

RECHAZO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACUNACIÓN. ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DEL CONFLICTO DESDE LOS SISTEMAS ESPAÑOL Y NORTEAMERICANO¹

FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN
Profesor Propio Adjunto de Derecho Constitucional
Universidad Pontificia Comillas (ICADE)

Recepción: 24/01/2012

Aceptación después de revisión: 21/02/2012

Publicación: 28/10/2012

I. INTRODUCCIÓN. II. EL RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA. III. LA VACUNACIÓN COMO POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA. IV. EL RECHAZO CIUDADANO A LAS VACUNAS, ¿UNA REALIDAD O UN MITO? V. LA AUSENCIA DE UNA PREVISIÓN LEGAL EXPLÍCITA DE OBLIGATORIEDAD EN LAS NORMAS REGULADORAS DE LA VACUNACIÓN. VI. EL RECHAZO A LAS VACUNAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE. VII. LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA EN EL MODELO NORTEAMERICANO. VIII. LA SOLUCIÓN JURÍDICA DEL CONFLICTO EN NUESTRO SISTEMA: ¿AUSENCIA DE MECANISMOS CONCRETOS DE SOLUCIÓN? IX. CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN

El rechazo de los padres a la vacunación de sus hijos, tanto en las vacunaciones por brotes epidémicos como en las sistemáticas, no ha constituido un problema especialmente apreciable en nuestra sociedad. Las vacunas han sido habitualmente consideradas por nuestros ciudadanos como uno de los mayores éxitos de la medicina y, más concretamente, de las políticas de salud pública de los últimos años. Sin embargo, recientemente se aprecia cierto movimiento social que se muestra mucho más crítico con las vacunas, de manera que ya no es extraño encontrarse con algún caso concreto de negativa a la vacunación. En este estudio hacemos un análisis de los problemas que presenta nuestro ordenamiento respecto a la posibilidad de salvar jurídicamente el rechazo de los padres a la vacunación de sus hijos, sobre todo en el ámbito de las vacunaciones sistemáticas. Este análisis lo efectuamos atendiendo, además, a la comparación con uno de los mode-

¹ Este artículo trae causa de una comunicación presentada y aceptada en el IX Congreso de la Asociación de Constitucionalistas de España, celebrado los pasados 27 y 28 de enero de 2011 en Santa Cruz de Tenerife. Se trata, en todo caso, de una versión actualizada y sustancialmente ampliada de la citada comunicación.

los que más ha regulado sobre esta materia, como es el existente en los Estados Unidos de América.

PALABRAS CLAVES: rechazo de tratamiento; consentimiento por representación; vacunas; consentimiento informado; salud pública.

ABSTRACT

The refusal of parents to vaccinate their children, both in vaccinations for outbreaks such as the systematic, has not been a particularly noticeable problem in our society. Vaccines have been commonly regarded by our citizens as one of the biggest successes of medicine and, more specifically, public health policy in recent years. However, recently there was some social movement that is much more critical of vaccines, so that it is not unusual to meet a specific case of refusal to vaccination. In this study we analyze the problems in our system regarding the possibility of saving legally rejection of parents to vaccinate their children, especially in the field of systematic vaccinations. In our analysis we also make a comparison with one model that has regulated widely this issue, such as the model which exists in the United States of America.

KEY WORDS: treatment refusal; consent by proxy; vaccines; informed consent; public health.

I. INTRODUCCIÓN

La opinión pública se ha hecho eco recientemente, a través de un caso concreto ocurrido en un colegio de Granada en relación a un brote de sarampión², de los problemas legales que presenta tratar de adop-

² Los hechos de dicho caso traen causa de un brote de sarampión detectado en un colegio de Granada con 36 casos confirmados. El contagio se había producido, en gran parte, por la baja cobertura vacunal de los niños del barrio. Los padres de cinco menores se negaron expresamente a que sus hijos fueran vacunados. Ante tal negativa, la Junta de Andalucía decide solicitar auxilio judicial con el fin de lograr que los niños sean vacunados pese a la oposición de los padres. El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5 de Granada dictó Auto de 24 de noviembre de 2010 en virtud del cual se acordaba la vacunación forzosa de dichos menores. Otro caso que saltó igualmente a los medios de comunicación en relación con las vacunas fue el de las dos menores que habían sido vacunadas contra el virus del papiloma humano (VPH) y que fueron ingresadas en un hospital con convulsiones y pérdida de conocimiento. Como medida de precaución, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios suspendió la distribución del lote bajo sospecha y retiró sus 75.582 unidades. Sobre este segundo caso puede verse RAMOS GONZÁLEZ, S. (2009), «Nota sobre las posibles responsabilidades civiles por los daños asociados a la vacuna Gardasil® contra el virus del papiloma humano (VPH)», *Indret*, 1. Sobre los problemas que, desde el punto de vista del riesgo-beneficio, presenta dicha vacuna frente al virus del papiloma humano puede verse JAVITT, G.; BERKOVITZ, D., y GOSTIN,

tar una decisión pública de vacunación obligatoria. Sin embargo, el problema de las vacunas constituye una cuestión que ya desde hace tiempo ha venido preocupando no solo a las autoridades públicas, sino a los expertos en salud pública. El Derecho, por el contrario, poco se ha preocupado de tal cuestión, y ello quizás haya obedecido al desconocimiento de que pudiera existir conflicto alguno en la realidad³.

En el presente trabajo vamos a abordar los problemas que plantean las políticas públicas de vacunación desde la perspectiva del derecho de los pacientes y, sobre todo, de los representantes legales de los menores de edad a rechazar el tratamiento médico que se ha consagrado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, Ley de autonomía del paciente)⁴, bajo el instituto del consentimiento informado⁵. Este

L. O. (2008), «Assessing Mandatory HPV Vaccination: Who Should Call the Shots?», *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Summer, págs. 384-395. En los Estados Unidos de América, veinticuatro Estados han incluido la vacunación contra el virus del papiloma humano como requisito para el acceso a la escuela de las menores.

³ Este vacío doctrinal es puesto de manifiesto también por Cierco Sieira, quien considera que su razón de ser radica en que la doctrina se ha ocupado más de los aspectos asistenciales de la salud, es decir, de los aspectos que atañen a la salud individual. Vid. CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo. Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población», *Derecho y Salud*, 13, pág. 211.

⁴ BOE de 15-XI-2002.

⁵ Téngase en cuenta que, contrariamente a lo que ha mantenido el Tribunal Supremo (vid., entre otras, STS de 12-I-2001, *El Derecho*, 2001/6), el consentimiento informado no constituye un derecho, sino una garantía o instrumento de satisfacción del derecho a autorizar o rechazar el tratamiento médico. A este respecto, vid. ROVIRA, A. (2007), *Autonomía personal y tratamiento médico. Una aproximación constitucional al consentimiento informado*, Cizur Menor, Thomson-Aranzadi, págs 109-110. Sin embargo, el propio Tribunal Constitucional parece insistir en dicha posición que aprecia el consentimiento informado como derecho y no como garantía. Así, en la reciente Sentencia 37/2011 declara, literalmente, que «para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues solo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro» (FJ 5.º). Sin embargo, el mismo Alto Tribunal parece corregir dicha declaración cuando, a continuación, señala que «la información previa, que ha dado lugar a lo que se ha venido en llamar consentimiento informado, puede ser considerada, pues, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las actuaciones médicas, y, señaladamente, una consecuencia implícita y obliga-

análisis lo haremos a través de la comparación de las disposiciones de nuestro sistema jurídico sobre la materia y el sistema norteamericano. Acudimos a la comparación con este sistema, pese a las diferencias existentes entre ambos, por cuanto que los Estados Unidos de América constituye, dentro de todos los países de nuestro entorno, no solo el país en el que mayor repercusión y frecuencia han tenido tales negativas a la vacunación, sino, además, por lo que a nuestro trabajo interesa, porque es el modelo jurídico que ha incorporado mayor número de soluciones jurídicas al conflicto. Por tanto, el análisis no se hace con la pretensión de incorporar necesariamente a nuestro sistema alguna de las propuestas elaboradas ahí, sino tan solo de ofrecer un panorama más amplio de análisis, acudiendo al modelo que, para los propios expertos en vacunación, constituye el principal referente de las políticas públicas de vacunación⁶.

En todo caso, como iremos comprobando a lo largo de nuestra exposición, si bien nuestro ordenamiento jurídico no ha incorporado explícitamente el deber de vacunación, como sí se ha hecho en Estados Unidos, no existiendo ninguna norma jurídica concreta que establezca que los poderes públicos pueden exigir de sus ciudadanos que acepten ser vacunados, sí que entendemos que hay cierta base legal suficiente que permitiría que los poderes públicos competentes adoptaran la decisión de vacunación forzosa en determinados supuestos específicos, y fundamentalmente en el caso de epidemias. Sin embargo, fuera del ámbito de la epidemia o de la urgencia o necesidad sanitaria, tal alternativa muestra ciertas dudas.

Por último, debemos apuntar también que nuestro debate quedará especialmente ceñido a los conflictos que se plantean en el ámbito de las vacunaciones infantiles; en concreto, cuando los padres rechazan la vacunación de sus hijos. Obviamente, existen otros conflictos que presentan sus propias peculiaridades y que también son de interés para el Derecho constitucional, tales como el de la negativa del trabajador y,

da de la garantía del derecho a la integridad física y moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental» (FJ 5.º).

⁶ En los foros científicos de debate sobre vacunación y en las publicaciones médicas sobre la materia es común que se acuda al ejemplo de Estados Unidos. Además, no debemos olvidar que, como veremos más adelante, el primer caso histórico de rechazo de una política pública de vacunación tuvo lugar, precisamente, en una ciudad norteamericana, Boston, lo que, además, dio lugar no solo a una reflexión médica, ética y jurídica sobre la cuestión, sino también a que por el Tribunal Supremo de dicho país se dictara la primera decisión judicial sobre el conflicto del que nos vamos a ocupar.

en especial, el profesional sanitario a ser vacunado⁷. Sin embargo, razones de espacio nos exigen centrarnos en aquél y dejar a un lado otros casos de rechazo de vacunas, aunque algunas de las propuestas que aquí se recogen puedan, obviamente, extrapolarse a dichos otros conflictos.

En definitiva, y desde la dogmática de los derechos fundamentales, vamos a abordar una cuestión que entronca con el reconocimiento de verdaderos derechos de defensa y libertad deducidos de las políticas públicas de prestación que se derivan de los principios rectores de la política social y económica que se consagra en los artículos 39 a 52 de la Constitución. Además, entre estas políticas públicas que consagró nuestro constituyente cobran especial relevancia las que derivan del deber público de protección de la salud que se consagra en el artículo 43, por afectar a intereses que trascienden a la mera esfera prestacional y que inciden en derechos de tal relevancia como son la vida, la integridad y la autonomía de voluntad⁸.

II. EL RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

El derecho a la protección de la salud que proclama nuestra Constitución en su artículo 43.1 ha venido tradicionalmente sustentado en la lucha por la curación de las enfermedades (aspecto asistencial de la salud) en un ámbito más individual que colectivo⁹. Sin embargo, des-

⁷ Se ha puesto de relieve que la negativa de los trabajadores del sector sanitario a la vacunación tiene una incidencia fundamental en el desarrollo de actitudes contrarias a la vacunación por parte de la población. Como ha señalado la propia Agencia Europea de Salud, es difícil convencer a los usuarios de que se vacunen cuando los propios agentes que han de administrar las vacunas ponen en cuestión los beneficios de las vacunas o rechazan vacunarse ellos mismos. Vid. *Assessment Report on EU-wide Pandemic Vaccine Strategies*, Health Protection Agency, 25 de agosto de 2010, pág. 112. Puede accederse a dicho informe a través de la página web de la Comisión Europea, <http://ec.europa.eu>.

⁸ Sobre esta cuestión, vid., en especial, ESCOBAR ROCA, E. (2008), «Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud», *Revista de Derecho Político*, 71-72, págs. 113-147.

⁹ Cierco Sieira señala que durante la segunda mitad del siglo XX éste ha sido el objetivo del sistema sanitario, en detrimento de las políticas de protección de la salud colectiva. Vid. CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo...», cit., pág. 211. Téngase en cuenta, en todo caso, que el Estado liberal de Derecho característico del siglo XIX y comienzos del siglo XX se había caracterizado en el ámbito sanitario, precisamente, por su configuración esencialmente preventiva. Vid. REBOLLO PUIG, M. (1988), «Sanidad preventiva y salud pública en el marco de la actual Administración Sanitaria española», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 239,

de hace ya tiempo junto a tal objetivo se han abierto paso las políticas de salud pública¹⁰, en virtud de las cuales el objetivo no es curar, sino, más aún, prevenir la enfermedad, todo ello sobre la base del principio de atención integral a la salud¹¹. Tal idea ya aparece recogida en la propia Constitución, la cual señala en su artículo 43.2 que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas¹². Podría decirse, de este modo, que el contenido del derecho a la protección de la salud tiene una doble vertiente: de una parte, abarca el ámbito de la denominada salud pública, contemplando todas las medidas que un Estado debe desarrollar para preservar la salud de su ciudadanía; de otra, comprende las acciones a adoptar para garantizar la asistencia sanitaria que cada ciudadano pueda llegar a precisar¹³.

Igualmente, la norma encargada de regular las acciones que permiten hacer efectivo el derecho consagrado en el artículo 43¹⁴ y que

pág. 1410. Sobre el alcance de la protección de dicho artículo en lo que atañe a la salud individual y colectiva, vid. BORRAJO DA CRUZ, E. (1983), «Artículo 43. Protección de la salud», en ALZAGA VILLAAMIL, O., *Comentarios a las Leyes Políticas. Constitución Española de 1978*, tomo IV, Madrid, Edersa, págs. 149-196.

¹⁰ Para Muñoz Machado, nuestra Constitución no ha incorporado el histórico concepto de salud pública como salud colectiva, sino un concepto menos restrictivo que incorpora todo tipo de prestaciones de carácter preventivo, curativo, rehabilitador o educativo. Vid. MUÑOZ MACHADO, S. (1995), *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Madrid, Alianza, pág. 96.

¹¹ Hace ya tiempo, la doctrina administrativista había distinguido dentro de la acción administrativa sanitaria entre la actividad preventiva y la reparadora. Vid. BELTRÁN AGUIRRE, J. L. (1983), «La incidencia de la actividad administrativa sanitaria en los derechos y libertades fundamentales de las personas», *Revista Vasca de Administración Pública*, 6, pág. 156. Vid. también MUÑOZ MACHADO, S. (1975), *La sanidad pública en España (evolución histórica y situación actual)*, Madrid, Instituto de Estudios Administrativos, pág. 19; y REBOLLO PUIG, M. (1988), «Sanidad preventiva y salud pública...», cit., págs. 1406-1410.

¹² Recuérdese que en el Anteproyecto de Constitución no se hacía mención a la salud pública, sino tan solo a la sanidad y la higiene. Será como consecuencia de una enmienda presentada en el Senado por Sánchez Castiñeiras cuando se introduce el concepto moderno de salud pública, que se toma del concepto norteamericano (*public health*). Vid. SAINZ MORENO, F. (1980), *Constitución Española: trabajos parlamentarios*, Madrid, Cortes Generales, págs. 3484-3485; y LEÓN ALONSO, M. (2010), *La protección constitucional de la salud*, Madrid, La Ley, págs. 140-141. Según Pemán Gavín, el apartado segundo del artículo 43 supone proclamar un derecho a la protección de la salud que va más allá de un mero derecho prestacional. Vid. PEMÁN GAVÍN, J. (1989), *Derecho a la salud y Administración sanitaria*, Bolonia, Publicaciones del Real Colegio de España, págs. 82 y 83.

¹³ ORTIZ DE ELGEA GOICOECHEA, P. J., «La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de ciudadanos», *Derecho y Salud*, número extraordinario XI Congreso Derecho y Salud, pág. 63.

¹⁴ Sobre la oportunidad de haberse recogido el derecho a la protección de la salud entre los principios rectores de la política social y económica y no dentro de los derechos

constituye el denominado Sistema Nacional de Salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁵, consagra en su artículo 3.1, como principio general del sistema, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades¹⁶. Tal previsión se completa con lo dispuesto por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁷, cuyo artículo 11 recoge las prestaciones de salud pública, y entre ellas la información y vigilancia epidemiológica; la protección de la salud; la promoción de la salud; la prevención de las enfermedades; o la vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la Administración sanitaria competente.

Finalmente, en fechas recientes se ha aprobado por el Parlamento la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública¹⁸, que viene a completar el marco regulatorio de las políticas de salud pública.

A tales normas que integran en nuestro Sistema Nacional de Salud el principio general de protección de la salud pública habría que añadir también la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (en adelante, Ley Orgánica de medidas especiales)¹⁹. Esta norma recoge un sistema de medidas a adoptar en situaciones de urgencia o necesidad para la salud pública²⁰.

fundamentales y libertades públicas de la Sección 1.ª, vid. BASILE, S. (1981), «Los valores superiores, los principios fundamentales y los derechos y libertades públicas», en PREDIERI, A., y GARCÍA DE ENTERRÍA, E., *La Constitución Española de 1978*, 2.ª ed., Madrid, Civitas, págs. 289-290.

¹⁵ BOE de 19-IV-1986.

¹⁶ En similares términos, su artículo 8.1 considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. Sin embargo, para Cierco Sieira, en dicha Ley General la preocupación por la salud colectiva no posee un carácter preferente. Vid. CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo...», cit., pág. 212.

¹⁷ BOE de 29-V-2003.

¹⁸ BOE de 5-X-2011.

¹⁹ BOE de 29-IV-1986. La previsión inicial era incorporar los preceptos de esta Ley Orgánica a la Ley General de Sanidad, otorgando, de este modo, carácter orgánico a alguno de sus preceptos. Sin embargo, la Junta de Portavoces propuso finalmente segregarlos e incorporarlos a un texto independiente, lo que fue acordado por el Pleno del Congreso de los Diputados de 12 de noviembre de 1985. Vid. BOCG de 5-X-1985, n.º 145-I-2, pág. 2018/12, y BOCG de 20-XI-1985, n.º 145-III bis, pág. 2018/127.

²⁰ Existe una conexión entre los supuestos de hecho que pudieran dar lugar a la adopción de tales medidas excepcionales de protección de la salud pública y la figura del decreto-ley (art. 86.1 CE) y, sobre todo, del estado de alarma [arts. 116.2 CE y, en especial, 4.b) LO 4/1981].

Aunque la norma es extraordinariamente parca, menciona las medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización y control.

También, el ordenamiento jurídico comunitario ha consagrado tales políticas de salud pública. A este respecto puede verse el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, que 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*»²¹, añadiendo, a continuación, que «*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*»²². Igualmente, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea dispone en su artículo 35 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*».

Este objetivo público de promoción de las políticas de prevención ha cobrado, además, mayor trascendencia y actualidad a medida que nuestros sistemas sanitarios empiezan a presentar problemas de financiación por el incremento incesante de la demanda y la evolución de la tecnología sanitaria.

²¹ El logro de un alto nivel de protección de la salud constituye ya un objetivo de la acción comunitaria. Los propios responsables de la Unión tomaron conciencia, sobre todo a partir del Tratado de Maastricht, de que la participación directa de los ciudadanos en la construcción europea solo era posible si éstos percibían una mejora en su calidad de vida y la atribuían directa o indirectamente a dicho proceso. Por ello, la protección de la salud se convirtió ya en uno de los fines principales de la Unión. Sobre dicha cuestión puede verse RODRÍGUEZ MEDINA, C. (2008), *Salud pública y asistencia sanitaria en la Unión Europea*, Granada, Comares, págs. 8-10. Ello, incluso, ha sido reconocido por el propio Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en su decisión de 12-VII-1996 (caso *Reino Unido v. Comisión*): «*Furthermore, none of the documents before the Court supports the argument that the Commission's exclusive or main purpose was of an economic nature rather than to protect health*».

²² De este modo, puede perfectamente afirmarse que si bien no existe aún una política común europea en lo que se refiere a la regulación y gestión de la asistencia sanitaria, siendo ésta una competencia propia de los Estados miembros, sí existe, por el contrario, una política común en materia de salud pública. Ejemplo de tal política común lo constituye, entre otros, la creación hace unos años del Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades, con sede en Estocolmo, cuya misión es identificar, evaluar y comunicar amenazas para la salud humana por causa de enfermedades transmisibles. A este respecto, el Centro ha venido trabajando en el ámbito de la vacunación y, así, celebra anualmente una reunión sobre esta cuestión (*Eurovaccine, European Vaccination Conference*). Puede accederse a las funciones y actividades de dicho Centro a través de la página web <http://www.ecdc.europa.eu>. Así pues, el logro de un alto nivel de protección de la salud constituye ya un objetivo de la acción comunitaria.

Así pues, las políticas de salud pública, en su modalidad de políticas de prevención de la enfermedad, constituyen uno de los principales retos y logros de la medicina en este nuevo siglo y como tales han sido consagrados por nuestra Constitución y por las normas encargadas del desarrollo del derecho constitucional a la protección de la salud, consagrado en el artículo 43. De este modo, podemos igualmente afirmar que la salud pública y la prevención de las enfermedades constituyen un fin constitucionalmente legítimo que puede perfectamente operar como límite al ejercicio de los derechos fundamentales, y en especial al derecho a rechazar el tratamiento médico que resulta del derecho a la integridad corporal o indemnidad, que se ha visto reconocido por nuestro Tribunal Constitucional en su interpretación de lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 18 de la Constitución²³. A este respecto, la misma Ley General de Sanidad establece en su artículo 11.1 que los ciudadanos tienen el deber de cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios. En similares términos, el artículo 9.2.a) de la Ley de autonomía del paciente dispone que *«los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento ... cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley»*.

También, la reciente Ley General de Salud Pública dispone, al respecto, que los ciudadanos tienen el deber de colaborar en las actuaciones de salud pública, facilitando el desarrollado de tales actuaciones y absteniéndose de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución (art. 8).

III. LA VACUNACIÓN COMO POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

Dentro de estas políticas de salud pública cobran una especial trascendencia las vacunas. Las vacunas constituyen uno de los elementos

²³ Sobre el derecho a rechazar el tratamiento médico, vid., en especial, SSTC 120/1990 y 154/2002. En la primera se proclama, literalmente, que *«este derecho fundamental resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no solo por el de morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional»* (FJ 8.º).

esenciales de las políticas de salud pública y de la medicina preventiva en la medida que la ciencia muestra que las mismas son herramientas fundamentales. La aplicación de vacunas en la prevención de las enfermedades transmisibles ha constituido uno de los mayores éxitos de la historia de la salud pública, no solo porque es el método más eficaz para prevenir determinadas infecciones a nivel individual, sino porque, además, ha permitido el control y casi desaparición de enfermedades que representaban un grave problema sanitario, y en concreto la erradicación mundial de la viruela, una de las grandes plagas de la humanidad²⁴.

Las vacunas se garantizan en nuestro sistema jurídico a través de dos instrumentos: las prestaciones sanitarias y la vigilancia epidemiológica. Por lo que se refiere al primer instrumento, dada su trascendencia en el ámbito de la salud pública y de la medicina preventiva, las vacunas constituyen una prestación con cargo al Sistema Nacional de Salud²⁵. Así, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización²⁶, recoge, en el apartado 3.1 del anexo II, la siguiente prestación de actividad preventiva: vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las Administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en

²⁴ Véase *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, págs. 188 y 189. La primera vacuna fue inventada por Jenner frente a la enfermedad de la viruela en 1796, y la primera Ley de vacunación fue aprobada en Alemania en 1874 también respecto de la enfermedad de la viruela. Como precedente histórico, y por lo que a nuestro país se refiere, debemos destacar la *Real Expedición Marítima de la Vacuna*, que se organizó en 1803, durante el reinado de Carlos IV, y bajo la dirección de los doctores Balmis y Salvany, con el fin de ayudar a luchar contra la viruela en las colonias americanas. El fin de la expedición fue la creación de *Juntas de Vacunas* que permitieran luchar contra la epidemia de viruela que se había propagado en las colonias. Vid. RAMÍREZ MARTÍN, S. M. (2004), «El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): Las Juntas de Vacuna», *Asclepio*, 56, págs. 33-61; y BALAGUER PERIGÜELL, E., y BALLESTER ANÓN, R. (2003), *En el nombre de los Niños. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803-1806*, Madrid, Monografías de la AEP.

²⁵ Sobre el concepto de prestación sanitaria, véase el artículo 7.1 de la Ley de Cohesión, en el que se dispone que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, considerándose, entre otras, prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos.

²⁶ BOE de 16-IX-2006.

población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen²⁷.

Igualmente, la reciente Ley General de Salud Pública dispone en su artículo 19.2.c) que las vacunas son una de las acciones de prevención primaria de las enfermedades.

Por otro lado, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica constituye también uno de los instrumentos esenciales en el marco de la protección de la salud pública, y en especial en lo que a la prestación de las vacunas se refiere. A este respecto, debemos tener en cuenta que la prestación pública de la vacunación tiene un doble carácter: ordinario, en relación a las vacunas que aparecen establecidas en los correspondientes calendarios de vacunación; y, además, extraordinario, en relación con aquellos supuestos de brotes de enfermedades prevenibles con la vacunación.

La Red Nacional fue creada mediante Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre²⁸, con el fin de recoger y analizar la información epidemiológica para poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y en el espacio, contribuir a la aplicación de medidas de control individual y colectivo de los problemas que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional, y difundir la información a sus niveles operativos competentes (art. 1).

Por último, las vacunas quedan sujetas a requisitos específicos de calidad que se establecen en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios²⁹, para los medicamentos denominados especiales.

IV. EL RECHAZO CIUDADANO A LAS VACUNAS, ¿UNA REALIDAD O UN MITO?

Como acabamos de comprobar, las vacunas constituyen uno de los elementos esenciales de las políticas de salud pública. Su eficacia en la lucha para prevenir gran número de enfermedades y para atajar los brotes epidémicos responde a datos objetivos y no a meras conjeturas³⁰. Sin embargo, tal éxito, que parece mostrarse indiscutible desde

²⁷ Sobre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, vid. LANTARÓN BARQUÍN, D. (2007), *Asistencia sanitaria. Contenido, claves y principios*, Valencia, Tirant, 2007.

²⁸ BOE de 24-I-1995.

²⁹ BOE de 27-VII-2006.

³⁰ La Organización Mundial de la Salud estima que la introducción de las vacunas en el mundo ha evitado, anualmente, cinco millones de muertes por viruela, 2,7 millones

el punto de vista científico, no parece ir acompañado necesariamente del mismo reconocimiento social³¹. A este respecto, al triunfo de la vacunación le sigue en los últimos años un movimiento social que rechaza los beneficios que las vacunas parecen presentar³². Este movimiento se ha centrado, en gran medida, en el rechazo a la vacunación de los menores de edad.

Tal movimiento no es aún excesivamente relevante en nuestro país, a diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos de América³³, donde en las últimas décadas se aprecia un incremento de las negativas a la vacunación³⁴. Así, los datos sobre vacunación en España informan que la falta de vacunación en la infancia no constituye un problema de dimensiones significativas³⁵. En el año 2007, el porcentaje de niños que habían recibido la serie básica de las vacunas recomendadas supe-

por sarampión, dos millones por tétanos neonatal, un millón por tos ferina, seiscientos mil personas por poliomielitis parálitica y alrededor de trescientas mil por difteria.

³¹ DELGADO RUBIO, A., y MARTINÓN TORRES, F. (2008), «Controversia en la seguridad de las vacunas: mitos y realidades», en VV.AA., *Manual de vacunas en Pediatría 2008*, 4.ª ed., Madrid, Asociación Española de Pediatría, pág. 256.

³² Los motivos principales en los que se basa la negativa a las vacunas, según resulta del análisis de las diferentes páginas web que promueven tal rechazo, son: las vacunas causan enfermedad idiopática (100% de los sitios), las vacunas disminuyen la inmunidad (95%), existe infracomunicación de reacciones adversas (95%), la política de vacunación está motivada única y exclusivamente por las ganancias económicas (91%), las enfermedades que pretenden evitar las vacunaciones pueden también evitarse a través de una buena alimentación o de la homeopatía (73%), son contrarias a las libertades civiles (77%), o utilizan en su preparación tejido de fetos a los que se ha practicado el aborto (32%). Muchos de los argumentos que se manejan en la actualidad contra las vacunas coinciden con los que se esgrimieron hace un siglo frente a las políticas de vacunación obligatoria frente a la enfermedad de la viruela. Vid. WOLFE, R. M.; SHARP, L. K., y LIPSKY, M. S. (2002), «Content and design attributes of antivaccination web sites», *Journal of the American Medical Association*, 287, pág. 3248.

³³ Como destaca Calandrillo, es un fenómeno que va en aumento en Estados Unidos de América. Vid. CALANDRILLO, S. P., «Vanishing vaccinations: why are so many Americans opting out of vaccinating their children?», *University of Michigan Journal of Law Reform*, 37, págs. 353-440. Además, como señala Ciolli, el problema no radica ya en el ámbito de la libertad religiosa, sino en el hecho de que muchos Estados han comenzado a admitir como excepciones al deber de vacunación meras creencias personales o filosóficas. Vid. CIOLLI, A. (2008), «Mandatory School Vaccinations: The Role of Tort Law», *Yale Journal of Medicine and Biology*, 81, pág. 131.

³⁴ En el Estado de Colorado, por ejemplo, se ha pasado de un rechazo inferior al 1% a un rechazo próximo al 2% en diez años. Los motivos en los que se fundamenta el rechazo no es la libertad religiosa, que supone un porcentaje inferior al 10% del total, sino motivos ideológicos. Vid. VV.AA. (2000), «Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization», *Journal of the American Medical Association*, 284, págs. 3145-3150.

³⁵ García-Silicia sí aprecia una mayor incidencia del rechazo entre la población inmigrante. Vid. GARCÍA-SICILIA, J. (2005), «Información y comunicación de beneficios y riesgos de las vacunas», *Canarias Pediátrica*, 29, págs. 51-52.

raba en todos los casos el 96%. Igualmente, los porcentajes de niños que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas superaron en todos los casos el 95%³⁶.

Por comunidades autónomas, aunque hay diferencias, no se encuentran en las series básicas de vacunaciones coberturas inferiores al 92% en ninguna comunidad autónoma en 2007. La comunidad con menor cobertura declarada en todas las series básicas de vacunas fue Extremadura. Otras comunidades con las menores coberturas registradas son Canarias, Madrid o el País Vasco. Por su parte, las comunidades con las mayores coberturas en estas series básicas de vacunaciones fueron Galicia, Asturias, Cataluña, Aragón o Castilla y León. En otro ámbito, en el de la vacunación gripal en mayores de sesenta y cinco años, los datos de salud muestran que se alcanza el 62,3% en 2008³⁷.

Sin embargo, casos como el acaecido en Granada muestran la presencia cada más palpable de un movimiento que rechaza la vacunación por diferentes motivos, fundamentalmente ideológicos³⁸. Este dato queda corroborado por la existencia de un número creciente de páginas web que se postulan en contra de la vacunación y por la opinión de expertos³⁹. Además, se trata de una tendencia que va en aumento y no solo en los Estados Unidos de América, sino también en el entorno europeo (sobre todo en Reino Unido, Alemania y Países Bajos), con un gran impacto en cuanto a la negativa de los medios de comunicación⁴⁰.

³⁶ Véase *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, pág. 189. Entre las comunidades autónomas destacan singularmente Cantabria y Asturias. En la primera se alcanza el cien por cien de vacunación en los niños, mientras en la segunda se roza en todos los casos dicho porcentaje.

³⁷ Vid. *Sistema Nacional de Salud. España 2010*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, pág. 63.

³⁸ Un estudio que analiza el conocimiento de los padres sobre las principales vacunas en el periodo 1993-2003 concluye que tal conocimiento ha disminuido en los últimos años. Incluso tal peor conocimiento se aprecia más en familias con mayor nivel de estudios. Vid. VV.AA. (2006), «Conocimientos de los padres españoles sobre la vacunación de sus hijos durante la década 1993-2003. Datos por comunidades autónomas», *Vacunas*, 7, págs. 144-150.

³⁹ MORATÓ I AGUSTÍ, L. M., «Doctor yo no me vacuno», *Tema del mes*, en www.vacunas.org. Dentro de este movimiento destaca la asociación denominada *Liga para la Libertad de Vacunaciones*, fundada en Barcelona en 1989, que mantiene una página web y una red de profesionales sanitarios, presente en diez comunidades autónomas, para informar sobre los peligros de las vacunas y promueve un manifiesto en contra de tal medida de salud pública. Puede accederse a dicha información a través de la página web www.vacunacionlibre.org.

⁴⁰ GARCÍA-SICILIA LÓPEZ, J. (2008), «Información a los padres...», en VV.AA., *Manual de vacunas en Pediatría 2008*, op. cit., págs. 169-170. Vid., también, *Diario Médico* en su edición de 25 de marzo de 2010. Puede accederse a dicha noticia a través de la

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría ha destacado que los principales motivos de negativa a la vacunación de hijos son el miedo a los efectos adversos y la baja percepción de los padres sobre el riesgo de las enfermedades⁴¹.

V. LA AUSENCIA DE UNA PREVISIÓN LEGAL EXPLÍCITA DE OBLIGATORIEDAD EN LAS NORMAS REGULADORAS DE LA VACUNACIÓN

Las normas que regulan las vacunas en nuestro sistema jurídico, pese a reconocer su especial relevancia en el campo de la salud pública y de la prevención de enfermedades individuales y colectivas (epidemias), no incorporan una cláusula jurídica de obligatoriedad, salvo lo previsto en 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 1944⁴², en cuyo artículo único dispone que *«las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas, podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente. En todas las demás infecciones en que existan medios de vacunación de reconocida eficacia total o parcial y en que ésta no constituya peligro algu-*

página web www.diariomedico.com. Puede recordarse, como mero ejemplo, la reciente polémica ocasionada por la decisión de la prestigiosa revista *Lancet* a principios de 2010 de retirar un artículo sobre un estudio publicado por un gastroenterólogo británico, doctor Wakefield, que vinculaba la vacuna triple vírica con el autismo. Tras una investigación del Consejo General de Médicos del Reino Unido, se constató que dicho investigador había sido financiado por abogados de familias contrarias a dicha vacuna.

⁴¹ Vid. *Diario Médico* en su edición de 25 de marzo de 2010. Puede accederse a dicha noticia a través de la página web www.diariomedico.com. La Asociación ha destacado también que las vacunas más rechazadas, según los datos de la encuesta europea (principalmente en los países anglosajones, Alemania y Países Bajos), son la triple vírica y la del virus de la hepatitis B. Y si bien en la actualidad es muy complicado tratar de determinar cuáles son las causas del rechazo a estas vacunas, sí puede establecerse una relación directa con la aparición de algunos casos de efectos adversos en los medios de comunicación.

⁴² *BOE* de 28-IV-1980. Recuérdese que dicha norma no debe ser confundida con la Ley de bases recogida en el marco del Decreto Legislativo por los artículos 82 y 83 CE, sino que se trata de una norma que nace con vocación de permanencia o de una norma cuyos preceptos vienen calificados formalmente como bases. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1988), *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, Oñati, HAEE-IVAP, pág. 349; y PEMÁN GAVÍN, J. (1989), *Derecho a la salud y Administración sanitaria, op. cit.*, pág. 128.

no, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias».

La eficacia jurídica de esta previsión queda, sin embargo, en duda por dos motivos, de los que, como veremos, resulta especialmente relevante, desde un punto de vista constitucional, el segundo. En primer lugar, debemos recordar que la Ley General de Sanidad preveía en su Disposición Final 5.^a que dicho artículo único había de ser objeto, junto a muchas otras normas, de refundición, regularización, aclaración y armonización en el plazo de dieciocho meses, mandato que, pese a haber transcurrido casi veinticinco años, aún no ha sido cumplido. Ciertamente, ello no resta necesariamente eficacia a la norma, pero sí que permite sostener que su eficacia es ya matizada, pendiente de cumplir el mandato impuesto por el legislador⁴³.

En segundo lugar, la norma no fue aprobada con el carácter de orgánica, de manera que entendemos que no habilitaría en nuestro Estado constitucional, y dado el tenor del artículo 81 y la interpretación del mismo que ha desarrollado el Tribunal Constitucional⁴⁴, a imponer una medida pública individualizada o colectiva de vacunación obligatoria⁴⁵. Más aún, como vamos a comprobar, la norma que regula tales medidas de compulsión fue, precisamente, aprobada con el carácter de orgánica, por afectar directamente al contenido de derechos fundamentales y libertades públicas contenidos en los artículos 15 a 29 CE.

Por otro lado, la citada Ley 22/1980 contempla un doble supuesto de obligatoriedad de la vacuna: el de epidemias (*casos repetidos* o *estados epidémicos*), por un lado, y el de las vacunaciones sistemáticas.

⁴³ Cierco Sieira mantiene, por el contrario, que dicha norma posee aún plena vigencia jurídica y que, además, habilitaría a las autoridades públicas para adoptar una política de vacunación sistemática de carácter obligatorio. Vid. CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo...», cit., pág. 233.

⁴⁴ Vid., en especial, SSTC 6/1982, 76/1983, 6/1987 y 160/1987.

⁴⁵ A estos efectos, téngase en cuenta que si bien pudiera considerarse que la imposición de un tratamiento obligatorio por la autoridad pública no afecta a la libertad individual, en la medida que pudiera no exigir, por ejemplo, el internamiento involuntario, lo que podría plantear que su regulación no exigiría una norma con el carácter de orgánica, la Comisión Europea de Derechos Humanos declaró en su Resolución n.º 18 (D. 8278/1978) que la ejecución forzosa de un análisis de sangre constituye una privación de libertad, aun en el caso de que dicha privación fuera de corta duración. Así, COBREROS MENDAZONA señala que dentro de los genéricos deberes sanitarios se destacan con perfiles propios los tratamientos sanitarios obligatorios, porque afectan o comprometen, precisamente, a la propia persona, al soporte físico de su personalidad. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1988), *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud...*, op. cit., págs. 235-236 y 248. Incluso, según el tenor de la Disposición Derogatoria 2.^a de la Ley General de Sanidad, podría mantenerse el rango meramente reglamentario de dicha Ley 22/1980.

Respecto de esta última posibilidad, la norma se muestra mucho menos contundente sobre la posibilidad de imponerlas obligatoriamente («podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos»).

Así pues, el régimen jurídico de las vacunas no recoge ninguna previsión para resolver los conflictos que pudieran plantearse ante el rechazo del menor y/o sus padres a determinadas vacunas. Las vacunaciones en nuestro país parecen no ser obligatorias, al no existir una previsión normativa expresa al respecto, salvo el tenor del artículo único de la Ley 22/1980, el cual, sin embargo, como acabamos de exponer, no entendemos que permita, dado el carácter ordinario y no orgánica de la Ley que lo contiene, adoptar una decisión administrativa de imposición forzosa de una medida que pudiera afectar directamente a varios de los derechos fundamentales consagrados en los artículos 15 a 29 CE⁴⁶.

Además, de la propia Ley General de Sanidad se deduce dicha voluntariedad en la medida que su artículo 28 dispone que todas las medidas preventivas deben atender a los principios de preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias y de no riesgo para la vida.

Igualmente, la Ley General de Salud Pública que acaba de aprobar el Parlamento tampoco recoge previsión alguna acerca de la obligatoriedad de las vacunas. Antes al contrario, dicha Ley se fundamenta en la voluntariedad de las vacunas. Así, si bien en los primeros borradores de dicha Ley se recogía (véase artículo 12.6) que «*las medidas especiales en materia de salud pública que tengan carácter obligatorio quedan exceptuadas de la necesidad de consentimiento*», el texto finalmente aprobado no hace mención alguna a dicha cuestión. Únicamente el artículo 5.2 dispone que «*sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública*».

⁴⁶ Como ya sostuviera Mendazona hace tiempo, nuestro sistema jurídico se basa en el principio de voluntariedad del tratamiento, esto es, que el tratamiento ha de venir precedido del correspondiente consentimiento. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1996), «La voluntariedad de los tratamientos sanitarios y su excepción por riesgo para la salud pública. Especial referencia al caso de la tuberculosis en la Comunidad Autónoma Vasca», *Revista Vasca de Administración Pública*, 46, pág. 344. Este principio se vio reforzado, aún más, con la entrada en vigor en nuestro ordenamiento jurídico del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en 1996 y abierto a la firma de los 41 Estados miembros el 4 de abril de 1997 en Oviedo (por ello se le conoce con el nombre común de Convenio de Oviedo). Puede accederse a una copia del mismo y de la memoria explicativa en la página web del Consejo de Europa, <http://conventions.coe.int>.

En definitiva, si ya los borradores de la citada Ley se mostraban excesivamente tibios sobre esta cuestión, el texto final lo es incluso más, sin que de su tenor pueda derivarse deber alguno de vacunación por parte de la población, aunque también es cierto que remite dicha cuestión a la Ley Orgánica 3/1986. Ciertamente es que al no haberse aprobado la Ley General de Salud Pública con carácter de Ley Orgánica, ya sea parcialmente, no resultaría constitucionalmente admisible que dentro de la misma se incorporaran normas que recogieran medidas que afectan directa y sustancialmente a derechos fundamentales de la relevancia de la integridad física o psíquica o de la libertad ideológica o religiosa. Ello solo es materia de ley orgánica y, por tanto, no puede encontrar sitio en la ley ordinaria. Sin embargo, ello no es óbice para que el texto de la norma se hubiera mostrado algo más claro sobre el valor de las vacunas como instrumento fundamental de las políticas de salud pública, sin perjuicio de remitir dicha cuestión, en lo que atañe a la afectación de derechos fundamentales y libertades públicas, a la precitada Ley Orgánica 3/1986.

Por otro lado, en nuestro sistema jurídico solamente existe un calendario de vacunación infantil recomendado, que elabora el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y que determina cuáles son las vacunas que han de recibir los niños desde su nacimiento hasta los dieciséis años⁴⁷. Dicho calendario se completa con los diferentes calendarios aprobados por las comunidades autónomas al amparo de sus competencias de ordenación y planificación de la salud pública⁴⁸. Por ello, y al tratarse de una mera recomendación, los padres pueden decidir no vacunar a sus hijos sin que por ello incumplan la normativa estatal al respecto.

Además, el hecho de que en España no exista dicha obligación de vacunar puede llevar a pensar que el Estado, implícitamente, otorga cierta credibilidad a los argumentos que se esgrimen en contra de la vacunación. También puede afirmarse que la ausencia de un calenda-

⁴⁷ Puede accederse a dicho calendario a través de la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social (actualmente, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), www.msps.es.

⁴⁸ Sin embargo, entre los calendarios de las comunidades autónomas se aprecian diferencias ostensibles, sobre todo en lo que se refiere a las vacunas recomendadas, a las edades e incluso al lugar de vacunación (escuelas o centros de salud). Así, por ejemplo, mientras el calendario del País Vasco sigue recomendando la vacuna BCG al nacimiento, siendo el único lugar de Europa que así lo hace, el de la Comunidad de Madrid es el único de España que recoge la vacuna del neumococo. Vid. GARCÍA-MATO CHAÍN, G.; MARIANO LÁZARO, A., y BERNAOLA ITURBE, E. (2008), «Calendarios de vacunación infantil», en VV.AA., *Manual de vacunas en Pediatría 2008, op. cit.*, págs. 793-794.

rio común y único en todas las comunidades autónomas favorece cierta desconfianza hacia las vacunas⁴⁹.

Cierto es que algunas normas autonómicas sobre educación exigen, para el acceso a los centros escolares, acreditar que se ha cumplido con el calendario de vacunas de la comunidad⁵⁰. Tales previsiones no suponen, sin embargo, cláusulas de vacunación obligatoria, en la medida que la consecuencia del incumplimiento es la inadmisión en el correspondiente centro y no una decisión ablatoria de vacunación forzosa⁵¹.

VI. EL RECHAZO A LAS VACUNAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Siendo las vacunas un fármaco y, por ende, un tratamiento médico, su régimen jurídico de rechazo queda sujeto también, sin perjuicio de

⁴⁹ En todo caso, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 18 de marzo de 2010, acordó la aprobación en breve de un calendario vacunal único para todas las comunidades autónomas. Vid. *Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Consejo Interterritorial, 2010, pág. 16. Puede accederse a dicho documento a través de la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social (actualmente, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), www.msps.es. El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría considera un objetivo prioritario la consecución de un calendario de vacunaciones único, de forma que se mantenga el principio de equidad en la prevención de la salud y el principio de racionalidad que facilite el cumplimiento de las inmunizaciones en los niños que cambien de comunidad como lugar de residencia. Dicho Comité señala que en la actualidad no existen diferencias epidemiológicas en las enfermedades prevenibles entre las diferentes comunidades autónomas, con la posible excepción de la hepatitis A en Ceuta y Melilla, que vengan a justificar calendarios vacunales distintos. Vid. VV.AA. (2010), «Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2010», *Anales de Pediatría*, 72, pág. 433.e2. Para García Ruiz, es evidente que la existencia de diversidad en este ámbito propicia desigualdades entre comunidades y, además, atenta contra la filosofía que subyace en los programas de vacunación infantil, que no es otra que procurar inmunizar al grupo. Vid. GARCÍA RUIZ, Y. (2009), «¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de sus padres?», *Humanitas Humanidades Médicas. Tema del mes on line*, 35, pág. 16. Por último, la reciente Ley General de Salud Pública sí aborda dicha cuestión y dispone en su artículo 6.4 que el derecho a la igualdad de los ciudadanos en materia de políticas de salud pública se concretará en una cartera de servicios que incluirá un calendario de vacunación único, disponiendo, a continuación, el artículo 19.3 que el Consejo Interterritorial acordará un calendario único de vacunas.

⁵⁰ Véase artículo 4 Ley de la Comunidad Valenciana 1/1994, de 18 de marzo, de salud escolar.

⁵¹ El término *actividad ablatoria* es de común uso por nuestra doctrina administrativa y se toma de Giannini. Vid. BELTRÁN AGUIRRE, J. L. (1983), «La incidencia de la actividad administrativa sanitaria...», cit., pág. 156.

las normas anteriores, a las previsiones que al respecto pudiera contener la Ley de autonomía del paciente, y más concretamente lo que la misma recoge sobre la potestad de los representantes legales del menor para rechazar tratamientos.

Con carácter preliminar, podemos recordar que la Ley de autonomía del paciente ha supuesto un avance importante en materia de regulación de los derechos y deberes de los pacientes, sobre todo en lo que se refiere al objeto de este trabajo⁵². En efecto, la Ley aborda por primera vez los problemas que presenta la autonomía de voluntad del paciente menor de edad, señalando en el artículo 9 que *«cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación»*⁵³.

⁵² Es importante recordar que, pese a que el catálogo de derechos que se consagra en la Ley General de Sanidad supuso un verdadero hito en la aparición y exigencia por los Tribunales de Justicia de tales derechos, la regulación fue, quizás por precipitación, quizás por ingenuidad (el cambio de la relación médico-paciente supone un cambio cultural, no siendo suficiente, como en cierto modo se pretendió, con un cambio meramente legal), bastante confusa. Por ello, la Ley de autonomía del paciente tuvo como principal finalidad salvar los problemas legales planteados por la aplicación práctica de la Ley General de Sanidad, aunque ello solo se admita tácitamente por la propia Ley de autonomía del paciente en su Preámbulo: *«la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales»*. Añade, a continuación, que *«la atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus arts. 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad»*. Pemán Gavín considera, en relación con esta cuestión, que durante la segunda mitad de los años noventa se va a hacer patente que el contexto social y jurídico de las relaciones clínicas evolucionaba hacia un nuevo escenario en el que se consolida la percepción, tanto para la doctrina como para la jurisprudencia, de que las normas contenidas en la Ley General de Sanidad resultaban insuficientes y poco matizadas y que, en consecuencia, resultaba conveniente proceder a desarrollarlas y actualizar su contenido con formulaciones más precisas que permitieran ofrecer una respuesta normativa cabal a los problemas y conflictos que se venían planteando en la práctica asistencial. Vid. PEMÁN GAVÍN, J. M. (2005), *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios Jurídicos*, Granada, Comares, págs. 257-258.

⁵³ Interesantes se muestran también las previsiones que sobre los menores recoge el reciente Convenio de Deontología Médica, aprobado por la Organización Médica Colegial en julio de 2011. El artículo 14 del mismo dispone, literalmente, que: *«1. El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistencia-*

Como puede verse, la Ley habilitaría a los padres para tomar la decisión sobre su hijo menor de edad, siempre que éste tuviera menos de dieciséis años o no estuviera emancipado. Sin embargo, tal previsión no puede entenderse en el sentido de que la capacidad de decisión del representante sea absoluta, sino que, obviamente, se encuentra limitada por el interés del representado, su hijo menor de edad, más aún cuando la decisión incide sobre bienes personalísimos como son la salud y, por ende, la integridad física e incluso la vida. La capacidad de decisión de los representantes legales o tutores del menor de doce o más años se encuentra limitada, ya que únicamente podrán decidir en beneficio o interés de su representado. El denominado consentimiento por representación o, en los términos empleados por algunas normas autonómicas, por sustitución posee una eficacia limitada, hasta tal punto que dicho consentimiento solo debe ser respetado cuando no se muestre contrario con lo que se presume que es el bienestar y la salud del paciente, es decir, cuando no vaya en contradicción con los derechos personalísimos de los que es solo titular el paciente. De este modo, los padres del menor de doce o más años, al actuar en representación del mismo, no pueden denegar su autorización para una intervención o tratamiento médico que va en beneficio de la salud del paciente.

Así, el artículo 9.5 de la Ley de autonomía del paciente dispone que *«la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal»*. Es decir, el consentimiento por representación debe ejercerse siempre en beneficio del representado, por lo que el representante no podrá tomar una decisión que se presuma que perjudique a aquél, ni el médico respetar dicha decisión perjudicial. El paciente capaz es el único que puede adoptar libremente cualquier decisión, aun cuando de la misma se derive un riesgo para su vida o integridad física o psíquica⁵⁴.

les ordinarias. 2. La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética. 3. En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta. 4. Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial». Puede accederse a dicho Convenio a través de la página web de la Organización Médica Colegial, www.cgcom.es.

⁵⁴ Conforme reconoce el Tribunal Constitucional en las Sentencias 120/1990 y 154/2001, entre otras.

Sin embargo, tampoco podemos pensar que los representantes carezcan de todo derecho respecto de su posición sobre el menor, sobre todo cuando se trata de los progenitores. No debemos olvidar que la patria potestad, que opera en beneficio del menor, no se configura como una institución de la que emanan solamente deberes para los progenitores, sino también determinados derechos con un fundamento metajurídico que les permite proyectar en sus hijos sus propios valores, creencias y culturas. A este respecto, los términos en los que se expresa el artículo 154 CC permiten también deducir derechos de los padres respecto de sus hijos que se derivan de la patria potestad. Se trata, en definitiva, de un equilibrio complicado, equilibrio que no se produce entre deberes de los padres y derechos del menor, sino entre diferentes derechos de ambas partes, los de los padres de ofrecer al menor la necesaria protección y salvaguarda, y los del menor de ejercer sus opciones vitales, incluso cuando éstas no coinciden con las de sus progenitores.

Gracia Guillén nos recuerda que *«la familia es, desde su raíz, una institución de beneficencia. Así como la función del Estado es la no maleficencia, la de la familia es la beneficencia. La familia es siempre un proyecto de valores, una comunión de ideales, una institución de beneficencia. Lo mismo que los familiares tienen derecho a elegir la educación de sus hijos, o a iniciarlos en una fe religiosa, tienen también derecho a dotar de contenido a la beneficencia del niño, siempre y cuando, naturalmente, no traspasen el límite de la no maleficencia. Los padres tienen que definir el contenido de la beneficencia de su hijo, pero no pueden actuar nunca de modo maleficente»*, y, por ello, *«ni el médico ni el Estado tienen capacidad para definir lo que es el mayor beneficio de un niño. Esta capacidad no les corresponde más que a los padres o a los tutores. La función del Estado no es ésta, sino otra muy distinta, que consiste en vigilar para que padres y tutores no traspasen sus límites y, so pretexto de promover la beneficencia de sus hijos, no estén actuando en perjuicio suyo, es decir, maleficentemente»*⁵⁵.

Por lo tanto, y ya en lo que se refiere en concreto a la vacunación del menor, si bien los padres son quienes ostentan la decisión en tales supuestos, ello no les habilita para rechazar la vacuna cuando tal rechazo afecte a la salud de su hijo menor. Pese a ello, y aquí radica el problema principal, podría esgrimirse por los padres, a la hora de fun-

⁵⁵ GRACIA, D.; JARABO, Y.; MARTÍN ESPÍLDORA, N., y RÍOS, J. (2001). «La toma de decisiones en el paciente menor de edad», *Medicina Clínica*, 117, pág. 183.

damentar el rechazo a la vacuna, que no existe dicho riesgo efectivo, como ocurriría en el caso de brotes epidémicos, de manera tal que el balance riesgo-beneficio no estaría tan claro en los supuestos de vacunas. Ello, además, vendría sustentado en lo que ya hemos comentado antes en el sentido de que el calendario vacunal no es obligatorio. Si las vacunas sistemáticas no son obligatorias, cómo podemos, en sede jurídica, argumentar que la decisión de los padres de rechazar el tratamiento médico de vacunación constituye una decisión contraria al mejor interés del hijo.

Cierto es que la propia Ley de autonomía del paciente recoge la salud pública como un límite a la capacidad de rechazo del tratamiento que en este caso concreto ostentarían los padres. Sin embargo, tal previsión que se recoge en el artículo 9.2.a) no resolvería el problema que venimos planteando por un motivo sustancial, ya empleemos el término salud pública en un sentido amplio que no solo ampararía los supuestos de brotes epidémicos, es decir, de riesgo efectivo, sino también los casos de riesgo potencial, que es lo que ocurre habitualmente con las vacunas, ya que éstas se prescriben con independencia de que concurra o no un supuesto de brote, precisamente para evitarlo. El propio artículo 9.2.a) exigiría la concurrencia previa de una norma jurídica que autorizara de manera explícita la intromisión en la integridad de la persona, al disponer que las razones sanitarias que lo permitirían han de estar «*establecidas por la Ley*», recogiendo a continuación, además, una mención expresa a la Ley Orgánica 3/1986.

Así pues, a falta de dicha previsión normativa fuera de los supuestos de brotes epidémicos, la posibilidad de remover la decisión de los padres de no vacunar a su hijo no encontraría amparo legal en la Ley de autonomía del paciente. El precepto constituye sustancialmente una remisión a la Ley Orgánica 3/1986⁵⁶, de manera que lo ya hemos comentado acerca de dicha norma con anterioridad no viene alterado por el tenor de la Ley de autonomía del paciente.

VII. LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA EN EL MODELO NORTEAMERICANO

A diferencia de nuestro modelo jurídico, Estados Unidos ha sido el primer Estado en el que se ha planteado a nivel legislativo el conflic-

⁵⁶ SANCHO GARGALLO, I. (2004), «Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado», *Indret*, 2, pág. 19.

to acerca de la negativa a la vacunación obligatoria. Tal previsión normativa se ha desarrollado a nivel de los Estados y no a nivel federal. A este nivel únicamente existen recomendaciones sobre vacunación, pero no normativa alguna⁵⁷. Así, desde enero de 1998⁵⁸, todos los Estados recogen un régimen jurídico que establece la obligatoriedad de la vacunación. Además, dicho modelo de vacunación obligatoria se controla, por lo que a los menores se refiere, a través de la escuela, de manera que la vacunación constituye un requisito necesario para acceder a la escolarización (*school-entry laws*)⁵⁹. La escuela se convierte, de este modo, en el instrumento de control que los Estados utilizan para que los padres cumplan con el calendario de vacunas⁶⁰.

Dicho régimen general de obligatoriedad se complementa con un régimen de excepciones que atiende a los posibles supuestos de objeción de conciencia que permite eximirse de la vacunación sobre la base de motivos médicos, tales como la inmunocompetencia, los antecedentes alérgicos o la presencia de determinadas enfermedades de base. En estos casos, la negativa ha de venir acompañada del oportuno informe médico. Por lo que se refiere a las negativas fundamentadas en motivos no estrictamente médicos, 48 Estados admiten las razones religiosas⁶¹ y otros 18 las razones ideológicas o filosóficas⁶². Tales excepcio-

⁵⁷ VV.AA. (2001), «Processes for obtaining nonmedical exemptions to State Immunization Laws», *American Journal of Public Health*, 91, pág. 645.

⁵⁸ Precisamente fueron los problemas planteados con brotes de sarampión los que provocaron la aprobación por parte de los diferentes Estados norteamericanos de normas que imponían vacunaciones a escolares. Vid. VV.AA. (2001), «Processes for obtaining nonmedical exemptions...», cit., pág. 645.

⁵⁹ Algunos autores se muestran críticos con dicho modelo, considerando que deberían desarrollarse otras medidas que sí garanticen la inmunidad de los niños y adolescentes frente a las vacunas. Vid. VV.AA. (2008), «Delivering new vaccines to adolescents: the role of school-entry laws», *Pediatrics*, 121, pág. S83.

⁶⁰ GARCÍA RUIZ, Y. (2009), «¿Vacunaciones obligatorias de menores...», cit., pág. 19. Hodge y Gostin consideran que las políticas que vinculan las vacunas con el acceso a la escuela han tenido un gran éxito ya que promueven una actitud de aceptación de los padres con el fin de no impedir la escolarización de sus hijos: «most parents allow vaccinations principally for the health of the child, but secondarily for the reason that the failure to do so will result in a child's later denial of school admission in states where laws are strictly enforced». Vid. HODGE, J. G., y GOSTIN, L. O. (2002), *School Vaccination Requirements: Historical, Social, and Legal Perspectives. A State of the Art Assessment of Law and Policy*, Baltimore, Center for Law and the Public's Health, pág. 57.

⁶¹ No las admiten Mississippi y West Virginia. En relación al rechazo a la vacunación por motivos religiosos, el Tribunal Supremo norteamericano ha declarado que el interés del Estado en proteger la salud pública es superior al derecho del individuo a rechazar la vacunación en ejercicio de su libertad religiosa, ya que el ejercicio de la libertad religiosa no puede suponer el exponer a la comunidad o a su hijo al riesgo de padecer una enfermedad (caso *Prince v. Massachusetts*, 1944, 321 US 158, 166). Los dos confesiones religiosas que se han posicionado en contra de las vacunas son los *Amish* y la Iglesia de la Cienciología.

nes se regulan de diferente manera⁶³. Así, en Texas se exige que los sujetos pertenezcan a un grupo religioso reconocido que venga oponiéndose a cualquier vacuna y que se acompañe la negativa de una carta del líder del grupo justificando tal negativa. Por el contrario, California únicamente exige una declaración jurada de los padres⁶⁴. En todo caso, los Estados no tienen ninguna obligación constitucional que aceptar normativamente rechazos no fundamentados en razones médicas⁶⁵.

Además, otro dato de interés es que las vacunas no son gratuitas, aun cuando sean obligatorias para acceder a la escuela, si bien existen programas públicos de vacunas gratuitas para familias de escasos recursos (*Vaccines for Children Program*)⁶⁶.

Por otro lado, y dado que las vacunas tienen carácter obligatorio, existe un mecanismo de compensación económica para aquellos su-

⁶² CIOLLI, A. (2008), «Mandatory School Vaccinations...», cit., pág. 136. Massachusetts, Estado pionero en el movimiento antivacunas, como ya hemos comentado, solo admite razones religiosas, pero no las ideológicas o filosóficas. Así, su regulación de la vacunación infantil establece, literalmente, que «*no child shall, except as hereinafter provided, be admitted to school except upon presentation of a physician's certificate that the child has been successfully immunized against diphtheria, pertussis, tetanus, measles and poliomyelitis and such other communicable diseases as may be specified from time to time by the department of public health*». A continuación se recoge la excepción basada exclusivamente en razones religiosas, siempre que no se haya declarado una epidemia: «*In the absence of an emergency or epidemic of disease declared by the department of public health, no child whose parent or guardian states in writing that vaccination or immunization conflicts with his sincere religious beliefs shall be required to present said physician's certificate in order to be admitted to school*». Vid. Massachusetts General Law, Chapter 76, Section 15. Puede accederse a dicha norma a través de la página web www.malegislature.gov.

⁶³ Los motivos filosóficos han encontrado mayores dificultades a la hora de ser admitidos por los Tribunales como excepción al deber de vacunación, dado que el propio Tribunal Supremo había declarado en 1972, en *Wisconsin v. Yoder* (406 US 205), que la libertad ideológica o las meras razones filosóficas no pueden encontrar amparo legal en la Primera Enmienda de la Constitución, la cual comprende únicamente a las creencias religiosas, de manera que las objeciones han de estar enraizadas en una razón religiosa.

⁶⁴ VV.AA. (1999), «Health consequences of religious and philosophical exemptions from immunization laws», *Journal of the American Medical Association*, 282, págs. 47-53. En relación a tales excepciones, algún Tribunal federal las ha invalidado en la medida que, dados los genéricos términos en los que se expresaban, atribuían a las autoridades públicas un poder absolutamente discrecional sobre su aplicación en el caso concreto. Véase caso *Avard v. Dupuis*, de 1974 (376 F. Supp. 479).

⁶⁵ SALMON, D. A., y SIEGEL, A. W. (2001), «Religious and philosophical exemptions from vaccination requirements and lessons learned from conscientious objectors from conscription», *Public Health Report*, 116, págs. 289-295.

⁶⁶ VV.AA. (2001), «Processes for obtaining nonmedical exemptions to State Immunization Laws», *American Journal of Public Health*, 91, pág. 645. Puede accederse a dicho programa a través de la página web www.cdc.gov.

puestos en los que se produzcan daños como consecuencia de dicha vacunación. Se trata de un programa nacional de compensación que se encuentra regulado en la *National Childhood Vaccine Injury Act* de 1986 y que, dentro de sus cuatro programas de actuación⁶⁷, establece un sistema de responsabilidad objetiva («no-fault» *adjudication system*) sujeto a unas tablas de indemnizaciones⁶⁸. Tal mecanismo de compensación es, en todo caso, voluntario, de manera que los perjudicados pueden reclamar por la vía jurisdiccional ordinaria.

En el ámbito jurisprudencial debemos destacar la Sentencia del Tribunal Supremo de 1905, caso *Jacobson v. Massachusetts*, la cual constituye el *seminal case* de las vacunaciones obligatorias⁶⁹. En dicho caso, el Tribunal Supremo resolvió acerca de la negativa de un mayor de edad a la obligación de vacunarse frente a la viruela. El Alto Tribunal declaró que la comunidad tiene derecho a protegerse frente a determinados peligros como pudieran ser las epidemias y que, en consecuencia, ello constituye un límite a la libertad de decisión sobre su propio cuerpo que tiene todo sujeto. De este modo, la vacuna obligatoria es congruente con los tradicionales poderes de policía que tiene el Estado. Sin embargo, el propio Tribunal señaló que tal decisión

⁶⁷ Los cuatro programas de actuación son: a) *National Vaccine Program*, que promueve el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de las vacunas; b) *Vaccine Injury Compensation Program*, que establece un sistema de compensación de los daños derivados de la vacunación; c) *Vaccine Adverse Events Reporting System*, que crea un sistema de comunicación y vigilancia de efectos adversos; d) *Vaccine Information System*, que impulsa sistemas de información a los padres sobre los beneficios y riesgos de las vacunas.

⁶⁸ Sobre dicho mecanismo de compensación pueden verse HODGE, J. G., y GOSTIN, L. O. (2002), *School Vaccination Requirements...*, *op. cit.*, págs. 65-66; y GARCÍA RUIZ, Y. (2009), «¿Vacunaciones obligatorias de menores...», *cit.*, pág. 19. Sin embargo, algún autor ha criticado el sistema porque es lento, costoso y, pese a su carácter objetivo, sin culpa, se han desestimado tres de cada cuatro reclamaciones. Vid. MARINER, W. K. (1992), «The National Vaccine Injury Compensation Program», *Health Affairs*, 11, pág. 264.

⁶⁹ *Jacobson v. Commonwealth of Massachusetts*, 197 US. 11 (1905). Este caso vino precedido de uno de los mayores ejemplos de movimientos antivacunas que surgieron en Estados Unidos de América. Tal movimiento aparece en el marco de una gran epidemia de viruela que se desató en la ciudad de Boston a principios del siglo XX. Como reacción a las publicaciones de un periodista del *Boston Globe* que acompañó a las brigadas estatales de vacunación acerca de una supuesta vulneración de los derechos civiles de ciertos ciudadanos (principalmente vagabundos), surge tal movimiento. Vid. VV.AA. (2001), «The last smallpox epidemic in Boston and the vaccination controversy, 1901-1903», *The New England Journal of Medicine*, 344, págs. 375-379. Vid., igualmente, PALOMINO, R. (1994), *Las objeciones de conciencia*, Madrid, Montecorvo, pág. 346. Se han apuntado también como primeros precedentes de las decisiones judiciales sobre vacunación las adoptadas por el Tribunal Supremo de Vermont, de 1830, *Hazen v. Strong*, acerca del pago por una autoridad pública de vacunas en una comunidad, y por el Tribunal Supremo de Pensilvania, de 1894, *Duffield v. School District of City of Williamsport*.

no podía extrapolarse con carácter general a cualquier otro caso concreto de vacunación obligatoria, debiendo concurrir, como la propia decisión se encargó de remarcar, los elementos de epidemia, gravedad de la situación y eficacia demostrada de la vacuna. El Tribunal detalló cuáles habían de ser en el futuro los cuatro requisitos que habían de concurrir para poder admitir la vacunación obligatoria: en primer lugar, una necesidad de salud pública (*public health necessity*); en segundo lugar, una relación directa (razonable) entre la intervención y el objetivo de salud pública (*reasonable relationship between the intervention and public health objective*); en tercer lugar, la intervención no puede ser arbitraria u opresiva (*not be arbitrary or oppressive*); y, por último, la intervención no puede suponer un riesgo para la salud del sujeto (*the intervention should not pose a health risk to its subject*).

Esta doctrina se vio posteriormente reiterada en 1922, en el caso *Zucht v. King*, que versaba sobre la vacunación obligatoria para la enfermedad de la viruela de unos escolares⁷⁰.

En definitiva, a diferencia de nuestro modelo, en el que no se ha establecido normativamente deber alguno de vacunación, el modelo norteamericano sí lo ha recogido tanto normativa como jurisprudencialmente. Así, inicialmente se proclamó jurisprudencialmente la vacunación obligatoria en el caso de epidemia para, posteriormente, consagrarse normativamente tal deber de vacunación, incluso en el ámbito de las vacunas sistemáticas. Además, si bien dicho deber admite ciertas excepciones que, incluso, se contemplan de manera muy amplia en algunos Estados, admitiéndose no solo motivos médicos, sino también religiosos e ideológicos y filosóficos, tales excepciones no impiden que las autoridades públicas puedan, en casos concretos, imponer la vacunación, y difícilmente operarían en supuestos de epidemia, dados los términos en los que se han venido pronunciando los Tribunales de Justicia y el propio Tribunal Supremo desde comienzos del siglo XX. El sistema norteamericano se basa, por tanto, en la primacía de la salud colectiva, primacía que también es cierto que muestra ciertas excepciones, fundamentalmente médicas.

⁷⁰ *Zucht v. King*, 260 US 174 (1922). También resulta de interés, al abordar el problema relativo a la prohibición de acceso a la escuela por la negativa de los padres a la vacunación, la Sentencia del Tribunal Supremo de Nueva Jersey, de 1959, *Board of Education of Mountain Lakes v. Mass* (152, A.2d 394). En este caso, el Tribunal considera que la pretensión de los padres de exigir el acceso de sus hijos (en este caso, en custodia temporal) pese a no haber sido vacunados por motivos religiosos es contraria al interés general (*compelling state interest*).

Por último, recientemente, amplios sectores de la doctrina proponen el desarrollo de estrategias no compulsivas para promover la vacunación⁷¹. Una de las estrategias más frecuentemente propuestas es la de fomentar la información personalizada a los padres⁷². En sentido contrario, otros autores sugieren el reconocimiento de acciones legales de responsabilidad civil (*tort law*) para aquellos que pudieran sufrir las consecuencias concretas de tal rechazo. Tal habilitación de dichas acciones provocaría que el rechazo viniera motivado por razones serias⁷³.

VIII. LA SOLUCIÓN JURÍDICA DEL CONFLICTO EN NUESTRO SISTEMA: ¿AUSENCIA DE MECANISMOS CONCRETOS DE SOLUCIÓN?

La ausencia de una cláusula expresa de obligatoriedad no entendemos que impida que, en nuestro sistema jurídico, puedan adoptarse de-

⁷¹ Ello viene motivado, en parte, porque se percibe cierto fracaso del sistema de excepciones para la vacunación obligatoria que han venido aprobando diferentes Estados. Así, algunos autores señalan que el problema radica en que las actuaciones necesarias para obtener una exención son más simples y consumen menos tiempo que el esfuerzo necesario para cumplir con los requisitos de inmunización, lo que parece no reflejar ya la importancia que la sociedad ha otorgado a la inmunización a través de sus leyes. Vid. VV.AA. (2001), «Processes for obtaining nonmedical exemptions to State Immunization Laws», *American Journal of Public Health*, 91, n.º 4 (abril), pág. 648.

⁷² SMALBEGOVIC, M. S.; LAING, G. J., y BEDFORD, H. (2003), «Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals», *Child Care Health Dev.*, 29, págs. 303-311. Vid., también, por lo que al ámbito europeo se refiere, VV.AA. (2005), «Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. A telephone survey», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, págs. 149-153. Ésta es la reciente recomendación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, que propone mejorar la relación de confianza médico-padres y desarrollar estrategias de manejo de los supuestos más conflictivos. Vid. *Diario Médico* en su edición de 25 de marzo de 2010. Puede accederse a dicha noticia a través de la página web www.diariomedico.com. Los expertos afirman que dar la información en el contexto adecuado es fundamental, ya que en la mayoría de los casos los padres no saben interpretar los porcentajes de riesgo, sobre todo si se consultan páginas de Internet contrarias a la vacunación. Además, varias de las páginas web que informan sobre las vacunas presentan información inadecuada. Vid. MAYER, M. A.; LEIS, A., y SANZ, F., «Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas», *Atención Primaria*, 41, págs. 534-542. La Unión Europea también ha recogido dicha estrategia de desarrollo de campañas públicas de información como el instrumento para evitar o minorar las consecuencias de las negativas colectivas a la vacunación. Vid. *Assessment Report on EU-wide Pandemic Vaccine Strategies*, Health Protection Agency, 25 de agosto de 2010, pág. 112. Puede accederse a dicho informe a través de la página web de la Comisión Europea, <http://ec.europa.eu>.

⁷³ CIOLLI, A. (2008), «Mandatory School Vaccinations...», cit., pág. 136.

cisiones individuales o colectivas de vacunación obligatoria⁷⁴. A este respecto existen mecanismos suficientes para adoptar tal decisión, aunque, como veremos, sí que existe cierto vacío legal sobre alguno de los supuestos en los que puede plantearse la necesidad de la vacunación obligatoria.

En primer lugar, debemos destacar el régimen jurídico que establece, al amparo de diversas previsiones normativas contenidas en la Ley General de Sanidad, la Ley Orgánica de medidas especiales. Dicha norma orgánica da, por sí, suficiente respaldo jurídico a cualquier medida que se adopte, siempre, claro está, que se respeten los restantes requisitos constitucionales que recaen sobre la autoridad que pretenda afectar a la libertad e indemnidad de un ciudadano (en especial, intervención judicial y satisfacción del principio de proporcionalidad)⁷⁵.

Además, dicho régimen se complementa con otras previsiones contenidas en diferentes normas. Entre ellas destaca la Ley de autonomía del paciente, que, como ya hemos apuntado antes, recoge en su artículo 9 la salud pública como excepción al derecho a rechazar el tratamiento médico que ostenta el paciente.

Igualmente, la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de estados de alarma, excepción y sitio⁷⁶, recoge dentro de los supuestos de hecho que permitirían la declaración del estado de alarma y la adopción de las medidas correspondientes que implica tal declaración los supuestos de «*crisis sanitarias, tales como epidemias*» (art. 4). Y, a este respecto, el siguiente artículo 12.1 dispone que «*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*».

⁷⁴ Incluso nuestros Tribunales de Justicia han declarado que el incumplimiento por parte del Estado de su deber de proteger la salud pública, que se expresaría a través, por ejemplo, de las campañas de vacunación obligatoria ante determinadas epidemias, es susceptible de generar responsabilidad patrimonial por funcionamiento anormal, al amparo del artículo 106.2 CE y de sus normas de desarrollo. Vid. Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sección 4.ª) de la Audiencia Nacional de 29 de septiembre de 2010 (FF.JJ. 8.º y 9.º).

⁷⁵ SSTC 37/1989, 215/1994 y 207/1996. Para Cobreros Mendazona, la aplicación del principio de proporcionalidad a un caso concreto tiene como primera consecuencia la exigencia de una suficiente justificación técnico-material del tratamiento médico, es decir, debe concurrir el requisito de la «indicación médica». En caso contrario, la medida sería arbitraria. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1996), «La voluntariedad de los tratamientos sanitarios...», cit., pág. 348.

⁷⁶ BOE de 5-VI-1981.

Desde el punto de vista meramente procedimental, la Ley reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa atribuye en su artículo 8.6 a los Juzgados de dicho orden jurisdiccional la adopción de las correspondientes medidas: «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»⁷⁷.

En todo caso, sí es importante destacar que este régimen jurídico que tutela la salud colectiva y que permitiría adoptar una medida de vacunación forzosa es excesivamente disperso. Se trata de un grupo muy diseminado y, a la vez, muy heterogéneo, tanto por la significación de las normas como por su rango normativo y, también, por supuesto, por su encuadramiento histórico, ya que se trata de normas gestadas en épocas bien distintas. El marco es, en definitiva, un tanto confuso⁷⁸.

Además, otro problema que presenta dicha regulación es que viene a fundamentar la adopción de dichas medidas excepcionales en la concurrencia de un supuesto de urgencia o necesidad sanitaria (art. 1), concepto jurídico indeterminado éste que si bien encaja plenamente con los supuestos de vacunación obligatoria como consecuencia de una epidemia, no lo parece tanto respecto de supuestos diferentes, como sería la aplicación obligatoria de las vacunas infantiles previstas en el correspondiente calendario vacunal (vacunaciones sistemáticas). Es decir, aquellos casos en los que la vacunación no pretenda mitigar los efectos de un brote epidémico ya declarado, sino precisamente evitar que se produzca⁷⁹.

Así pues, habría de distinguirse entre los supuestos de vacunación obligatoria por presencia de una epidemia, es decir, de un riesgo concreto para la salud pública, de los supuestos en los que la vacuna se precisa para evitar, precisamente, el riesgo potencial de epidemia (va-

⁷⁷ Téngase en cuenta, también, que la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, recoge, entre los medios de ejecución forzosa, las medidas de compulsión sobre las personas (art. 100). En todo caso, la atribución de tal competencia al orden jurisdiccional contencioso-administrativo fue operada por la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, aprobada por Ley 1/2000, de 7 de enero (Disposición Final 14.^a). Sobre tal competencia, vid. ÁLVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ, J. M. (2001), «El control jurisdiccional de las medidas urgentes y necesarias para la salud pública», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, 478, págs. 1-3.

⁷⁸ CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo...», cit., pág. 215.

⁷⁹ Recuérdese que en el reciente caso de Granada la decisión de vacunar obligatoriamente a los menores cuyos padres habían mostrado su rechazo deriva de la existencia de un brote epidémico de sarampión. No se trata de un supuesto de mero rechazo de unos padres a la vacunación de su hijo de acuerdo con el calendario ordinario de vacunaciones.

cunas del correspondiente calendario ordinario)⁸⁰. De este modo, parece que nuestro ordenamiento jurídico únicamente ha establecido medidas excepcionales que ampararían jurídicamente la vacunación forzosa en el primer supuesto y no en el segundo. La lectura de los cuatro artículos que conforman la citada Ley Orgánica de medidas especiales no deja duda alguna sobre esta cuestión. Se trata de una norma que habilitaría la adopción de medidas excepcionales de vacunación obligatoria cuando exista un riesgo específico para la salud colectiva (brote epidémico), un escenario de riesgo colectivo real, pero no para justificar en Derecho la adopción de la medida frente, por ejemplo, a la negativa de unos padres a que su hijo sea vacunado de conformidad con el oportuno calendario⁸¹.

En similares términos, podrían también distinguirse aquellos supuestos en los que exista un riesgo efectivo para la salud pública, es decir, para la salud de terceros, y aquellos otros en los que no existe un riesgo para la salud de terceros, sino para la propia salud del interesado (véase caso del virus del papiloma humano)⁸². Así, si bien en el primer caso podrían aceptarse decisiones públicas de vacunación obligatoria, porque puede existir una clara relación entre, por ejemplo, condicionar la asistencia a clase a la vacunación y evitar la propagación de una enfermedad contagiosa en el entorno escolar, en el segundo caso tal elemento ya no está presente. Éstos serían casos tales como la vacunación del tétanos o la del virus del papiloma humano, en los

⁸⁰ Cobreros Mendazona distingue cuatro supuestos concretos de vacunación: a) vacunas obligatorias para toda la población; b) vacunas obligatorias para toda la población en caso de epidemia o similar; c) vacunas obligatorias para determinadas personas por razón de su profesión o situación; y d) vacunas simplemente recomendadas. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1988), *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud...*, op. cit., pág. 353.

⁸¹ Cobreros Mendazona parece apoyar la misma posición cuando señala que en la actualidad, y dada la reforma de la Ley de Bases de 1944 operada en 1980, no existe una vacuna obligatoria con carácter general. Vid. COBREROS MENDAZONA, E. (1988), *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud...*, op. cit., pág. 354. De diferente modo, Cierco Sieira no parece compartir la posición que estamos manteniendo, al considerar que el artículo 2 de la Ley Orgánica de medidas especiales permitiría adoptar medidas de tratamiento (léase vacunación) obligatorio en supuestos en que se aprecien indicios racionales de la existencia de un peligro para la salud de la población. Vid. CIERCO SIEIRA, C. (2005), «Epidemias y Derecho administrativo...», cit., pág. 217. Sin embargo, debemos recordar que el precitado precepto exige, *in fine*, la presencia de una urgencia o necesidad sanitaria, lo que dejaría fuera de su ámbito de previsión normativa los casos de vacunación ordinaria según calendario.

⁸² JAVITT, G.; BERKOVITZ, D., y GOSTIN, L. O. (2008), «Assessing mandatory...», cit., pág. 389. Vid., también, HODGE, J. G., y GOSTIN, L. O. (2001-2002), «School vaccination requirements: historical, social, and legal perspectives», *Kentucky Law Journal*, 90, págs. 831-890.

que ya no existe una relación riesgo-beneficio entre la salud del interesado y la de la comunidad⁸³.

Tanto en este último caso de riesgo para la propia salud del interesado como en el que hemos comentado anteriormente en el que no existe un riesgo efectivo para la salud colectiva, sino potencial (vacunas del calendario vacunal ordinario), la vacunación obligatoria únicamente podría venir justificada por lo previsto en el artículo 9.2 de la Ley de autonomía del paciente⁸⁴: grave riesgo para la vida o integridad física o psíquica del sujeto, e incapacidad de decisión, por su minoría de edad⁸⁵. Sin embargo, la aplicación de la Ley Orgánica de medidas especiales a estos casos no parece muy correcta, ya que no concurría el elemento de la urgencia o necesidad sanitaria⁸⁶.

Por lo tanto, el régimen jurídico sí permite atender a determinados supuestos de vacunación obligatoria, como son los de brote epidémico, pero más allá se muestra hartamente insuficiente⁸⁷.

⁸³ Sin embargo, el Tribunal Supremo ha declarado que, en tales casos, la falta de información sobre la vacuna, aun cuando no sea obligatoria la vacunación, sí genera responsabilidad patrimonial para la Administración pública por funcionamiento anormal. Vid. STS (Sala Tercera) de 25-VI-2010 (FJ 5.º).

⁸⁴ Recuérdesse que, anteriormente, hemos mantenido que el artículo único de la Ley 22/1980 no habilitaría a las autoridades públicas para la adopción de una decisión concreta de vacunación obligatoria, fuera del supuesto de epidemias, dado que dicha norma no fue aprobada con el carácter de orgánica.

⁸⁵ Algunas dificultades puede presentar, a este respecto, la figura del menor de dieciséis o más años (el denominado menor maduro), al que el ordenamiento jurídico ha otorgado un estatus jurídico diferenciado. En este caso, sin embargo, dados los términos con los que se expresa el artículo 9.3 y concurriendo el requisito del grave riesgo para su vida o integridad, creemos que podría imponerse igualmente la vacunación obligatoria. Por el contrario, cuando bien no concurra un grave riesgo para su vida o integridad, bien se trate de un mayor de edad con plena capacidad, la vacunación obligatoria no encontraría amparo legal en nuestro sistema jurídico si tratara de imponerse contra su voluntad.

⁸⁶ El tenor del artículo 2 de la misma Ley Orgánica es también muy claro sobre la exigencia de una urgencia o necesidad sanitaria: «Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad».

⁸⁷ Sin embargo, esta insuficiencia del marco normativo no ha impedido a algún Tribunal de Justicia declarar que la decisión de vacunación obligatoria sistemática sí viene avalada por nuestro ordenamiento jurídico. A este respecto, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña dictó, en fecha 28 de marzo de 2000, Sentencia que declara, literalmente, que «la convivencia en un Estado social y democrático de Derecho supone, no solo el respeto de los derechos fundamentales a título individual, sino también que su ejercicio no menoscabe el derecho del resto de la sociedad que se rige por unas pautas de conducta que persiguen el interés general. Así pues, no estamos aquí ante una vulneración del derecho a la educación, de lo que es buena prueba la admisión de la menor en la escuela, sino ante el incumplimiento de unas obligaciones que tienen como finalidad la prevención de enfermedades, y que se tradu-

IX. CONCLUSIONES

Nuestro ordenamiento jurídico no recoge un deber legal de vacunación, fuera de los supuestos de epidemias, ni establece previsión expresa alguna sobre mecanismos legales para resolver los conflictos que pueden plantearse en torno a las vacunas, sobre todo por la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos. Sí existe, como hemos apuntado, un marco legal suficiente para que una decisión concreta de vacunación pueda ser acordada judicialmente en el supuesto de epidemias, debiendo atenderse, en todo caso, al principio de proporcionalidad y al de necesaria intervención judicial.

Por ello, tal vacío legal acerca de la obligación de los padres de vacunar a sus hijos en aquellos supuestos que ya existe una evidencia científica suficientemente contrastada sobre los beneficios que para la salud colectiva e individual supone una vacuna concreta, exigiría la aprobación de una norma legal que habilitara a las autoridades públicas a adoptar medidas de vacunación sistemática obligatoria ante determinadas negativas que no encontraran justificación. A este respecto, podrían incorporarse a nuestro ordenamiento jurídico algunas de las soluciones que vienen aplicándose en los Estados Unidos de América en lo que se refiere tanto a la previsión general de vacunación obligatoria con un régimen de excepciones como al desarrollo de un régimen de responsabilidad cualificado, sin olvidar el impulso de campañas públicas colectivas e individualizadas de información.

Cierto es que no estamos aún ante un conflicto de dimensiones relevantes, pero el Derecho ha de trabajar en su prevención, adelantándose a que determinados hechos o tendencias futuras vengan a confirmar que lo que la actualidad nos muestra hoy sea, en realidad, *la punta de un iceberg*.

cen 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 en un área geográfica determinada, e incluso a nivel mundial». El caso versaba sobre la decisión adoptada por una Comisión escolar de dejar sin efecto la matrícula de una estudiante cuyos padres habían rechazado que fuera vacunada, siendo dicho requisito necesario para el ingreso en el centro escolar. Sobre el mismo conflicto puede verse también la STSJ de La Rioja de 2 de abril de 2002, que viene a expresarse en similares términos.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ, J. M. (2001): «El control jurisdiccional de las medidas urgentes y necesarias para la salud pública», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, 478, págs. 1-3.
- BALAGUER PERIGÜELL, E., y BALLESTER AÑÓN, R. (2003): *En el nombre de los Niños. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803-1806*, Madrid, Monografías de la AEP.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L. (1983): «La incidencia de la actividad administrativa sanitaria en los derechos y libertades fundamentales de las personas», *Revista Vasca de Administración Pública*, 6, págs. 155-186.
- BORRAJO DA CRUZ, E. (1983): «Artículo 43. Protección de la salud», en ALZAGA VILLAAMIL, O., *Comentarios a las Leyes Políticas. Constitución Española de 1978*, tomo IV, Madrid, Edersa, págs. 149-196.
- CALANDRILLO, S. P.: «Vanishing vaccinations: why are so many Americans opting out of vaccinating their children?», *University of Michigan Journal of Law Reform*, 37, págs. 353-440.
- CIERCO SIEIRA, C. (2005): «Epidemias y Derecho administrativo. Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población», *Derecho y Salud*, 13, págs. 211-256.
- CIOILLI, A. (2008): «Mandatory School Vaccinations: The Role of Tort Law», *Yale Journal of Medicine and Biology*, 81, págs. 129-137.
- COBREROS MENDAZONA, E. (1988): *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, Oñati, HAEE-IVAP.
- (1996): «La voluntariedad de los tratamientos sanitarios y su excepción por riesgo para la salud pública. Especial referencia al caso de la tuberculosis en la Comunidad Autónoma Vasca», *Revista Vasca de Administración Pública*, 46, págs. 343-361.
- DELGADO RUBIO, A., y MARTINÓN TORRES, F. (2008): «Controversia en la seguridad de las vacunas: mitos y realidades», en VV.AA., *Manual de vacunas en Pediatría 2008*, 4.^a ed., Madrid, Asociación Española de Pediatría.
- ESCOBAR ROCA, E. (2008): «Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud», *Revista de Derecho Político*, 71-72, págs. 113-147.
- GARCÍA RUIZ, Y. (2009): «¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de sus padres?», *Humanitas Humanidades Médicas. Tema del mes on line*, 35.
- GARCÍA-SICILIA, J. (2005): «Información y comunicación de beneficios y riesgos de las vacunas», *Canarias Pediatría*, 29, págs. 51-52.
- GRACIA, D.; JARABO, Y.; MARTÍN ESPÍLDORA, N., y RÍOS, J. (2001): «La toma de decisiones en el paciente menor de edad», *Medicina Clínica*, 117, págs. 179-190.
- HODGE, J. G., y GOSTIN, L. O. (2001-2002): «School vaccination requirements: historical, social, and legal perspectives», *Kentucky Law Journal*, 90, págs. 831-890.
- (2002): *School Vaccination Requirements: Historical, Social, and Legal Perspectives. A State of the Art Assessment of Law and Policy*, Baltimore, Center for Law and the Public's Health.

- JAVITT, G.; BERKOVITZ, D., y GOSTIN, L. O. (2008): «Assessing Mandatory HPV Vaccination: Who Should Call the Shots?», *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Summer, págs. 384-395.
- LEÓN ALONSO, M. (2010): *La protección constitucional de la salud*, Madrid, La Ley.
- MARINER, W. K. (1992): «The National Vaccine Injury Compensation Program», *Health Affairs*, 11, págs. 255-265.
- MAYER, M. A.; LEIS, A., y SANZ, F.: «Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas», *Atención Primaria*, 41, págs. 534-542.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1975): *La sanidad pública en España (evolución histórica y situación actual)*, Madrid, Instituto de Estudios Administrativos.
- (1995): *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Madrid, Alianza.
- ORTIZ DE ELGEA GOICOECHEA, P. J.: «La asistencia sanitaria en la Unión Europea y la libre circulación de ciudadanos», *Derecho y Salud*, número extraordinario XI Congreso Derecho y Salud, págs. 63-76.
- PALOMINO, R. (1994): *Las objeciones de conciencia*, Madrid, Montecorvo.
- PEMÁN GAVÍN, J. (1989): *Derecho a la salud y Administración sanitaria*, Bolonia, Publicaciones del Real Colegio de España.
- (2005): *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios Jurídicos*, Granada, Comares.
- PREDIERI, A., y GARCÍA DE ENTERRÍA, E. (1981): *La Constitución Española de 1978*, 2.^a ed., Madrid, Civitas.
- RAMÍREZ MARTÍN, S. M. (2004): «El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): Las Juntas de Vacuna», *Asclepio*, 56, págs. 33-61.
- RAMOS GONZÁLEZ, S. (2009): «Nota sobre las posibles responsabilidades civiles por los daños asociados a la vacuna Gardasil® contra el virus del papiloma humano (VPH)», *Indret*, 1.
- REBOLLO PUIG, M. (1988): «Sanidad preventiva y salud pública en el marco de la actual Administración Sanitaria española», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 239, págs. 1403-1470.
- RODRÍGUEZ MEDINA, C. (2008): *Salud pública y asistencia sanitaria en la Unión Europea*, Granada, Comares.
- ROVIRA, A. (2007): *Autonomía personal y tratamiento médico. Una aproximación constitucional al consentimiento informado*, Cizur Menor, Thomson-Aranzadi.
- SAINZ MORENO, F. (1980): *Constitución Española: trabajos parlamentarios*, Madrid, Cortes Generales.
- SALMON, D. A., y SIEGEL, A. W. (2001): «Religious and philosophical exemptions from vaccination requirements and lessons learned from conscientious objectors from conscription», *Public Health Report*, 116, págs. 289-295.
- SANCHO GARGALLO, I. (2004): «Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado», *Indret*, 2.
- SMAILBEGOVIC, M. S.; LAING, G. J., y BEDFORD, H. (2003): «Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals», *Child Care Health Dev.*, 29, págs. 303-311.
- VV.AA. (1999): «Health consequences of religious and philosophical exemptions from immunization laws», *Journal of the American Medical Association*, 282, págs. 47-53.

- VV.AA. (2000): «Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization», *Journal of the American Medical Association*, 284, págs. 3145-3150.
- (2001): «The last smallpox epidemic in Boston and the vaccination controversy, 1901-1903», *The New England Journal of Medicine*, 344, págs. 375-379.
 - (2001): «Processes for obtaining nonmedical exemptions to State Immunization Laws», *American Journal of Public Health*, 91, n.º 4 (abril), págs. 645-648.
 - (2005): «Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. A telephone survey», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, págs. 149-153.
 - (2006): «Conocimientos de los padres españoles sobre la vacunación de sus hijos durante la década 1993-2003. Datos por comunidades autónomas», *Vacunat*, 7, págs. 144-150.
 - (2010): «Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2010», *Anales de Pediatría*, 72.
- WOLFE, R. M.; SHARP, L. K., y LIPSKY, M. S. (2002): «Content and design attributes of antivaccination web sites», *Journal of the American Medical Association*, 287, págs. 3245-3248.