contagios va a ser más amplio y, por tanto, va a tener un menor impacto la presencia de la Covid-19. Posiblemente se estacionalice, pero no me atrevo a asegurar cuál va a ser su evolución”.

2. Manifestaciones y artículos de la Liga para la Libertad de Vacunación, la asociación reticente a la vacunación más conocida de España.

Manifestaciones de la asociación de profesionales y usuarios de la sanidad *Liga para la Libertad de Vacunación*⁶³:

- “*Que pese a las investigaciones científicas de los últimos decenios sobre nuestro sistema inmunitario y su funcionamiento, este sigue siendo un desconocido para la medicina y además su difusión queda muy limitada para muchos médicos.*
- *Que la humanidad ha estado y estará siempre conviviendo con microorganismos. Su estado de salud dependerá de la capacidad que tenga de mejorar las condiciones de vida (personales, sociales, medioambientales) para así mantener a punto su sistema inmunológico. Téngase en cuenta, que los virus y los microorganismos "agredidos" serán cada vez más resistentes a los fármacos, mutarán y crearán nuevas enfermedades para las cuales habrá que buscar nuevas vacunas, en una carrera sin fin. La vacuna no es la solución a los problemas sanitarios de la humanidad.*
- *Que las autoridades sanitarias de los diferentes países se han erigido en protectoras y responsables de la salud de la población, pero desafortunadamente, esta gran responsabilidad no se traduce en la necesaria imparcialidad, ni en el respeto a la autonomía, la voluntad y la libertad de elegir de los ciudadanos. Como tales deberían informar contrastada y ampliamente a toda persona susceptible de ser vacunada de los pros y los contras”.*

Por ello, piden a la Administración:

- “*Que la oferta médica pública, como ya sucede en otros países europeos, incluya diferentes opciones para el cuidado de la salud: naturismo,*

⁶³ Página web de la Liga para la Libertad de Vacunación:
<http://www.vacunacionlibre.org/nova/quienes-somos/nos-presentamos/#>

homeopatía, etc.., y que sean respetadas las opciones médicas de los pacientes, incluyendo las vacunaciones.

- *Que se dediquen más medios económicos y humanos a la mejora "real" de las condiciones higiénicas, sanitarias y alimentarias de los ciudadanos.*
- *Que se reconozca y se respete el derecho de todo ciudadano a escoger y decidir sobre la conveniencia o no de vacunarse.*
- *Que dejen de vacunarse sistemáticamente los niños menores de 3 años. Solamente una epidemia (según la ley orgánica 3/86 art. 2) o indicaciones específicas evaluadas para cada individuo justificarían su vacunación.*
- *Que se revisen los calendarios de vacunación y la necesidad real de los mismos".*

Artículos e informes publicados por la Liga por la Libertad de Vacunación (LLV) (todos escritos bajo el anonimato o por profesionales de la salud que han solicitado el anonimato):

La LLV publica el 11 de abril de 2012 un informe elaborado por el Grupo Médico Español de Reflexión sobre las Vacunas publicado en la web de la LLV y titulado “Informe sobre el sarampión” con el objetivo de: “*aportar razones en favor de las familias no vacunadas afectadas por el brote de sarampión.*”

En el artículo publicado en febrero de 2019 titulado “Vuelven las mentiras sobre la vacuna de la gripe”⁶⁴ se expone: “*Los mismos vacunólogos afirman que esta vacuna no tiene ninguna validez para limitar la extensión de la enfermedad gripal. No sólo no es eficaz sino que crea complicaciones postvacunales debido a, entre otras cosas, la presencia en su composición de mercurio o thiomersal, polisorbatos, escualeno, gentamicina, formaldehído, betapropiolactona, bromuros y sulfato de barrio*”.

⁶⁴ Enlace de la noticia en la página web de la LLV: <http://www.vacunacionlibre.org/nova/aldia/vuelven-las-mentiras-sobre-la-vacuna-de-la-gripe/>

Un artículo de la LLV titulado “Confirmada la farsa de los CDC: ¡las vacunas causan autismo!” indica que: “*En abril de 2012 denunciamos que los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos decidieron ocultar -con ayuda de científicos y asociaciones médicas corrupta, laboratorios y medios de comunicación ligados al poder- la relación entre el mercurio de las vacunas y diversas patologías nuerológicas (...)*”.

Otro artículo sobre la relación de las vacunas y el autismo es el titulado “*Robert de Niro y Robert Kennedy Jr. ofrecen 100.000 \$*” en el que se afirma que el hijo de Robert de Niro es autista a causa de una vacuna y que ofrece 100.000 dólares al profesional de la salud que demuestre que el mercurio de las vacunas es inocuo para el ser humano.