

# EL VALOR ESTRATÉGICO DE LAS VACUNAS

Abril 2016

---

Notas estratégicas  
del Instituto Choiseul

[www.choiseul.es](http://www.choiseul.es)

# El valor estratégico de las vacunas

---

Notas Estratégicas  
del Instituto Choiseul

*El Instituto Choiseul es un centro de investigación independiente dedicado al análisis de los grandes temas económicos, políticos y estratégicos internacionales. Sus acciones se dirigen a dar luz sobre los asuntos estratégicos europeos y de sus principales actores.*

*Las Notas Estratégicas contribuyen a facilitar el debate nacional y europeo sobre los temas de mayor interés.*

# Índice

Presentación	5
Síntesis Eduardo Olier	7
Modelo de compra de vacunas en España Pedro Alsina	9
Disponibilidad, sensibilización e información desde la Farmacia Comunitaria Luis Alberto Amaro Cendón	15
Financiación de las vacunas. Criterios Amós José García Rojas	23
La formación del personal sanitario respecto de la vacunación Ángel Gil de Miguel	29
El derecho-deber a la información y la transparencia en materia de vacunación: situación actual, déficits y oportunidades Nuria María Garrido Cuenca	33
Propuestas legales frente al rechazo a las vacunas: de la información a la obligatoriedad Federico de Montalvo Jääskeläinen	45
Vacunación e infección bacteriana Ignacio Para Rodríguez-Santana	53
En defensa de la salud pública y de las vacunas Julio Sánchez Fierro	57



# Presentación

Ante las diferentes perspectivas y las polémicas que surgen en torno a las vacunas y la vacunación, y como contribución para plantear una solución suficientemente ponderada, el Instituto Choiseul ha decidido abordar un trabajo dentro de estas materias con el objetivo de poner en valor las vacunas dentro del contexto de la atención sanitaria. Para ello ha conformado un think tank específico cuyos miembros son reconocidos especialistas en este campo, cuyas opiniones aporten luz en un amplio espectro de temas, como por ejemplo: la importancia de invertir en vacunas, el papel de la vacunación en todas las edades de la vida, la mejora en los modelos de compra, la necesidad de transparencia e información o el papel de la farmacia comunitaria en relación con la vacunación. De manera que sus aportaciones puedan servir de utilidad a las autoridades sanitarias y a otros interesados que trabajan en el entorno de la salud.

El Think Tank Choiseul sobre Vacunas cuenta las siguientes personalidades:

D. Pedro Alsina. Licenciado en Farmacia. Director de Relaciones Institucionales de Sanofi Pasteur MSD.

D. Luis Amaro. Licenciado en Farmacia. Secretario General del Consejo General de Colegios Farmacéuticos

D. Amós José García Rojas. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Presidente de la Asociación Española de Vacunología.

Dña. Nuria María Garrido. Acreditadas en el Cuerpo de Catedráticos de Universidad UCLM.

D. Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos.

D. Federico de Montalvo Jääskeläinen. Profesor Propio Adjunto, Derecho Constitucional, Universidad Pontificia Comillas (ICADE). Vicepresidente del Comité de Bioética de España.

D. Ignacio Para. Economista. Presidente de la Fundación Bamberg.

D. Julio Sánchez-Fierro, Vicepresidente Primero de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

# Síntesis

Eduardo Olier  
Presidente del Instituto Choiseul España

Como se refiere en la Presentación de este trabajo, el Instituto Choiseul ha decidido estudiar en profundidad la problemática de las vacunas. Para ello, y teniendo como base el trabajo ya realizado en la publicación del número 12 de la serie Geoeconomía, *El valor socioeconómico de las vacunas*, que puede obtenerse directamente desde nuestra web en España, decidimos invitar a unos reconocidos especialistas para conformar un *think tank* específico sobre este importante asunto. Este grupo de expertos se concentran en este primer trabajo, de forma complementaria, en la importancia estratégica de las vacunas. Posteriormente, realizaremos un curso específico en la Universidad Menéndez Pelayo, cuyas conclusiones se volcarán en otra Nota Estratégica, para terminar con un tercer trabajo que proponga una serie de acciones a tener en cuenta por las autoridades sanitarias correspondientes.

En concreto, este grupo de expertos coordinado por el Instituto Choiseul tiene como objetivos discutir y aportar luz sobre un amplio espectro de temas relacionados con la vacunación, como son:

- La importancia de invertir en vacunas
- La vacunación en todas las edades de la vida
- El problema del rechazo a la vacunación
- La valoración sobre el presupuesto actual de vacunación en España
- La valoración sobre el modelo de compra de vacunas actual en España
- La necesidad de transparencia en las decisiones
- El posible papel de la farmacia comunitaria en la vacunación



Estos aspectos incluyen a su vez otros de no menor importancia, como es la necesidad de que las vacunas no sean algo separado de los programas de salud pública, independientemente de que, en España, aparezca la desventaja respecto de otros países de nuestro entorno debido a la limitada coordinación a nivel global. Lo cual obliga necesariamente a una mayor transparencia.

Por otro lado, hay que considerar el rechazo a la vacunación, que siendo bajo en España, existen personas de grupos de riesgo que por voluntad propia deciden no vacunarse. Aunque también un gran número de personas se preguntan si las vacunas son realmente efectivas, lo que lleva a la discusión entre criterios poblacionales y criterios individuales y la aparición de mensajes contradictorios.

Un gran error muy extendido es considerar las vacunas como un antídoto ante las epidemias. Sin embargo, las vacunas tienen que usarse como prevención, no como un medicamento al estilo de un antibiótico, por ejemplo. Un hecho que alimenta el desconcierto de la población cuando surgen epidemias, o cuando se consideran algunas enfermedades hoy extinguidas que pudieran, por diferentes causas, resurgir.

Es preciso, por tanto, poner en valor las vacunas como un logro de la medicina, haciendo hincapié en que las vacunas han ayudado a que desaparezcan muchas enfermedades. Con la circunstancia de que las vacunas no representan en un elevado coste para el sistema sanitario, aunque lo sean en el contexto de la sanidad pública. Un debate que se encuentra más en los medios de comunicación que en los foros científicos. De ahí que sea necesaria una mayor colaboración público-privada que evite que las vacunas fuera de calendario no sean accesibles en las farmacias con la circunstancia de que, en muchos casos, hay personas que las buscan en otros países.

En la presente Nota Estratégica los autores abordan estos temas con una visión actual, pero también con un criterio de largo plazo. Así, los ocho artículos que siguen, aunque breves, dan una perspectiva muy completa de los problemas que están hoy sobre la mesa y que precisan ser tenidos en cuenta: el modelo de compra, el papel de la farmacia dentro del sistema de atención primaria, la financiación de las vacunas, el importante aspecto de la formación del propio personal sanitario que a veces no tiene respuestas claras ante las controversias, la importancia capital del derecho a la información y la transparencia que hemos aludido arriba, el problema ético que encierra el rechazo a la vacunación movido muchas veces por intereses de parte olvidando al enfermo, la relación entre vacunación e infecciones, y la decidida defensa de la sanidad pública que ha de considerar la vacunación como un elemento esencial de la atención sanitaria. Todo un conjunto de opiniones, muy fundadas, que aportarán luz al debate actual sobre la vacunación.

# Modelo de compra de vacunas en España

Pedro Alsina

El modelo actual de compra de vacunas en España a cargo de fondos públicos, comienza en el año 2011 con el Acuerdo Marco para la compra de la vacuna antigripal para la campaña 2011-2012.

No se entiende muy bien por qué como primera experiencia se eligió esta vacuna, dadas sus peculiares características de estacionalidad, producción, número de proveedores y diversidad de vacunas, pero en efecto fue la primera en ponerse en marcha.

Anteriormente al 2011, las Comunidades Autónomas, ejerciendo sus competencias y gestionando sus presupuestos, eran las que a título individual sacaban a licitación la compra de las vacunas que precisaban para la cumplimentación de sus propios calendarios de vacunación.

Ocurría que atendiendo a las leyes del mercado, los precios no eran homogéneos y había algunas diferencias, a veces importantes. La explicación es bien sencilla desde la perspectiva del suministrador: no es lo mismo un cliente que compre 1.000 dosis a uno que compre 100.000, máxime teniendo en cuenta que la distribución y conservación de las vacunas debe hacerse manteniendo la cadena de frío y que en algunas comunidades hay muchos puntos de entrega, teniendo que hacer en muchas ocasiones distribuciones con plazos de tiempo muy limitados. Desde la perspectiva del pagador también se comprendía su visión desde otra perspectiva, aunque con algunas dificultades y algunas comunidades trataban de soslayar el asunto argumentando –con razón– que eran mejores pagadoras y por tanto merecían un trato especial por ello. El problema del cobro no es baladí y antes de que el Gobierno estableciera los *mecanismos para el pago a proveedores* el

retraso en el cobro se había convertido en un auténtico quebradero de cabeza para las empresas multinacionales y en una auténtica ruina para las nacionales.

Los objetivos eran claros: homogeneizar los precios en todo el territorio y conseguir una reducción de los mismos. De esta manera se reforzaba el papel coordinador del Ministerio sobre las Comunidades Autónomas. Pero algo falló, no todas las comunidades estaban dispuestas a adherirse al Acuerdo Marco y de hecho no lo hicieron Andalucía, Cataluña y País Vasco. El resultado fue la generación de dos mercados, uno centralizado en la órbita ministerial y otro periférico con mucho peso específico, tanto político como de valor de mercado.

El precio se igualó bastante en todo el territorio, las variaciones entre comunidades eran muy pequeñas pero esto era sobre todo debido a que la reducción de precios fue muy importante. Mientras que con el modelo de compra anterior el precio medio de la vacuna antigripal clásica era de algo más de 5€, con el nuevo sistema que fijaba un precio máximo de 4€, éstos bajaron hasta casi los 3€ en los contratos derivados –a nivel autonómico– y hasta por debajo en la actualidad.

Pero la adhesión de Comunidades no era total, en el Acuerdo Marco de la campaña 2013-14 incluso empeoró dado que Canarias pasó a formar parte de las comunidades no adheridas.

Más tarde se amplió la experiencia a la compra del resto de vacunas de calendario y se pusieron en marcha los diferentes Acuerdos Marco: vacuna frente al Virus del Papiloma Humano, vacuna antimeningocócica C conjugada y otro para el resto de vacunas del calendario común. Fueron tres Acuerdos Marco independientes, teniendo incluso duraciones de contrato distintas (2 años con posibilidad de 1 prorrogable y 1 año con otro prorrogable). En la actualidad estos tres están fundidos en uno solo, permaneciendo a parte el de la vacuna antigripal. Pero aquí ya estábamos inmersos en la crisis económica y las medidas para la reducción del déficit público eran la prioridad.

Esto hizo que la reducción de precios fuera brutal para el sector y buena aparentemente para los pagadores. El valor del mercado de vacunas con financiación pública pasó de estar en torno a los 263 millones de euros en 2009 a unos 150 millones en 2014 y 172 en 2015 (teniendo en cuenta que se introdujeron nuevas vacunas en el calendario). Esta reducción se debió fundamentalmente al impacto de la bajada de precios, aunque no hay que olvidar otros factores como la aplicación de los descuentos contemplados en los Reales Decretos 8/2010 y 9/2011 y que alguna comunidad decidió retirar dos vacunas de su calendario,

una por motivos presupuestarios y otra en aras de una supuesta equidad marcada por el Calendario Común de Vacunación. Es justo decir que los descuentos han dejado de aplicarse con la entrada en vigor del último Acuerdo Marco.

4.4.4 En relación con lo anterior, habrá de tenerse en cuenta que, una vez establecido el precio de adjudicación del suministro en los contratos derivados en la facturación se deberá aplicar el IVA. A este precio no será de aplicación los descuentos a aplicar, de conformidad con lo previsto en el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, modificado por el Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto.

Pero mientras que el Acuerdo Marco para la compra de vacunas lo gestionaba la Dirección General de Salud Pública e Innovación, el resto era gestionado por INGESA, perteneciente a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia. En sí mismo esto no tendría ninguna importancia a no ser porque mientras que el modelo de vacunas tiene dos vueltas de precio –primero para cualificar y luego en los contratos derivados– con la consiguiente erosión de los mismos, en el otro sistema sólo hay una ronda de precio. De nuevo una vuelta de tuerca más a las vacunas, porque es totalmente incomprensible que dentro de un mismo Ministerio se establezcan dos sistemas de compra distintos y gestionados por diferentes departamentos.

En estos últimos Acuerdos Marco la adhesión de las comunidades fue un tanto dispar. Las que no se adhirieron en las primeras ediciones continuaron sin hacerlo y algunas otras no lo hicieron a algunos lotes en particular, mientras que a otros sí.

Un producto de naturaleza biológica, con una producción costosa, larga y compleja y con un número de fabricantes muy escaso, no puede ni debe comprarse como si se tratara de un bien de consumo cualquiera. Deben tenerse en cuenta todas sus peculiaridades y basar la eficiencia de la compra en un modelo que incentive la innovación y valore las características técnicas diferenciales de manera que la oferta más ventajosa no sea simplemente la más barata. Para ser estrictos hay que decir que los criterios técnicos se valoran en el modelo actual, pero partiendo de precios bastante bajos y en algunas comunidades el precio es el único criterio de adjudicación.

Esta medida sobre los precios de mercado podría tener sentido en los momentos más duros de la crisis económica, pero no debería permanecer en el tiempo, más si cabe cuando no queda claro qué criterio siguieron para establecer esos precios por debajo de mercado.

## MODELOS DE COMPRA BASADOS EN EL VALOR PARA REVERTIR LA TENDENCIA ACTUAL A LA COMPRA BASADA EN EL PRECIO

Las especificidades y complejidades de la producción de vacunas combinadas con el pequeño número de fabricantes hace que la capacidad de producción sea limitada y que deba gestionarse con planes de producción a largo plazo.

El actual modelo de compra basado fundamentalmente en el precio ha mostrado sus límites y riesgos asociados al no valorar la especificidad de las vacunas.

La compra basada en el Valor permitirá establecer una colaboración entre las Autoridades Sanitarias locales y estatales para planificar a largo plazo la adquisición de vacunas, a la vez que se evalúa el impacto y los resultados en la salud de la población, en el Sistema Sanitario, en los presupuestos y en la sociedad.

Además, puede mejorar la predictibilidad para los fabricantes y para los sistemas de salud así como convertirse en un modelo a desarrollar para evitar la escasez de suministro y mejorar la implementación de los programas de vacunación.

La compra basada en el Valor puede incrementar la flexibilidad en caso de brotes y amenazas de Salud Pública estableciendo una plataforma de negociación para encarar estas emergencias.

Puede satisfacer la necesidad de las Autoridades de racionalizar el gasto sanitario en tiempos de recesión económica incrementando las tasas de vacunación y reduciendo por ello el impacto en el sistema debido a la disminución de cuidados en pacientes agudos y crónicos.

Este tipo de compra, contribuiría en el desarrollo de un Mercado de vacunas eficiente para mantener un esencial papel en el entorno económico, y social de la producción y el suministro de vacunas en Europa a través de un reconocimiento del justo valor de las vacunas y una inteligente colaboración entre comprador y suministrador que favorezca una mejor gestión del gasto público, convirtiéndolo en el caso de las vacunas, en una inversión, en la mejor inversión en materia sanitaria que pueda hacerse.

Para ello es necesario abrir una vía de diálogo con el fin de establecer un nuevo modelo en el que en primer lugar se mejoren algunos puntos del modelo vigente, a saber:

- Equiparar el Acuerdo Marco al modelo actual con una única vuelta de precio (tipo INGESA).

- Las dosis pueden ser estimadas a nivel del Acuerdo Marco (Nacional) pero no deberían serlo en los contratos derivados (autónomos) porque eso resta predictibilidad a los fabricantes.

**4.3.2 La empresa adjudicataria se compromete a suministrar el número de dosis que la Administración le vaya solicitando en función de las necesidades existentes.**

Se conocen perfectamente las cohortes de edad e incluso los nacimientos previstos, al igual que las tasas de vacunación, por lo que el cálculo de las dosis necesarias no entraña demasiada dificultad. Ejemplo extraído de un contrato derivado:

La previsión de esta necesidad de vacunas es meramente estimativa por la naturaleza misma del suministro, dado que no se puede conocer con precisión y con antelación el número de personas que nacerán, y que decidirán vacunarse, ya que la vacunación, aunque recomendada, es voluntaria.

- Cláusulas desproporcionadas, como las que obligan al proveedor a reponer dosis de vacunas caducadas o que no han mantenido la cadena de frío aunque sea por una mala gestión o custodia no imputable al fabricante, deben ser eliminadas.

2.4 La fecha de caducidad de la vacuna desde el momento de su entrega efectiva no será inferior a 15 meses. La Administración se reserva la posibilidad de devolver la totalidad o parte de los envíos que no cumplan este requisito. El laboratorio suministrador se compromete a una reposición mínima de un 50% de las vacunas caducadas. En caso de rotura de cadena de frío el laboratorio suministrador se compromete a una reposición de las vacunas que hayan sufrido dicho incidente en el menor plazo posible.

En segundo lugar, una vez conseguida la armonización de precios a nivel nacional habría que buscar formas que nos alejen del foco en los precios bajos y que permitan una compra basada en otros criterios además de los puramente técnicos inherentes a las características de las vacunas, cosa que por otra parte ya se contempla en los pliegos:

#### **2.7. Otras mejoras:**

- Dosis adicionales o sin cargo respecto de las que son objeto del contrato
- Colaboraciones con el programa de vacunaciones:
  - Formación: número de actividades y horas de formación
  - Número de sistemas de registro para control de cadena de frío
  - Número de cajas isotérmicas
  - Número de proyectos de investigación a promover
  - Actividades destinadas al aumento de coberturas

Los contratos de colaboración entre los adjudicatarios y los pagadores pueden ser una buena alternativa. Los primeros estarían suministrando mucho más que un producto, un servicio complementario y los segundos verían satisfechas sus necesidades no cubiertas.

Los Planes de Salud deberían ser objeto de estudio para analizar qué objetivos de los mismos serían susceptibles de esa colaboración bipartita que permitiera mejoras en los Programas de Vacunación y en su promoción, redundando en unas mejores coberturas de vacunación. De esta manera se beneficiarían la población, los pagadores y los suministradores.

# Disponibilidad, sensibilización e información desde la Farmacia Comunitaria

Luis Alberto Amaro Cendón

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades contagiosas han supuesto a lo largo de la vida del hombre una de las mayores amenazas a las que hemos tenido que plantar cara. Baste recordar la Gran Peste de 1348-1351, que ocasionó la muerte (estimada) de 25 millones de personas en Europa (alrededor del 30-60% de la población europea en dicha época), o la más reciente gripe española de 1918, que mató al 2,5-5% de la población mundial.

La aparición y el desarrollo de la antibioterapia, la mejora en la nutrición y potabilización de las aguas, y especialmente la mejoría en las condiciones higiénicas, incluyendo la aparición de métodos eficaces de desinfección, desinsectación y desratización, dieron lugar a un punto de inflexión en la lucha contra los microorganismos.

Uno de los factores que más han influido en esta mejora en la lucha contra los procesos infecciosos ha sido la aparición de las vacunas, que han permitido erradicar completamente enfermedades como la viruela, y reducir al mínimo otras como la poliomielitis. Actualmente, la vacunación constituye uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública, siendo considerada como una de las medidas más coste-efectiva para combatir ciertas enfermedades infecciosas.

Todos estos factores han colaborado de forma significativa a reducir la morbimortalidad por procesos agudos infecciosos. No obstante, nos enfrentamos de nuevo a un posible resurgir de este problema como consecuencia del mal uso de los antimicrobianos y la consecuente aparición de resistencias. La aparición de diferentes y potentes mecanismos de



resistencia, como la presencia de *carbapenemasas* en Enterobacterias, ha dado lugar a que actualmente carezcamos de antibióticos eficaces frente a microorganismos que antes no suponían mayor riesgo.

En este contexto, la lucha frente a las infecciones, con la mejora en la utilización de los antimicrobianos existentes y la reducción de la selección artificial de cepas resistentes y con el desarrollo de nuevos antimicrobianos y vacunas, suponen un nuevo reto al que deberemos enfrentarnos en los próximos años, y en el que la oficina de farmacia comunitaria está dispuesta a participar de forma activa.

## DISPONIBILIDAD DE LAS VACUNAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Tal y como se recoge en el artículo 3.6 del Real Decreto Legislativo 1/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la custodia, conservación y dispensación de una vacuna, como medicamento que es, corresponde en exclusiva a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas.

La Ley establece además la posibilidad de dispensación de ciertas vacunas tanto en los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones (situación que contempla la administración de una vacuna para cumplimentar los calendarios vacunales), o para vacunas que pudieran exigir una particular vigilancia, supervisión y control, en base a la calificación otorgada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (es decir, para vacunas que pudieran considerarse de uso hospitalario).

Finalmente se contempla la posible dispensación a pacientes no hospitalizados por parte de los servicios de farmacia hospitalaria, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS), de ciertas vacunas en las que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acordase establecer reservas singulares en el ámbito de su financiación, limitándola exclusivamente a determinados grupos de pacientes. No obstante, estas vacunas podrían ser dispensadas igualmente por la oficina de farmacia, si bien su dispensación se realizaría sin cargo al SNS. En esta situación se encuentran actualmente las vacunas frente a la varicela, que pueden adquirirse sin cargo al SNS en las oficinas de farmacia, mientras que los servicios farmacéuticos o centros sanitarios podrán administrarlas sin

cargo a aquellos pacientes que pertenezcan a los grupos de riesgo indicados por el Ministerio de Sanidad.

No obstante, la financiación restringida a determinados grupos de pacientes por su pertenencia a grupos de población incluidos en calendario vacunal o grupos de riesgo, no es justificación para la restricción de las funciones de la oficina de farmacia comunitaria, recogidas en la ley.

La dispensación de medicamentos, y en especial de vacunas, desde la oficina de farmacia comunitaria aporta grandes ventajas tanto al sistema sanitario como a la sociedad. Entre estas ventajas podemos destacar las siguientes:

- **Accesibilidad.** Actualmente existen en España alrededor de 22.000 oficinas de farmacia, distribuidas ampliamente por todo el territorio nacional, de forma que más del 95% de la población española tiene acceso a una oficina de farmacia en la localidad en la que habita. Según los últimos datos que figuran en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, aproximadamente 2,3 millones de españoles acuden diariamente a una oficina de farmacia para adquirir un medicamento o un producto de Parafarmacia, o bien para realizar una consulta a un profesional sanitario como es el farmacéutico.

La presencia de una oficina de farmacia prácticamente en cualquier localidad de nuestro país, unido a los horarios y turnos de guardia establecidos, posibilita que cualquier habitante de nuestro país pueda acceder cómodamente a los servicios sanitarios, y adquirir una vacuna o la información que necesite del farmacéutico de forma inmediata.

Las restricciones a la dispensación de una vacuna por parte de la oficina de farmacia, salvo en aquellas condiciones en las estuviera científicamente justificado, podría suponer una limitación al acceso de vacunas por ciertos pacientes, así como una saturación de los servicios sanitarios.

- **Seguridad.** La oficina de farmacia comunitaria procede a recabar la información particular del paciente durante el proceso de dispensación, de forma que puede evaluar el riesgo de interacciones de una vacuna con medicación concomitante que esté recibiendo el paciente, y detectar situaciones en las que una vacuna pudiera estar contraindicada, procediendo a derivar al paciente al médico en estas situaciones.

Igualmente, el farmacéutico tiene entre sus funciones la identificación de posibles reacciones adversas relacionadas con una vacuna,

y su comunicación al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, con lo que participa en la identificación del perfil de seguridad de las vacunas.

- Información al paciente. La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario óptimo para la información activa del usuario. Aproximadamente el 30% de los pacientes que acuden a una oficina de farmacia diariamente reciben un consejo sanitario en respuesta a una demanda ajena a la dispensación de un medicamento.

La información adecuada al usuario acerca de los beneficios y riesgos de las vacunas por parte del farmacéutico puede ayudar a eliminar falsos mitos carentes de base científica esgrimidos por ciertos grupos anti-vacunas, y permitir al usuario que valore individualmente la conveniencia de vacunarse frente a determinadas infecciones, ya que cabe recordar, la vacunación en nuestro país continúa siendo una decisión voluntaria del usuario.

- Identificación. La oficina de farmacia es parte integrante en todos los proyectos de identificación y trazabilidad de medicamentos, lo que resulta esencial para la lucha contra la falsificación de los medicamentos.
- Conservación. La oficina de farmacia garantiza la adecuada conservación de una vacuna antes de su dispensación al público, así como la entrega de información relativa a la conservación por parte de éste hasta su administración final, de forma que se garantice durante este periodo el mantenimiento de la cadena de frío que estos medicamentos requieren, y se garantice su calidad, contribuyendo así a su eficacia y seguridad.

Además de estas funciones generales de cualquier medicamento, en el ámbito de las vacunas el farmacéutico puede participar en promover la vacunación de grupos de riesgo y mejorar las coberturas vacunales frente a determinadas enfermedades infecciosas:

- Control de calendarios vacunales, tanto de niños como de adultos. El farmacéutico puede comprobar el estado de vacunación de estos pacientes y recordar al paciente o a su cuidador la necesidad de acudir a su centro de salud para cumplimentar dichos calendarios, de forma que se mejore la cobertura vacunal.
- Detección de grupos especiales de población en los que ciertas vacunas serían recomendables por su pertenencia a los grupos de

riesgo, como pacientes inmunodeprimidos, incluyendo pacientes con SIDA o sometidos a trasplantes, enfermos crónicos, familiares de personas pertenecientes a grupos de riesgo o trabajadores sanitarios susceptibles, tanto profesionales sanitarios como otras personas que trabajen en centros de salud (personal de limpieza, celadores, etc.). En este ámbito el farmacéutico debe demostrar su compromiso y su responsabilidad social siendo el primero en estar correctamente vacunado.

Es patente la importante labor que realiza la farmacia comunitaria en el campo de la vacunación, pero todavía quedan aspectos en los que la farmacia podría contribuir aún más. Buen ejemplo de ello son las iniciativas de distintos colegios de farmacéuticos que avanzan en la dirección de los servicios profesionales farmacéuticos, con propuestas dirigidas a que las farmacias actúen como centros complementarios a los ya existentes para la administración de determinadas vacunas aumentando así la cobertura de la inmunización a la población.

La administración de medicamentos subcutáneos es una práctica habitual que se está realizando por los propios pacientes (insulinas, heparinas, gonadotrofinas, etc). En el caso de la administración de vacunas por parte de los farmacéuticos se avanzaría en este sentido al tratarse de profesionales sanitarios y, además, se haría siempre una vez completada por el profesional una fase de formación.

Actualmente, en países de nuestro entorno como Portugal, Italia o el Reino Unido, además de EEUU o Canadá, las farmacias comunitarias participan en la administración de vacunas antigripales durante las campañas de vacunación. Además de la vacunación antigripal, en algunos países como Suiza se plantea la posibilidad de administración de otras como las de meningitis o hepatitis B.

La participación activa de la farmacia en la administración de vacunas podría mejorar la cobertura vacunal al facilitar el acceso del usuario por su distribución y horarios, contribuir a la concienciación de la sociedad en la importancia de la vacunación y disminuir la sobrecarga de los centros de salud al reducir el número de usuarios que acuden a los mismos para vacunarse. No obstante, se requiere contar con un marco legislativo tanto para dotar al farmacéutico de las competencias necesarias como para establecer los requisitos formativos y protocolos necesarios para realizar esta actividad con las máximas condiciones de seguridad para el paciente.

## INFORMACIÓN DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

Actualmente vivimos en un mundo globalizado en el que el paciente ha asumido un nuevo rol en el cuidado de su salud y en la lucha frente a las enfermedades. Los temores y dudas en los pacientes ya no pueden justificarse **únicamente** en la falta de información de los mismos, como ocurría en el pasado, sino que todo lo contrario, actualmente el usuario tiene acceso a gran cantidad de información, si bien en muchos casos esta información es recibida desde diferentes fuentes y puede ser contradictoria entre sí. La existencia de información sesgada, sin base científica, cuando no la presencia de mensajes falsos y maliciosos, así como la dificultad del usuario para cribar las fuentes de las que recibe esta información, han contribuido al establecimiento de falsas creencias relacionadas con la vacunación.

Uno de los aspectos más conflictivos de la vacunación, esgrimido como bandera por multitud de grupos “anti-vacunas”, ha sido el relacionado con problemas en su seguridad. La utilización de microorganismos (en ocasiones vivos), el empleo en pacientes sanos (y en especial en niños), y la falta de información científicamente contrastada de la población, entre otros factores, pueden explicar en cierta medida la sensación de miedo, cuando no de rechazo, que las vacunas producen entre ciertos grupos de población. Está claro que las vacunas, al igual que cualquier otro medicamento, tienen la capacidad para producir reacciones adversas a cualquier paciente a las que se administren. No obstante, con la amplia experiencia clínica de la que disponemos actualmente y los profundos estudios de seguridad realizados antes y después de su comercialización, podemos afirmar que, en la mayoría de los casos, las reacciones adversas de las vacunas suelen ser leves y transitorias, y sólo en ocasiones puntuales pueden producir reacciones adversas graves. A pesar de ello, estas reacciones suelen ser menos frecuentes que las complicaciones de las enfermedades que previenen, y por tanto, la relación beneficio/riesgo se mantiene en la mayoría de los pacientes como favorable.

Por otra parte, la población se muestra en muchas ocasiones confusa ante la existencia de distintos mensajes recibidos de las propias administraciones sanitarias, como la presencia de diferentes calendarios de vacunación, o las restricciones a la adquisición de determinadas vacunas que hasta un momento determinado se habían estado obteniendo sin problemas en las oficinas de farmacia al presentar una receta médica.

Es por tanto imprescindible coordinar la difusión de información sobre vacunas dirigida a la sociedad entre las Autoridades Sanitarias y los

profesionales sanitarios, de forma que se dé una información clara basada en los conocimientos científicos más actuales, y en especial, una información homogénea que pueda contribuir a disipar las dudas y temores.

La Farmacia Comunitaria ejerce en esta difusión de información a la sociedad un papel clave, tal y como se recoge en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, al indicar que *“corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública”*.

Los farmacéuticos somos conscientes de nuestro papel en las tareas de información al usuario, y hemos declarado nuestra *“voluntad de promover la integración de la Farmacia Comunitaria y la intervención del farmacéutico en los planes y estrategias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de las Consejerías de Sanidad, implicándolas en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el Seguimiento Farmacoterapéutico”* (Declaración de Córdoba de 23 de octubre de 2014).

Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), en colaboración con los diferentes Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales, se trabaja continuamente para mejorar la información en vacunas tanto de los farmacéuticos como de la población. Además de acciones concretas relacionadas con vacunas puntuales, en el año 2009 se desarrolló una campaña sanitaria denominada *“Actualización de los conocimientos en vacunación”* con el objetivo de mejorar la formación de los farmacéuticos en vacunas, y darles herramientas para difundir desde la Farmacia Comunitaria información a la población general.

Durante esta campaña se constató el interés que las vacunas despiertan entre los farmacéuticos, con la participación **más de 6.200 farmacéuticos**, de los que **del 90% consideraron conveniente la repetición de actividades similares en el futuro**, para mejorar la información de la población.

Es imprescindible por tanto que la oficina de farmacia se implique en esta actividad informativa, y que sea un centro sanitario de referencia en la información de vacunas al cual el usuario pueda acceder, pero necesita de igual medida que se le dote de información y herramientas adecuadas para llevar a cabo este papel. La inclusión de nuevas informaciones sobre vacunas tanto en los planes de estudio como en las actividades de formación continuada de los farmacéuticos debe realizarse por tanto paralelamente a estas actividades informativas de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Declaración de Córdoba. XIX Congreso Nacional Farmacéutico. Córdoba, 23 de octubre de 2014.
- Informe de Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. 2.<sup>a</sup> Edición. 2003.

# Financiación de las vacunas. Criterios

Amós José García Rojas

## INTRODUCCIÓN

La incorporación de los programas nacionales de vacunación en todo el mundo ha representado, uno de los avances más importantes en el control de las enfermedades infecciosas. Dependiendo del objetivo que se quiera alcanzar variarán las estrategias y las repercusiones sobre la infección. Si el objetivo es el control de la enfermedad, se definirá como la reducción de la incidencia, prevalencia o mortalidad a un nivel aceptable y las estrategias de vacunación irán dirigidas a la población que tenga un mayor riesgo de infección o de presentación de formas mas graves de enfermedad. En general, tendrá poca repercusión en la incidencia global de ésta. Un objetivo de eliminación implicará la ausencia de casos autóctonos de infección en un ámbito geográfico amplio. La aparición de casos secundarios generados por un caso importado acabará por si misma sin intervención y la transmisión mantenida no puede ocurrir. Para alcanzar este objetivo se necesitan implantar de forma coordinada intensos programas de vacunación y vigilancia epidemiológica y mantenerlos indefinidamente para que se mantenga la eliminación. Hablaríamos de erradicación cuando el objetivo fuera la ausencia total de casos de infección y la interrupción de la transmisión del agente infeccioso a nivel mundial. Requiere por tanto de una estrategia mundial con intensos programas de vacunación y vigilancia epidemiológica, que podrían ser interrumpidos al alcanzar el objetivo.

En España, tras sucesivas intervenciones vacunales se configura un primer calendario de vacunación infantil en el año 1975, cuyo objetivo



era que las vacunas infantiles se pudieran ir administrando de manera permanente, a medida que los/as niños/as fueran alcanzando las edades correspondientes.

## ANTECEDENTES

El acceso individual a la vacuna aunque sea bueno a título personal, va a tener poco impacto sobre la salud de la comunidad. Sin embargo, si logramos interrumpir la cadena de transmisión, con algunas vacunas podemos disminuir la incidencia de determinadas enfermedades, controlarlas y, en la medida de lo posible, contribuir a su eliminación y erradicación. Esto supone una clara responsabilidad pública a la hora de ofertar vacunas a la población, ya que con estos productos podemos mejorar el nivel de salud de nuestros ciudadanos y de nuestras ciudadanas. Esta responsabilidad pública se manifiesta en el conjunto del estado español en el desarrollo de políticas vacunales con la consolidación de programas de vacunación, es decir, con actuaciones presupuestadas y planificadas. Esto nos diferencia de otros países de nuestro mismo contexto socioeconómico en los que dicha responsabilidad se traduce exclusivamente en el desarrollo de recomendaciones vacunales, no ajustadas a presupuesto, siendo los/as ciudadanos/as los que pagan la totalidad o parte de la vacuna. Por lo tanto, uno de los pilares fundamentales de la oferta vacunal es la financiación, que se convierte en un activo fundamental en la consecución de los objetivos de los programas de vacunación, y además en un garante de la equidad. Los criterios por los que una vacuna debe ser incluida en las políticas públicas de inmunización, y por lo tanto ser financiadas, se fundamentan en los siguientes apartados, que fueron aprobados por la Comisión de Salud Pública en febrero de 2011:

Se consideran **cinco criterios de evaluación** que, conjuntamente, proporcionan un marco para el análisis sistemático de los argumentos a favor y en contra de la inclusión y priorización de cambios en el programa de vacunación:

- Carga de enfermedad
- Efectividad y seguridad de la vacuna
- Repercusiones de la modificación en el programa de vacunación
- Aspectos éticos
- Evaluación económica

Teniendo en cuenta estos factores, es necesario que los calendarios de vacunación se vayan adaptando a las nuevas realidades, en función de la incorporación de nuevas vacunas, y los posibles cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades prevenibles por estos productos. De esta manera, se seguiría contribuyendo de manera decisiva a la mejora del nivel de salud de todos los ciudadanos.

## DESARROLLO

Existen diversas variables económicas que influyen en la incorporación de nuevas vacunas en los calendarios de vacunación. La primera de todas es la disponibilidad presupuestaria. Lógicamente, una nueva vacuna supone un coste adicional para el sistema de salud y es necesario que exista disponibilidad presupuestaria para hacer frente a esos costes.

Desde esta perspectiva, hay que considerar que la vacunación es, sin duda, una de las herramientas más coste-efectiva de la salud pública, con grandes beneficios para la salud y bienestar de la población. Además de ahorrar en los costes de tratamiento de las enfermedades, la vacunación tiene un impacto económico significativo: También protege de los efectos que las enfermedades tienen a largo plazo sobre el bienestar físico y mental de las personas. Por otro lado, son seguras y únicamente se utilizan en la población después de una evaluación muy exhaustiva llevada a cabo por profesionales expertos y siguiendo protocolos aprobados internacionalmente. En este sentido, hay que valorar que la salud de la población contribuye al crecimiento económico. La aportación de las vacunas a este crecimiento es considerable, mediante los programas de vacunación para toda la vida.

Al prevenir un número considerable de enfermedades y sus consecuencias, la vacunación contribuye a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios al reducir las hospitalizaciones, las visitas a centros de salud y la prescripción de un tratamiento.

Como efecto sumatorio tenemos que considerar también, beneficios más generales, el papel de las vacunas en la lucha contra la resistencia a los antibióticos y la mejora de la asignación y la eficiencia de los recursos hospitalarios, que son valores “intangibles” y difíciles de cuantificar en términos monetarios.

España es uno de los países desarrollados que más ha recortado su gasto sanitario desde 2009, y la inversión en salud por habitante ya se encuentra por debajo de la media de la OCDE. Asimismo está por debajo

de la media en cuanto a la inversión en prevención comparada con el gasto total en sanidad.

En nuestro país, la inversión en vacunas supone actualmente algo más del 1% comparado con el gasto farmacéutico. En valores absolutos las cantidades han venido disminuyendo significativamente desde el año 2009 en el total que las Comunidades Autónomas emplearon para la compra de vacunas destinadas al cumplimiento de sus calendarios vacunales y que fue de 263 millones de euros. El año 2013 se cerró con una cifra que rondó los 150 millones de euros.

## SISTEMAS DE COMPRA

En nuestro país podemos considerar los siguientes modelos de compra:

- a) Procedimiento de adquisición bajo el Acuerdo Marco con el Ministerio. Se licita según las condiciones emanadas por el Acuerdo Marco desarrollado por el Ministerio.
- b) Procedimiento de adquisición individual: La Comunidad Autónoma licita según entienda oportuno y fuera del Acuerdo Marco.
- c) Procedimiento de adquisición mixto: Para algunas vacunas las Comunidades se acogen al Acuerdo Marco, y para otras no.

Las ventajas indudables que se han logrado con el Acuerdo Marco se visualizan en dos puntos fundamentales, la disminución progresiva del precio de adquisición de las vacunas y una mayor homogeneidad en los precios logrados por las distintas Comunidades Autónomas. En estos procesos, el precio se presenta como el valor fundamental a evaluar. Desde esta perspectiva las políticas de contención de costes proporcionan a los pagadores sanitarios un instrumento eficaz para reducir los precios de compra de las vacunas. Pero sería razonable trabajar para llegar a un equilibrio que permitiera tener en cuenta el coste real de su desarrollo y los procesos de fabricación o el producto biológico complejo que representan las vacunas, así como el valor técnico de las mismas.

También hay que reflexionar acerca de la necesidad de abrir un debate sobre posibles formas de financiación del grupo de vacunas que, sin tener una indicación poblacional, si que la tienen individual, por ejemplo, en personas con determinados perfiles de riesgo.

Por que conviene recordar, que la vacunación no es solo una inversión a largo plazo. Si se aplican con eficacia, los programas de vacunación

consiguen ahorros importantes a corto y medio plazo. Los costes directos totales de la vacunación a lo largo de la vida son similares o inferiores a los de otras medidas preventivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo  
<http://msc.es>
- Servicio Canario de Salud  
<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/index.jsp>
- National Immunization Program (CDC)  
<http://www.cdc.gov/nip/>
- Global Programme for Vaccines and Immunization (OMS)  
<http://www.who.int/vaccines/>
- Epidemiology and Prevention of Vaccine - Preventable Diseases, ("The Pink Book")  
<http://www.cdc.gov/nip/publications/pink/default.htm>
- Johns Hopkins University Institute for Vaccine Safety  
<http://www.vaccinesafety.edu/>
- Asociación Española de Vacunología  
<http://www.aev.es/>
- Asociación Española de Pediatría  
<http://www.aeped.es/>
- Ponencia de Programas y Registros de Vacunaciones. Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016
- Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
- Grupo de trabajo. Vacunación del Adulto. Recomendaciones Año 2004. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2004
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE núm. 21, 24/01/1996.



# La formación del personal sanitario respecto de la vacunación

Ángel Gil de Miguel

La formación del personal sanitario respecto a la vacunación pasa por dos etapas, la primera la formación en el grado donde apenas constituye algún tema en algunas de las asignaturas existentes. Es verdad que los planes de estudio están muy recortados con motivo del espacio europeo de educación superior, pero también es verdad que tampoco en los planes de estudio “antiguos” la vacunación tenía un lugar preferente. Y es complicado ya que no es fácil, como decimos los planes de estudio están muy ajustados y a la hora de ampliar alguna materia siempre ira en detrimento de otra y eso es muy complicado en el ámbito universitario.

De forma tradicional en los planes de estudio de medicina tradicionalmente las vacunas formaban parte del temario de pediatría que se impartía en 4.º o 5.º de carrera y luego en medicina preventiva y salud pública que se impartía en 6.º curso. En pediatría no solo eran las vacunas sino que se hablaba de las enfermedades inmunoprevenibles y se daba por lo tanto un enfoque mas clínico, se explicaba la enfermedad y luego se hablaba de las medidas de prevención de cada una de las enfermedades, hay que tener en cuenta también que la historia de los Calendarios de vacunación tal y como los entendemos hoy en día es de 1975, apenas 40 años por lo que antes de esa fecha apenas se hablaba de ellos.

Actualmente sucede lo mismo y en el fondo en pediatría se habla de cada una de las enfermedades inmunoprevenibles y al final de cada enfermedad se habla de la prevención en general y la vacunación en particular. Si bien es cierto que en Medicina Preventiva y Salud Pública ocupan hoy en día un lugar un poco mas destacado, pero teniendo en cuenta en aquellas facultades donde se da un mayor contenido a esta asignatura no

tienen mas de 60 temas de tal forma que la vacunación tiene que hacerse un hueco entre otros muchos temas, la gestión, la planificación, la salud ambiental, los determinantes de la salud, los sistemas sanitarios, etc...

De esta forma la vacunación ocupa con un poco de suerte el 10% de esos temarios y en ellos la parte central esta en conocer el calendario de vacunación, con frecuencia solo el infantil y con un poco de suerte el del adulto, con frecuencia se habla de la vacunación del viajero y del Reglamento Sanitario Internacional, y muy pocas veces de un tema trascendental y que desde mi punto de vista es clave y que son los criterios para la inclusión de una vacuna dentro de un calendario de vacunación.

Hasta ahora me he centrado fundamentalmente en la formación de Grado que reciben los médicos, pero también los profesionales de enfermería reciben formación en materia de salud pública y con frecuencia en la mayoría de las universidades esta formación cuenta con un mayor numero de créditos que en el Grado de Medicina. En el Grado de Enfermería por lo general cuentan con asignaturas de enfermería comunitaria y de salud pública propiamente dicha en las que las vacunas ocupan un lugar parecido al de medicina, como es lógico en su caso los temas están muy centrados en los programa de atención primaria como el del niño sano, del que se habla tanto en enfermería maternoinfantil como en salud pública pero en cualquier caso hablamos también de temas puntuales y no de asignaturas.

Es por lo tanto esencial que en la formación de postgrado se aborde el tema de la vacunación, además con los cambios que se han producido en los últimos años cada vez se hace mas necesaria la actualización de conocimientos donde la administración juega un papel esencial ya que si queremos que el sistema sanitaria sea eficiente necesitamos profesionales actualizados y con el mayor nivel de formación posible.

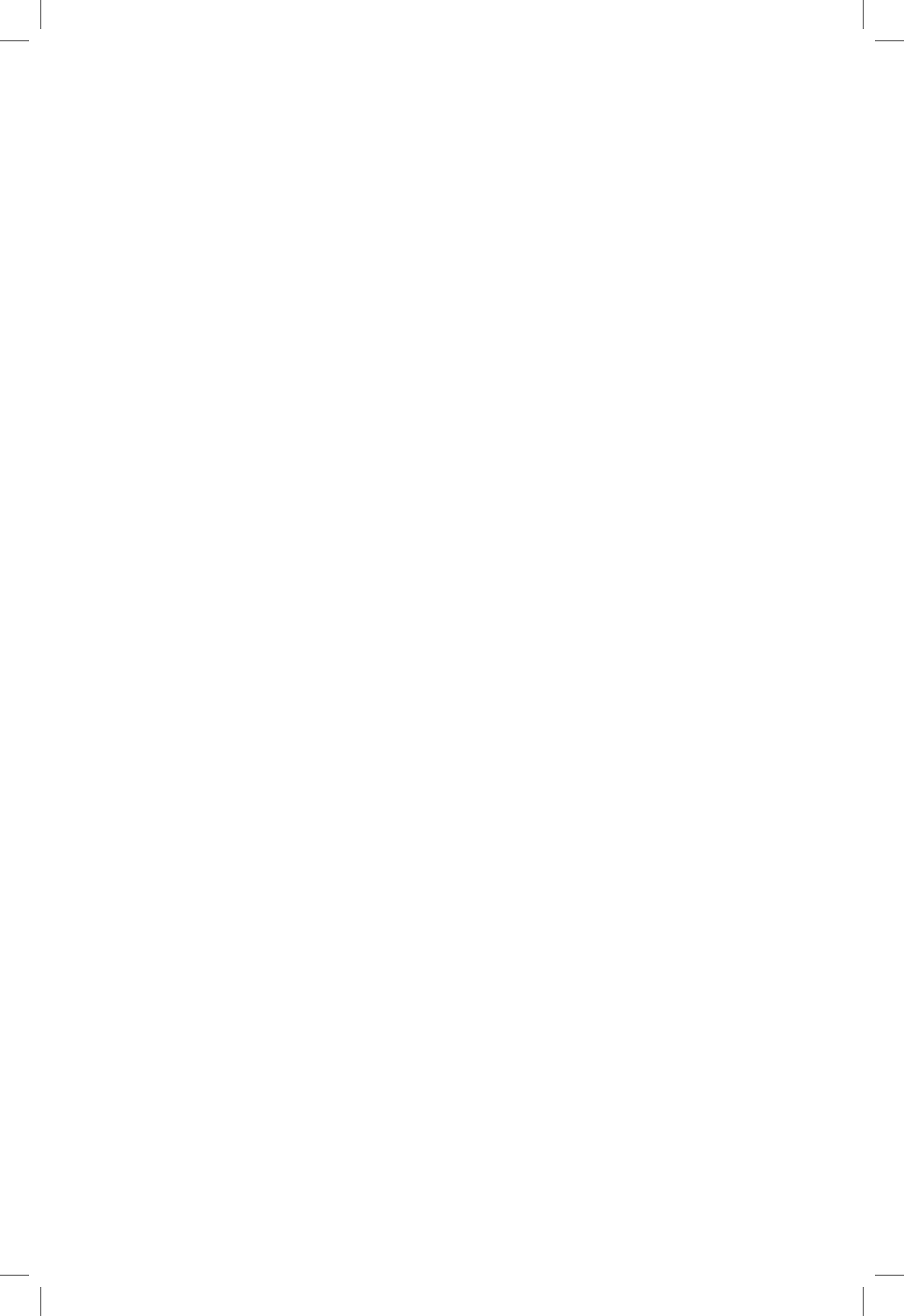
Son muchos los cambios que se han producido en el campo de la Vacunología y para estar al día hace falta una formación continua que no siempre es accesible o que no está disponible en la cantidad y calidad adecuada.

A favor de los profesionales sanitarios debo decir que siempre que he tenido la oportunidad de participar en algún curso de formación sobre Vacunología debo decir que me he encontrado siempre salones y aulas llenas y con profesionales con un nivel de motivación altísimo. Esto como es lógico pone de manifiesto la necesidad de formación y la preocupación de nuestro profesionales por estar al día y querer ofrecer lo mejor a nuestros pacientes y en el caso que nos ocupa al conjunto de

la población con el deseo y el ánimo de que la población goce del mejor nivel de salud posible.

Falta por tanto mas formación, como digo será difícil conseguirlo en la formación de grado pero hay que intentarlo y hay que hacerlo. Pero es necesario que la formación de postgrado y la formación continuada no descuide esa demanda de formación que nos piden y exigen los profesionales.





# El derecho-deber a la información y la transparencia en materia de vacunación: situación actual, déficits y oportunidades

Nuria María Garrido Cuenca

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN: UN DEBATE OPORTUNO  
Y NECESARIO PARA MANTENER LA CONFIANZA Y  
ADHERENCIA DEL CIUDADANO AL SISTEMA  
DE VACUNACIÓN

Aunque la cuestión no es nueva, en los últimos años nuestra política de vacunación se encuentra en el punto de mira de la sociedad. Los acontecimientos relacionados con algunas vacunas (especialmente la retirada del mercado de la vacuna de la varicela, la cuestionada seguridad de la del virus del Papiloma Humano, la reciente muerte por difteria de un niño no vacunado, el desabastecimiento de la vacuna de la tosferina), las diferencias en los calendarios de vacunación, la falta de equidad, la desinformación y la entrada en el debate de los ávidos medios de comunicación con total ausencia de control sobre las informaciones públicas, las sospechas no siempre demostradas de las influencias indebidas de los lobbies farmacéuticos, entre otros, han supuesto serias amenazas que demandan imperiosamente un liderazgo eficaz de las autoridades competentes y la intervención coordinada, consensuada y participada de todas las partes interesadas en materia de vacunación. La continuidad del éxito de nuestra política de vacunación va a depender mucho de los mecanismos arbitrados para mantener la confianza, seguridad y adherencia de los ciudadanos al sistema de vacunación. Y algún trágico episodio por no vacunación ha vuelto a poner sobre el tapete el debate jurídico, ético y político que plantea el ejercicio de un derecho a la salud desde la perspectiva no solo individual, sino también colectiva, la nece-

saría reflexión sobre la obligatoriedad de algunas vacunas y los riesgos de nuestros programas de prevención si no son corregidos sus patentes déficits en materia de información y transparencia, tanto desde el punto de vista organizativo como material, como han demostrado los conflictos más recientes.

Respecto a la transparencia, el sistema institucional y normativo actual cuenta ya con las bases para implementar, con los modelos ensayados a nivel autonómico y la enseñanza de otros internacionalmente aceptados, una estructura organizativa participada y los procedimientos formalizados de toma de decisión de acuerdo a los principios de transparencia y publicidad. Aun a pesar de que hay que seguir apostando por reforzar desde el punto de vista político, jurídico y también social y cultural un sistema de gobernanza abierta y participada, los mimbres que nos aporta el marco normativo en materia sanitaria son el mejor armazón para diseñar un sistema modélico de transparencia en la toma de decisiones. La cuestión no es complicada desde el punto de vista jurídico, sólo es necesario aunar voluntad y consenso entre los diferentes sujetos implicados y ante todo cumplir la legalidad vigente.

Mayores problemas plantea el derecho a la información en materia de salud pública. Fundamentalmente por sus muy variadas manifestaciones y la presencia de intereses y derechos fundamentales implicados y a veces enfrentados. En primer lugar, las dudas que sigue planteando el contenido, extensión y límites del derecho-deber de información entre profesionales y pacientes, cuestión regulada 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. La casuística interpretación jurisprudencial sobre el medio idóneo para la garantía del derecho en general, pero particularmente en materia de vacunación, donde encontramos decisiones que van desde la validez del consentimiento tácito a la condena por la deficiente información sobre los riesgos excepcionales, conducen a una inseguridad jurídica que quizás debiera solventarse desde el punto de vista normativo.

Otra de las vertientes del derecho a la información es la que implica directamente a las autoridades sanitarias competentes, a las que es exigible una información adecuada y completa sobre el despliegue de sus actividades preventivas; como ocurre con tantas otras cuestiones, la información y promoción de campañas vacunales, la implementación de su diseño, las estrategias de captación, el lugar de administración (sistema sanitario, escuela) e incluso su registro, son cuestiones que competen a las Comunidades Autónomas dando lugar a enormes diferencias que, en

mi opinión, pueden llevar a crear situaciones inequitativas de acceso a la vacunación en las distintas partes del territorio español, fundamentalmente derivadas del mayor o menor conocimiento de la población. En cualquier caso, sería conveniente prever el mínimo común básico que garantice un buen sistema para la publicidad y las campañas de sensibilización a la población, donde el liderazgo de una autoridad de salud pública sea capaz de generar la confianza precisa para garantizar el éxito de la vacunación.

En fin, un tema enormemente preocupante y no menos complejo es el referido a la explosión de información en materia sanitaria, no solo en los medios de comunicación social, sino especialmente en las redes sociales, sobrepasando en algún caso los límites que el también derecho fundamental a la libertad de expresión debe contener cuando de salud pública hablamos. La estrecha línea roja que separa la publicidad de la información y la complicada ponderación de derechos constitucionales encontrados es una cuestión que no ha sido resuelta normativamente con éxito, y que en mi opinión se ha visto ampliamente superada por la vertiginosa velocidad de los cambios en la comunicación en red. Sirva como ejemplo la plataforma para la moratoria de la vacuna del virus del papiloma humano, liderada por miembros conocidos del colectivo sanitario, consiguió en un breve espacio de tiempo más de 8000 firmas de ciudadanos y es fuente de referencia en los medios de comunicación, mientras tímidamente nuestra Administración sanitaria rebaja la edad de inmunización en la última revisión del calendario vacunal, y la población diana asiste de nuevo atónita a una polémica desconcertante que no puede por más que generar dudas e indecisión ante los riesgos gravísimos (no demostrados científicamente) de sus potenciales efectos adversos.

Señalaremos brevemente algunas de las cuestiones que, a nuestro juicio, son merecedoras de una mayor atención normativa y, en su caso, una respuesta política, respecto a ambos temas.

#### LA REGULACIÓN DEL PRINCIPIO DE TRANSPARENCIA Y SU TRASCENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA. LA INTERPRETACIÓN DEL CONSEJO DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO EN MATERIA DE VACUNACIÓN

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información y Buen Gobierno y sus supuestas virtudes taumáticas aún deben pasar por un largo recorrido, a poco que analicemos algunos

de los contenidos que más directamente pueden afectar al ámbito de la salud pública. Las obligaciones fundamentales en el ámbito sanitario se contraen a dos: publicidad activa y acceso a la información. En principio, aplicables a todos los órganos de la Administración sanitaria en lo que se refiere a actividades sujetas a derecho administrativo, así como un nutrido grupo de órganos constitucionales y estatutarios. La primera duda que nos asalta es si en este amplio espectro subjetivo de la norma tiene cabida el Consejo Interterritorial del SNS que, como es obvio dada la generalidad de la norma, no aparece mencionado ni propiamente encaja en ninguno de los sujetos concernidos.

Respecto al acceso a la información pública, a pesar de la amplitud de su contenido, adolece de una importante serie de deficiencias, pues ni es claro el objeto del derecho de acceso, se limita a los documentos administrativos contenidos en procedimientos ya terminados y su articulación práctica será extraordinariamente limitada dadas las formalidades exigidas para su ejercicio que peca de una excesiva burocratización. Pero además, lo cierto es que este derecho puede ser sometido a límites difícilmente justificables. En lo que a nosotros más interesa, si la información puede suponer un perjuicio para “los intereses económicos y comerciales” (art.14.h) y, lo que es más llamativo, “la garantía de la confidencialidad o el secreto requerido en procesos de toma de decisión” (k), sin especificar cuáles son esos procesos. Tampoco queda clara la causa de inadmisión contenida en el art.18, sobre solicitudes “referidas a información que tenga carácter auxiliar o de apoyo como la contenida en notas, borradores, opiniones, resúmenes, comunicaciones o informes internos o entre órganos o entidades administrativas” (letra b). No menos distorsionante puede ser la excepción contenida a la regla general del silencio administrativo positivo en caso de incumplimiento de los plazos para dictar la resolución sobre la petición de acceso (art.20.4).

Conocido el proceso de toma de decisiones en materia de vacunación y los sujetos implicados en este, la norma parecía llamada a tener un recorrido muy limitado. Sin embargo, la impecable interpretación sobre los preceptos más discutibles realizada en la Resolución del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, de 21 de octubre de 2015, que obliga a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios a la publicación de toda la información relativa a la decisión de restringir la vacuna contra la varicela (Varilax) a uso hospitalario y su consiguiente retirada del mercado, debe ser tomada como modelo para futuras decisiones en materia de vacunación. En ella se insta a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a publicar el Informe

del Comité de Medicamentos de Uso Humano de 2013 que sirvió de base para la catalogación de la vacuna de la varicela como de exclusivo uso hospitalario ([http://www.consejodetransparencia.es/ct\\_Home/consejo/reclamaciones/reclamaciones/2015/10.html](http://www.consejodetransparencia.es/ct_Home/consejo/reclamaciones/reclamaciones/2015/10.html)). El Consejo entiende que prevalece el “interés público superior” de la necesidad de conocimiento por la sociedad de los motivos que sustentan esta decisión, en tanto influye decisivamente en la salud de la población, sobre los límites al derecho de información previstos en la Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información y buen gobierno que había esgrimido la Agencia. Esto es, que el informe cuestionado fue determinante y no meramente auxiliar o de apoyo. Como no podía tratarse de otra forma el Informe remitido por la AEMPS al Comité de Medicamentos de Uso humano, que versaba sobre “la situación de las vacunas de varicela en Nuestro país”, las “Estrategias de vacunación”, las “Recomendaciones en otros países europeos”, y la “decisión de las autoridades de salud pública”, y terminó en una decisión normativa que modificó la clasificación de la vacuna a los efectos de su dispensación al público. Concluirá el Consejo que tanto el Comité de Medicamentos como la AEMPS deben someter su actuación al principio de transparencia y, sobre todo, que la fundamentación de sus decisiones sea motivada y suficientemente conocida.

Pero además, en nuestro ordenamiento especial sanitario contamos ya con unas reglas de actuación que pueden suponer, si existe voluntad política para implementarlas –o en su caso, cumplirlas–, que la toma de decisiones haga realidad aquellas intenciones que pretenden informar la forma de actuación de nuestras autoridades sanitarias, pues son mucho más explícitas y se amoldan perfectamente para su aplicación específica en este ámbito. Un repaso sucinto a la normativa de general aplicación confirma esta afirmación.

Empezando por la **Ley General de Salud Pública**, que cuenta entre sus principios inspiradores justamente con el de transparencia: art.4.f): Las actuaciones de salud pública deberán ser transparentes. La información sobre las mismas deberá ser clara, sencilla y comprensible para el conjunto de los ciudadanos.

El nuevo Texto Refundido de la Ley de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios (RD Legislativo 1/2015) ha incorporado un arsenal de medidas para garantizar la independencia de los profesionales sanitarios (art.4) y establecido la obligación de “máxima transparencia” en la adopción de decisiones por las administraciones sanitarias (art.7), junto a las garantías de información sobre medicamentos y productos sanitarios (art.15). Por su parte, el art.16.4 obliga a

la AEMYPS, a efectos de garantizar la “transparencia de sus actuaciones”, a asegurar el acceso público de sus decisiones sobre autorizaciones de medicamentos, sus modificaciones, suspensiones y revocaciones, cuando sean firmes, así como el resumen de las características del producto. Que también debe ser de acceso público el informe de evaluación motivado. Y que la información comercial de carácter confidencial no es óbice para la publicación de los actos de decisión de los órganos colegiados de asesoramiento técnico y científico del Ministerio relacionados con la autorización de medicamentos. De sobra es conocido que alguna de estas obligaciones de información se vienen incumpliendo por parte de nuestras autoridades sanitarias. En desarrollo de la LMYPS, el art.22 del RD 1345/2007, modificado por RD 686/2013, de 16 de septiembre en trasposición de la reciente normativa comunitaria sobre farmacovigilancia, es todavía mucho más riguroso en los requisitos de publicidad y transparencia sobre los medicamentos autorizados en España y sus posibles modificaciones. Por ejemplo, la obligación de la AEMYPS de “poner a disposición del público sin dilación” los informes públicos de evaluación o actualización, en su caso, y los motivos del dictamen, de forma comprensible para el público y, en particular, con una sección relativa a la condiciones de utilización”. Es ya ocioso reiterar que esta publicidad sólo se realiza en la prensa y si surge algún conflicto. Las exigencias de transparencia han llegado también a la nueva regulación de los ensayos clínicos (art.62 TRLMYPS). Y no menos importante resulta el nuevo art.78 referido a la objetividad y calidad de la información y promoción dirigida a los profesionales sanitarios, bajo riguroso control de las autoridades sanitarias, con la exigencia de publicidad y declaración de las fuentes que, en su caso, hayan financiado actividades de índole científica, publicaciones, reuniones, congresos y otros actos similares. Habrá que esperar al exigido desarrollo reglamentario de este precepto, para comprobar si efectivamente nuestro legislador tiene voluntad de regular los conflictos de intereses.

#### TRANSPARENCIA, GRUPOS DE EXPERTOS Y LOBBIES. CONFLICTOS DE INTERESES Y REGISTRO DE LOBBIES

Lo que nos lleva directamente a otra cuestión deficitariamente regulada. Como venimos señalando, en materia de sanidad y salud pública en general y de vacunaciones en particular, la transparencia en la toma de decisiones y el acceso a la información pública se ha visto seriamente

comprometida por las controversias sobre el papel jugado por la potente industria farmacéutica. Así se ha llegado a afirmar que una de las actividades de lobby más importantes se manifiesta en el ámbito sanitario, y de ahí los riesgos de influencias indebidas en la toma de decisiones públicas con sus numerosos y variados actores y la necesidad de unos procedimientos lo más transparentes posibles. El esperpéntico episodio en torno a la vacuna de la varicela vivido en nuestro país ha sido expuesto como leading case del riesgo de influencias indebidas y modelo de captura regulatoria y técnica, donde tanto la empresa productora como la Sociedad Española de pediatría salen bastante mal paradas, esta segunda por su falta de imparcialidad e independencia. Sin entrar ahora en este debate, lo cierto es que la opinión pública ha asistido atónita a un lamentable espectáculo, vivamente alimentado en los medios de comunicación social, mientras la autoridad sanitaria se encontraba ausente, obviando sus deberes de comunicación y rendición de cuentas. La ausencia del desarrollo reglamentario sobre conflictos de interés, independencia e imparcialidad de las organizaciones que realicen recomendaciones en materia de salud pública, impuesto por la LGSP (art.11), termina de cuadrar este ejemplo. Tampoco en España existe un registro de lobbies, ni obligación de informar de sus actividades, mucho menos órganos de control, ni apoyo legal e institucional suficiente para seguir la huella legislativa de las normas jurídicas. La Ley 19/2013 parece que tampoco viene a contribuir precisamente a paliar algunos de estos déficits.

No obstante, en el último año se ha dado algún paso importante por los propios afectados. Interesante es la creación del registro voluntario de lobbies en la Comisión Nacional de Mercados y de la Competencia que, pese a su limitado ámbito objetivo puede resultar un ejemplo para otros organismos públicos, y donde por cierto, se ha inscrito Farmaindustria. También las sociedades científicas más directamente afectadas por los episodios conflictivos antes aludidos han manifestado voluntariamente su compromiso con la transparencia y el buen gobierno (Vid el Informe de Gestión económica correspondiente al ejercicio del pasado año 2015 de la Asociación Española de Pediatría).

Respecto al esperado desarrollo reglamentario de la declaración de conflicto de intereses ha sido ciertamente una enorme oportunidad perdida en la Ley estatal de Transparencia, pese a la enorme insistencia en lo imperioso de esta regulación por parte de nuestras principales sociedades científicas.

Aunque en nuestro sistema jurídico no está regulada la composición de los grupos de expertos que asesoran en la toma de decisiones o la



elaboración de las normas, habría que ensayar un modelo equilibrado y equitativo, de público conocimiento y sometido a unas reglas de actuación regladas y transparentes. Esto es, un marco normativo estratégico a nivel institucional y funcional que concrete los principios ya contenidos en nuestras leyes de transparencia y buen gobierno y desarrolle reglamentariamente los contenidos de la legislación específica en materia sanitaria. Así, creemos ya ineludible el desarrollo normativo del art.11 art.11 LGSP, que establece los principales requisitos sobre composición y funcionamiento de los grupos de expertos, esencialmente desde un enfoque basado en la mayor transparencia.

Con mayor razón, deberá arbitrarse el correspondiente procedimiento para cumplir con las exigencias de la Ley 3/2015, reguladora del ejercicio del alto cargo en la Administración General del Estado, constando expresamente también la declaración de conflicto de intereses de los altos cargos que participen en los órganos administrativos o políticos con competencias materiales en vacunación, la información sobre actividades previas al nombramiento y, si fuera posible, de sus previsibles actividades tras el cese. Así como hacer explícitas las exigencias de buen gobierno requeridas a los altos cargos o miembros gubernamentales que participen en el proceso de decisión.

## LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TOMA DE DECISIÓN

El marco para la evaluación sistemática de nuestros programas de vacunación que incluya el iter procedimental, la metodología de evaluación, los criterios de evaluación para la inclusión o revisión de vacunas y su prelación, los aspectos éticos y económicos de la decisión, se contiene ya en el importante documento “Criterios de Evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España”, realizado por la Ponencia de Vacunas en 2004 y que ha sido revisado en el año 2011 [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios\\_ProgramaVacunas.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf)

Sin embargo, a la vista de los informes publicados sobre vacunas y sus revisiones en la página web correspondiente <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/home.htm> (de cuya fácil accesibilidad cabría dudar seriamente), este instrumento de consenso no se aplica en el procedimiento decisonal. Además, a mi juicio, en este documento deberían añadirse las medidas de supervisión,

responsabilidad y rendición de cuentas en el proceso, así como un sistema de publicidad absoluta de las actuaciones llevadas a cabo a lo largo de todo el procedimiento y su seguimiento, así como la exigencia de reevaluación a corto plazo.

## LA IMPORTANCIA DE UNA INFORMACIÓN ADECUADA, VERAZ Y RESPONSABLE EN MATERIA DE VACUNACIÓN

La politización de las cuestiones sanitarias y la progresiva y masiva presencia de estas en los medios de comunicación, es un hecho incontestable al que habría que dar una respuesta política y jurídica imperiosamente. Pues es evidente que una sociedad bien informada puede ser la clave para el éxito o el fracaso de toda política de salud pública, pero especialmente de las relativas a la vacunación. Nuestra LGSP, y ahora el art.80 TRLMYP, atinada y oportunamente se ocupa largamente de la cuestión en materia de medicamentos publicitarios. Pero fundamentalmente nos interesa el 18 LGSP, que contiene las reglas esenciales de actuación en materia de “comunicación en salud pública”. En este se impone la obligación para las Administraciones sanitarias de velar por que la información sobre salud dirigida al público sea veraz y cumpla con las previsiones legales, especialmente cuando sea difundida a través de los medios de comunicación social; de realizar un control de la publicidad comercial y de las recomendaciones públicas sobre salud; de su difusión con la colaboración de los medios de comunicación; o, en fin, de la puesta a disposición de los criterios de buenas prácticas para aquellos y otras organizaciones sociales. A nuestro juicio, la actuación de inspección y control en el ámbito de la salud pública ha demostrado bastante tibieza hasta el momento. Pero sobre todo, es que esta normativa se ha visto ampliamente superada por el boom de las nuevas tecnologías, la comunicación viral, los medios sociales en Internet (la Web 2.0, foros y chats, redes, blogs y webs) que están redefiniendo las relaciones sociales, sin una adecuada respuesta normativa que prevea también el control de las informaciones en materia de salud pública. Cuestión nada sencilla cuando pueden llegar a entrar en juego principios y derechos de igual o distinto rango constitucional, desde la libertad de expresión, la libertad científica o el valor salud. Solo una adecuada ponderación de los intereses en conflicto puede llevarnos a soluciones equilibradas, pero resulta necesario incidir desde el punto de vista normativo en la regulación de estas cuestiones.

## INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA DE VACUNACIÓN

Tampoco esta es una cuestión suficientemente resuelta desde el punto de vista normativo. La jurisprudencia casuística y en ocasiones contradictoria sobre el derecho-deber de información y documentación clínica, específicamente en el ámbito de la vacunación, debe ser objeto de una seria reflexión y quizás de unas pautas de actuación comunes por parte de los órganos competentes a nivel estatal.

Como ha señalado el Tribunal Constitucional (por todas, STC 9/2015, de 2 de febrero) información y consentimiento son dos derechos íntimamente relacionados, pues solo si se dispone de la información adecuada y suficiente se podrá prestar libremente el consentimiento. Como es sabido, salvo determinados procedimientos invasores, arriesgados o intervenciones quirúrgicas, la regla general es el otorgamiento verbal del consentimiento. El problema, en materia de vacunación, es doble.

Por un lado, no está predeterminado el contenido ni extensión de la información, ni el medio idóneo para garantizar este proceso informativo, que normalmente recaerá en el supuesto cumplimiento de la *lex artis* por el profesional sanitario. Aunque, en mi opinión, la información en este peculiar tipo de acto, manifestación de una política de salud pública preventiva y no estrictamente asistencial, debe entenderse en un sentido omnicompreensivo, que abarque las obligaciones de las administraciones sanitarias en la implementación de las políticas y recomendaciones de vacunación, aunque no exclusivamente. Ejemplar a mi juicio es la doctrina contenida en la STS de 25 de junio de 2010, que condenó a la Administración castellano-manchega por la deficiente información en una campaña de vacunación, provocando la pérdida de oportunidad de los padres de proteger a su hija menor con una vacuna eficaz contra la meningitis. El Tribunal entenderá que “la Administración efectúa la campaña del 2000 de tal forma (sólo a través de los Centros de salud, en los que los pediatras solo informan de la campaña a los padres de los menores de seis años a los que va dirigida) que priva a los padres de los mayores de esa edad de la posibilidad de obtener una información suficiente, comprensible y adecuada en relación con la insuficiencia de la vacuna suministrada en 1997 y con el hecho de estar expuestos, que les permita adoptar las medidas oportunas para su adecuada protección”. Aunque es cierto que la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina, “los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos

que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias, tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una “falta de servicio”, o “una dejación de funciones” que es lo que ocurre en el caso. Interesante también en la sentencia es que no se vincula la financiación pública de la vacuna con la información que está obligada a proporcionar la Administración, entendiendo ambas cuestiones como independientes.

Por más que la implementación de los programas vacunales sea competencia autonómica, ante la disparidad existente, creo conveniente establecer un mínimo contenido informativo común en todo el Estado, con las oportunas campañas informativas a toda la población, y una información directa y personal a la población diana, como se hace en algunas Comunidades Autónomas (Aragón, Murcia, Castilla-León, Navarra, entre otras).

Por otro lado, a pesar de alguna jurisprudencia que ha flexibilizado la necesidad de consentimiento informado en materia de vacunación, entendiendo suficiente el prospecto (Sentencia Audiencia Nacional de 4 de abril de 2012) o la validez del consentimiento tácito que supone la voluntariedad del sujeto o de los padres que llevan al menor al centro de vacunación (que ha sido rotundamente rechazado en alguna otra jurisprudencia, STSJ Castilla y León de 2 de enero de 2012), o el alcance de la información restringida a las consecuencias leves (SsTS 9 de octubre y 12 de septiembre de 2012), soy de la opinión de que esta nueva peculiaridad de la vacunación frente a las exigencias más poderosas de la casi práctica totalidad de los actos médicos no es de recibo, por más que sea la práctica habitual y que debería corregirse con las instrucciones oportunas por parte de nuestras Administraciones sanitarias.

También en la vacunación es necesario el consentimiento informado, que normalmente será verbal, salvo que la administración de vacunas se realice en el ámbito escolar, que será escrito, con la oportuna autorización de los padres. Quizás esta es la solución más acertada, también desde el punto de vista de la garantía de equidad, como ha señalado incluso la propia Ponencia de Vacunas. En fin, en todo caso, toda vacuna administrada debe quedar reflejada en la historia clínica de la persona que recibe la vacuna. Es imprescindible la informatización de ese registro en una base de datos accesible y que facilite su explotación que debiera ser interoperable con las bases de datos a nivel nacional, a los efectos de poder consensuar las decisiones estatales sobre vacunación en atención a los datos epidemiológicos globales. Aunque también en este aspecto hay que señalar que la calidad del registro es muy variable, encontrando grandes diferencias entre puestos vacunadores, que habría que analizar y unificar para garantizar una informatización adecuada y de utilidad.



# Propuestas legales frente al rechazo a las vacunas: de la información a la obligatoriedad

Federico de Montalvo Jääskeläinen

Desde una perspectiva eminentemente legal, nuestro ordenamiento jurídico no incorpora explícitamente un deber de vacunación para los ciudadanos, una cláusula que ampare de manera general la vacunación obligatoria, no existiendo ninguna norma jurídica concreta que establezca que los poderes públicos pueden exigir de sus ciudadanos que acepten ser vacunados. Sí existe una norma que permite aplicar la vacunación, aún no contando con la voluntad del sujeto, en un supuesto cualificado de riesgo para la salud pública como es el caso de epidemia. Ante la declaración de una epidemia, los poderes públicos pueden desarrollar diferentes medidas a favor de la salud colectiva y, entre ellas, la vacunación obligatoria. Tal previsión se recoge en el artículo 4 de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio en relación con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

Sí es cierto que existe una norma ya antigua, la Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la Base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, 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 alguno, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias”*.

La eficacia jurídica y operatividad de esta norma es discutible, de manera que una decisión concreta de vacunación obligatoria difícilmente podría fundamentarse en tal norma. No entramos a exponer en detalle los factores que determinan tal falta de plena eficacia jurídica por cuanto se trata de cuestiones de técnica jurídica que exceden del propósito de este Informe, aunque podemos sintetizar el problema en el hecho de que Ley General de Sanidad preveía en su Disposición Final 5.<sup>a</sup> 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 más de treinta 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 legislador. Además, una decisión pública de vacunación obligatoria incide en un ámbito de los derechos y libertades de los ciudadanos, especialmente protegido por afectar a la integridad corporal, de manera que la norma que recogiera tal facultad habría de ser aprobada con el carácter de Ley Orgánica, naturaleza de la que carece la precitada Ley de Bases de la Sanidad Nacional.

Por otro lado, y al margen de los problemas que plantea su eficacia para servir de soporte legal a una decisión de vacunación obligatoria, 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. 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 en España es voluntario, lo que permite que se puedan producir situaciones como, por ejemplo, el rechazo de un menor y/o sus padres a determinadas vacunas. De la propia Ley General de Sanidad se deduce dicha voluntariedad en cuanto 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 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*”.

Este sistema jurídico de protección de la salud pública en el campo de las vacunas se muestra ciertamente insólito porque, si precisamente lo que pretende evitarse es una epidemia, cómo puede admitirse en buena lógica que sólo pueda implementarse una medida forzosa de vacunación en el marco de una epidemia ya instaurada, más aún, cuando en tales contextos puede, incluso, estar desaconsejado vacunar. La vacunación pretende precisamente evitar las epidemias.

Sin embargo, tampoco debemos ignorar que fundamentar un sistema de protección de la salud pública en una fórmula general de vacunación obligatoria genera incertidumbre, no sólo desde una perspectiva legal de la protección de los derechos del individuo frente a los intereses de la comunidad, sino incluso, aún aceptando que tales derechos deben en muchas ocasiones ceder a favor del interés colectivo, sobre todo, cuando se trata de la salud, sino también en lo que se refiere a su eficacia real. Se argumenta por algunos autores que la incorporación al ordenamiento jurídico de una cláusula legal de vacunación obligatoria con una virtualidad muy amplia puede, incluso, jugar en contra de las vacunas e incidir en la posición negativa o de sospecha que algunos, aunque pocos, sectores de la población muestran frente a las vacunas.

Por ello, se proponen diferentes fórmulas más allá de la mera de vacunación obligatoria. Entre ellas, destacan las siguiente:

1. En primer lugar, la promoción de medidas de educación e información a la población sobre los beneficios de las vacunas y su utilidad como instrumento básico de protección de la salud pública. Entre dichas medidas deberían potenciarse aquellas que permitan concienciar a la población acerca de la no desaparición de determinadas enfermedades que se evitan precisamente con la vacunación. Se percibe que la población da por extinguidas determinadas enfermedades, sin apreciar que realmente la enfermedad sigue presente aunque sin efectos en la salud de las personas por la eficacia de las vacunas. A este respecto, cuanto mayor sea la distancia temporal en relación a las epidemias que nos asolaron hace unas décadas mayor debe ser el esfuerzo de los poderes públicos por recordar la importancia que en materia de salud pública tienen las vacunas.



Algunos estudios consideran que dentro de estas estrategias de educación e información puede resultar muy eficaz aquella que ponga el acento en informar a la población acerca de la alta tasa de vacunación que llevamos alcanzando en nuestro país en los últimos años, en lo que se refiere a los menores, lo que puede permitir que los padres tomen conciencia del bajo riesgo de efectos adversos y de los beneficios del *efecto rebaño*.

En el mismo sentido, es importante que por los poderes públicos en colaboración con las sociedades científicas y los grupos profesionales se desarrollen estrategias, procedimientos y técnicas que permitan a los profesionales de la salud que se enfrentan a dichas negativas de los padres a vacunar a sus hijos afrontar y resolver con seguridad jurídica las mismas.

En relación a estas medidas que hasta la fecha han sido las habituales en nuestro país, debemos recordar que permitido que sigamos alcanzando unas tasas de vacunación muy altas. Así, en el año 2014, el porcentaje de niños que había recibido la serie básica de las vacunas (primovacunación) recomendadas superaba en todos los casos el 96%, porcentaje que aparece prácticamente sin cambios destacables en las series desde 2001 (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Coberturas de Vacunación: Datos Estadísticos). Igualmente, los porcentajes de niños que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas se aproximan al 95%.

Sin embargo, también es cierto que algunos otros países han empezado a considerar que un sistema de protección de la salud pública en el campo de las vacunas fundamentalmente basado en meras políticas de educación e información puede estar llamado al fracaso. El ejemplo de los Estados Unidos es muy relevante. Ahí las medidas de educación e información se han completado recientemente con cláusulas legales de vacunación obligatoria al observarse en los últimos años de determinados movimientos sociales contrarios a las vacunas iban en aumento, habiéndose producido algún caso que ha tenido un importante impacto en la opinión pública. En el caso de España, tal riesgo no es absolutamente descartable, sobre todo, si atendemos al hecho de que la tasa de vacunación en personas mayores se haya visto disminuida notablemente en los últimos años (hasta quince puntos en los últimos diez años), tomando como ejemplo la vacunación frente a la gripe en la población mayor de sesenta y cinco años, respecto de la que hace una década se había alcanzado un porcentaje de vacunación del 70%,

situándose en la actualidad en el 56,2%. Tal cifra se muestra en los últimos diez años muy lejos de la tasa de vacunación recomendada por la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea que se sitúa en el 75%.

2. En segundo lugar, encontraríamos las políticas públicas de vacunación basadas en incentivos, lo que conecta con uno de los términos en lengua inglesa que recientemente se ha convertido en una expresión muy habitual al hablar de medidas de promoción de la salud pública como son los denominados *nudges*. En su traducción a nuestra lengua sería algo así como “dar un pequeño empujón”, es decir, animar a alguien a cambiar determinadas conductas por otras más saludables con pequeños incentivos que permitan presumir que el sujeto conserva gran parte de su libertad en la elección. Este término, en el sentido que venimos comentando, se atribuye a SUNSTEIN y THALER que definen el término *nudge* como “*any aspect of the choice architecture that alters people’s behaviour in a predictable way without forbidding any options or significantly changing their economic incentives. To count as a mere nudge, the intervention must be easy and cheap to avoid. Nudges are not mandates. Putting the fruit at eye level counts as a nudge*”. Se trata de intervenciones que animan al sujeto a actuar en determinada dirección (véase, en nuestro caso, aceptando ser vacunado) pero permitiendo igualmente que el sujeto actúe de acuerdo con su propio interés y libertad. Para ser considerado como tal, debe, necesariamente, preservar la libertad de elección del individuo.

De este modo, a través de los *nudges* se promovería un cambio en la conducta de salud pública de los ciudadanos sin necesidad de recurrir a medidas coercitivas u obligatorias ni a incentivos económicos de especial relevancia, siendo el ciudadano el que libremente aceptaría el cambio aunque animado por el pequeño *empujón* que produce la correspondiente política pública.

Un ejemplo de tales *nudges* en el específico campo de la vacunación podríamos encontrarlo en Australia donde las vacunas no son obligatorias pero los padres que aceptan vacunar a sus hijos reciben incentivos económicos, bien directamente o indirectamente a través de las reducciones en la carga fiscal (*Family Assistance Act*, 1999). Dichas medidas permitieron pasar en cinco años de una tasa de vacunación del 75% (1997) al 94% (2001). Sin embargo, es importante destacar que se trata de incentivos económicos muy relevantes ya que según algunos estudios dos de cada tres padres

encontrarían problemas para sufragar los gastos del cuidado de sus hijos sin dichos incentivos. Así pues, su consideración como verdaderos *nudges* en sentido estricto es controvertida.

Igualmente, en Australia la vacunación de los menores queda garantizada a través de la combinación de una cláusula de voluntariedad con una de prohibición de los menores de acudir a los centros escolares cuando padezcan una enfermedad prevenible a través de las vacunas, lo que obliga a los padres a solicitar días de permiso no retribuidos con detrimento de sus ingresos salariales. En otros Estados de Europa, como es el caso de Letonia, la vacunación es voluntaria pero los padres deben firmar un documento de información en el que asumen las consecuencias que pudieran derivarse de su decisión tanto hacia su propio hijo como hacia terceros, lo que también puede operar como un incentivo a favor de la vacunación.

La principal crítica que reciben dichas medidas de incentivos es que se ha planteado que esta estrategia únicamente ofrece resultados positivos en el corto plazo y que normalmente desaparecen en el medio o largo plazo. Otro problema que presenta esta iniciativa es que en muchas ocasiones involucra tan sólo a personas que ya, por sí mismos, tienen cierta predisposición o se muestran dispuestos a aceptar las vacunas aunque tengan ciertas dudas, quedando fuera aquellos que realmente pueden representar un problema para el sistema. También se ha apuntado que este tipo de medidas afecta a la solidaridad y que no crean una verdadera conciencia individual frente al problema. El individuo seguirá la conducta que es objeto de incentivo no porque haya desarrollado una verdadera conciencia sobre la necesidad ética de la conducta, sino tan sólo sobre la base del interés individual en el incentivo.

Junto a todas ellas, la medida que puede considerarse más extrema desde la perspectiva de la salvaguarda del interés del individuo es la vacunación obligatoria, la cual aún se mantiene como medida de salud pública más allá del específico contexto de epidemia en varios países del Este. Algunos estudios consideran que el fundamento de la vacunación obligatoria en dichos Estados que contrasta con el principio de voluntariedad que impera en gran parte de la Europa Occidental radica en que las epidemias se encuentran aún próximas en el tiempo, de manera que la población es aún muy consciente del valor que desde la perspectiva de la lucha contra la enfermedad aportan las vacunas.

En países como Estados Unidos de América, las políticas basadas en la información, promoción e incentivos se están viendo sustituidas en los últimos años por medidas coercitivas, en virtud de las cuales, los padres se ven obligados a vacunar a sus hijos y los trabajadores del sector sanitario pueden verse expuestos a la pérdida del puesto de trabajo si no aceptan ser vacunados, sobre todo, en determinados ámbitos asistenciales en los que existe mayor riesgo de contagio (urgencias, planta, quirófano, etc). Algunos autores apuntan que las tradicionales políticas de información y promoción de las vacunas están llamadas al fracaso (Lugo, 2007). Las campañas basadas exclusivamente en la educación o promoción se considera que proporcionan mínimos cambios en las tasas de vacunación, sobre todo, en el ámbito de los profesionales sanitarios, exigiéndose más estudios que permitan valorar los resultados de la combinación de diferentes políticas.

¿Cuál de las medidas descritas puede considerarse la más adecuada? El principio de proporcionalidad que opera plenamente en los conflictos que enfrentan al interés individual con el colectivo exige adoptar aquellas medidas menos coercitivas cuando pueden alcanzarse los mismos fines (lo que se denomina en términos jurídicos subprincipio de necesidad). Por ello, frente a medidas claramente coercitivas como la vacunación obligatoria, deberían promoverse prioritariamente medidas informativas e incentivadoras.

Sin embargo, creemos que ello no obsta para que no debiera articularse jurídicamente un sistema completo de medidas en nuestro ordenamiento de manera que el recurso a cada una de ellas, atendiendo a su nivel de afectación de la libertad individual, debería hacerse de manera proporcional, según las circunstancias que concurren en cada caso. La ausencia de una norma que permita promover una medida pública de vacunación obligatoria fuera del supuesto concreto de epidemia, puede afirmarse que se muestra, *prima facie*, como un déficit de nuestro sistema jurídico, sobre todo, atendida las recientes experiencias de los países de nuestro entorno y algunos casos acaecidos recientemente en nuestro propio país. Por lo tanto, parece adecuado que junto al impulso de medidas de educación, información y promoción de conductas favorables por parte de la población a la vacunación como política principal de salud pública, puedan imponerse, en supuestos concretos, la vacunación obligatoria, por ejemplo, cuando las tasas de vacunación se aprecie que se ven reducidas de manera que se pierda el *efecto rebaño*,

sin necesidad de esperar a que aparezca una epidemia o, incluso, un mero brote.

Junto a dichas actuaciones debe seguir trabajándose por parte de los poderes públicos en otras medidas muy importantes tales como la coordinación de los calendarios vacunales entre Comunidades Autónomas, evitándose alteraciones o divergencias entre los mismos, la adopción de mecanismos de información que eviten las alertas sanitarias científicamente sin fundamento en relación con las vacunas, que acaban generando una alarma social que únicamente trae como consecuencia la pérdida de la confianza en las instituciones responsables de velar por la salud pública, el respeto y la adecuada comunicación con aquellos individuos y comunidades que rechazan las vacunas por motivos religiosos, filosóficos o ideológicos, advirtiéndoles de las responsabilidades que asumen y de las medidas que podrían llegar a adoptarse en caso de riesgo probable y grave para la salud pública.

# Vacunación e infección bacteriana

Ignacio Para Rodríguez-Santana

Como todos sabemos, las enfermedades infecciosas pueden estar producidas por virus, bacterias, hongos u otros parásitos. Las vacunas son medicamentos biológicos que aplicados a personas sanas provocan la generación de defensas que actúan protegiéndole ante futuros contactos con los agentes infecciosos, evitando la infección o la enfermedad. Provocan que nuestro sistema inmunológico desarrolle anticuerpos que, posteriormente, en caso de infección, actúan eliminando los agentes patógenos evitando que se pueda desarrollar la enfermedad de origen infeccioso.

Un aspecto a resaltar es el que se refiere a las vacunas contra agentes bacterianos. Agentes que provocan enfermedades que se han tratado regularmente con antibióticos. El problema que ahora se plantea es que el uso incontrolado y abusivo de antibióticos ha ido generando resistencias bacterianas de manera que la fortaleza de las respuestas terapéuticas ante este tipo de infecciones se han ido debilitando, un problema hoy cuya solución requiere formación, recursos y buen cálculo de los médicos.

El número de antibióticos desarrollados por la industria farmacéutica ha disminuido de manera dramática en los últimos años. Cada vez hay menos alternativas terapéuticas y hay pocos fármacos para enfrentar las bacterias resistentes. Las resistencias a los antibióticos son generadas por los seres vivos y cambiantes (las bacterias) y hasta ahora la industria ha ido generado nuevos medicamentos para enfrentar estas resistencias. Pero se genera un círculo vicioso del que, hasta el momento, es difícil salir: la aplicación de nuevos medicamentos genera nuevas resistencias antibióticas por las bacterias, por lo que hay que conseguir nuevos medicamentos contra los cuales se generarán nuevas resistencias, etc. Es un

círculo que puede ir más rápido o más despacio, pero que se empezó a acelerar a partir de los años 50 hasta llegar a la crisis antibiótica que se vive hoy, con más bacterias resistentes y menos antibióticos nuevos en el mercado.

Además de la medicación con antibióticos, estamos expuestos a antimicrobianos en ambientes no médicos por la frecuencia de los viajes, y también por el pienso de los animales y otros usos y abusos de los antibióticos que se hacen en la veterinaria con los piensos y los medicamentos para animales de consumo humano. Todo esto facilita la generación de resistencias microbianas. Hacen de vacunas para las bacterias que, ante un ataque débil, fortalecen su sistema inmune para combatir los antimicrobianos. Según los expertos, las resistencias a los antibióticos podrían costar 10 millones de vidas en todo el mundo en el año 2050.

Por otro lado, enfermedades de origen bacteriano como el tífus, el tétanos, la difteria, la tosferina, la neumonía, la meningitis, la tuberculosis o el cólera son evitables mediante la administración de las consiguientes vacunas. Algunas de ellas están prácticamente erradicadas. Pero tenemos un problema, o varios. Algunas de estas enfermedades están resurgiendo sobre todo debido al auge de las comunicaciones por avión, el turismo y el movimiento migratorio: O bien vamos a países donde estas enfermedades todavía tienen una alta presencia o vienen visitantes o inmigrantes de países donde no han recibido las vacunas oportunas.

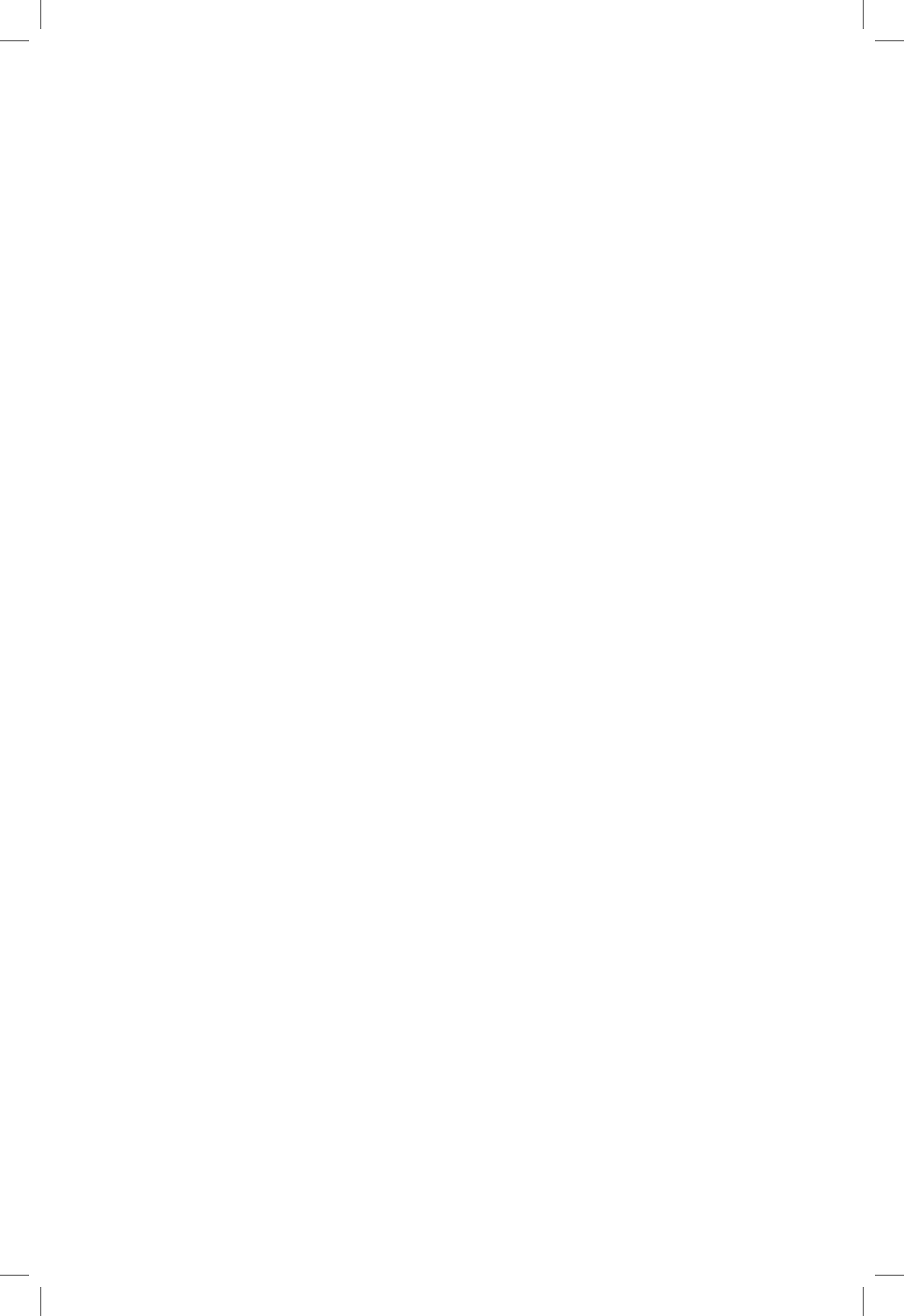
Según Médicos Sin Fronteras, cólera, malaria, sarampión y meningitis pueden convertirse en epidemias durante 2016, si no se lleva a cabo una inversión adecuada para la prevención y respuesta a los brotes.

Es evidente que es más fácil prevenir, con una buena política de salud pública, de seguridad alimentaria y de vacunación, que tener que remediar la enfermedad susceptible de desarrollo ante la ausencia de la vacunación. Es muy importante que se exijan los justificantes de vacunación a aquellos inmigrantes o visitantes que llegan a España y, también, que se realice un control, vacunación y seguimiento sanitario de la población inmigrante en situación ilegal. Los problemas de salud pública nos atañen a todos.

El otro problema es el que ya apuntábamos antes y es el rápido desarrollo de las resistencias antibacterianas y, sin embargo, la baja producción de nuevos antibióticos que, además, cada vez son más costosos. Por eso es tan importante la vacunación preventiva contra estas enfermedades; porque ya no se combaten tan fácilmente, porque cada vez contamos con menos recursos al generarse multiresistencias bacterianas a los medios terapéuticos con que contamos.

Con estas líneas quiero concienciar a todos sobre este problema y alertar a las autoridades sanitarias con el fin de prevenir las infecciones bacterianas evitables mediante la vacunación de la población tanto en su edad infantil como en las edades adulta y madura.





# En defensa de la salud pública y de las vacunas

Julio Sánchez Fierro

Al cumplirse 30 años de la aprobación de la Ley General de Sanidad se están haciendo balances laudatorios sobre lo mucho que ha supuesto dicha Ley para la protección de la salud en España.

Entre los logros más destacados figuran el aumento de la esperanza de vida (con un incremento de más de siete años de vida) y un alto nivel de satisfacción de los ciudadanos por los servicios que recibe del sistema sanitario público (más del 80% los valora positivamente! según la OMS). Pero en materia de prevención de enfermedades y de promoción de la salud el balance es otro, mucho menos satisfactorio.

En efecto, aunque el Proyecto de Ley General de Sanidad inicialmente incidía en el ámbito de la salud pública, luego el legislador optó por prescindir de ella, salvo medidas de carácter excepcional y urgente, que fueron objeto de una norma específica.

Aquella decisión, a posteriori, ha tenido consecuencias muy negativas.

El legislador estatal, por diversas circunstancias, fue postergando durante 25 años la regulación general de medidas en favor de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud. Fue preciso esperar hasta Octubre de 2011.

Durante ese tiempo las Comunidades Autónomas intentaron cubrir ese vacío, pero las leyes autonómicas no respondieron a objetivos comunes ni impulsaron las mismas medidas, por ejemplo, en materia de vacunas.

Esto explica la indeseable situación de dispersión de las políticas vacunales; dispersión que resta eficacia a sus potenciales resultados y que genera inaceptables desigualdades para los ciudadanos en función del territorio en el que residan.

Es cierto que con la Ley General de Salud Pública esa dispersión se ha paliado en parte y también que es loable el trabajo de la Comisión de Salud Pública, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Pero no lo es menos que se echa de menos un precepto legal que establezca un calendario vacunal “único” y que es insuficiente un calendario “común”, que, en definitiva, admite que persistan diferencias entre Comunidades Autónomas, con el consiguiente perjuicio para los ciudadanos.

Esta situación debería corregirse en el terreno de los hechos, porque, como viene diciendo, desde siempre, la OMS, En materia de salud pública no bastan las declaraciones programáticas. Lo que hacen falta son medidas concretas, además de recursos presupuestarios suficientes.

Por tanto, los poderes públicos deberían promover una política mas comprometida con la salud pública dotándola de mayores recursos económicos.

Partimos de cifras muy modestas, ya que el gasto para políticas de salud pública equivale sólo al 1,1% del gasto sanitario total y el gasto en vacunas representa 0,65% (aunque hay estimaciones que lo reducen al 0,35% del gasto sanitario total).

Lo preocupante es que estos porcentajes se pudieran deteriorar aun más, preocupación que viene abonada por lo que está sucediendo durante estos últimos años con el gasto en salud pública:

- Año 2009: 1.158 millones de euros.
- Año 2011: 750 millones de euros.
- Año 2013: 667 millones de euros.

En el caso de las vacunas la tendencia ha sido similar, de modo que podría haberse producido un descenso por encima del 7%, con alguna excepción puntual.

Una vez superados los momentos álgidos de la crisis esta tendencia debería corregirse con determinación, porque sólo así los mandatos de la Ley General de Salud Pública tendrán efectividad.

Debería, pues, abrirse un nuevo horizonte para la salud pública y para esa herramienta emblemática que es la política vacunal.

Ese horizonte debería venir enmarcado por mayores recursos, por la equidad, por mejorar información, por la transparencia, por la colaboración entre las distintas Administraciones y por la vigilancia, la prevención y la promoción de la salud.

En este contexto, en el caso de las vacunas, además, habría que explorar nuevos enfoques de esta prestación de salud pública, en particular respecto de:

1. igualdad de acceso
2. voluntariedad/obligatoriedad y responsabilidades
3. personas mayores y entornos especiales (centros escolares y sociosanitarios,
4. adultos en edad de trabajar,
5. profesionales sanitarios,
6. implantación del calendario vacunal único y actualización flexible del mismo,
7. dispensación en farmacias,
8. nuevas formas de financiación (valorando las experiencias de Francia, Reino Unido y Alemania),
9. incentivos fiscales y
10. programas de formación e información para evitar el riesgo social y sanitario que representan los movimientos antivacunas, carentes de soporte científico.

Hay, pues, una agenda importante en materia de salud pública y de vacunas.

Se trata de una agenda que, en ningún caso, debería desgajarse de la política sanitaria general y, por tanto, de un deseable Pacto de Estado por la Sanidad. Ignorarlo nos llevaría a reproducirse los errores del pasado.

Tampoco sería razonable concebir ni implementar dicha agenda separando, y menos aún contraponiendo, las políticas sobre vacunas y sobre salud pública, ya que ambas, por definición, han de caminar juntas.

Instituto Choiseul España  
c/ Marqués de Riscal, 11  
28010 Madrid  
[www.choiseul.es](http://www.choiseul.es)  
© 2016 Todos los derechos reservados

ISSN: 2444-4006  
Depósito legal: M-24631-2015  
Impreso en España  
Maquetación e impresión: Diseño y Control Gráfico  
Depósito Legal - julio 2015

El Instituto Choiseul es un think tank que se centra en los grandes asuntos económicos, políticos y estratégicos internacionales.

El Instituto Choiseul es un centro de investigación independiente, sin ánimo de lucro, y sin vinculaciones políticas o empresariales,

La ambición del Instituto Choiseul es crear espacios de diálogo en el cruce del mundo político e institucional, con el mundo económico y el de las ideas, a fin de dar mayor luz a los debates sobre las problemáticas internacionales y estratégicas.

En alianza con instituciones y empresas, el Instituto Choiseul pretende ayudar a los actores políticos y económicos con nuevas visiones estratégicas que contribuyan a mejorar su posición de influencia en la escena internacional.

Instituto Choiseul España  
c/ Marqués de Riscal, 11  
28010 Madrid  
Tel : (+34) 91 308 39 37  
choiseul@choiseul.es

