



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Artículo especial

Reflexiones médico-legales, éticas y deontológicas de la vacunación de COVID-19 en profesionales sanitarios



Medico-legal, ethical and deontological considerations of vaccination against COVID-19 in healthcare professionals

Carles Martin-Fumadó^{a,b,c,*}, Laura Aragonès^a, Montserrat Esquerda Areste^{d,e}
y Josep Arimany-Manso^{a,c,f}

^a Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio de Médicos de Barcelona, Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya, Barcelona, España

^b Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^c Cátedra de Responsabilidad Profesional Médica y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^d Comisión de Deontología, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, Barcelona, España

^e Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^f Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de marzo de 2021

Aceptado el 27 de abril de 2021

On-line el 6 de mayo de 2021

Introducción

La aparición de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y su posterior propagación pandémica ha supuesto una crisis mundial de salud pública con repercusiones devastadoras en el ámbito sanitario, social y económico. La respuesta inicial de los diferentes Estados fue imponer medidas de bloqueo y barreras sociales, como el uso de mascarillas quirúrgicas o el distanciamiento social o las restricciones de movilidad. En este contexto de caos pandémico y tras el rápido y celebrado desarrollo de diversas vacunas eficaces contra el COVID-19, tras el esfuerzo de la industria farmacéutica y los laboratorios de investigación virológica, parece que la única esperanza para vencer a la pandemia radica en la rápida y masiva vacunación de la población. No existe ninguna duda que la prevención de las enfermedades infecciosas mediante la vacunación ha sido uno de los avances más importantes de la salud pública. Sin embargo, parece que el escepticismo ante dichas vacunas, enmarcado en el contexto de una crisis estructural de confianza en la ciencia y en la tecnología, y del conocimiento científico, cuyo origen es previo a la actual pandemia, con tendencia creciente¹, y como

era previsible², supone un problema sobreañadido a la lucha contra el COVID-19.

Así, la reticencia a la vacuna, definida como el rechazo, la demora o la aceptación con dudas sobre la utilidad y la seguridad de la vacuna, puede afectar a un número significativo de la población, que puede mostrarse reacia a la vacunación por COVID-19, a pesar de la clara percepción pública de los altos riesgos sanitarios asociados con la pandemia³. Ante tal situación, surgen, tal y como ya ha ido sucediendo en el transcurso de la actual pandemia, diferentes debates médico-legales y éticos que merecen una especial consideración⁴.

En primer lugar, para el abordaje de dicha cuestión deben diferenciarse, como mínimo, 2 escenarios: la vacunación de la población general y la vacunación de los profesionales sanitarios.

En este sentido, respecto a la población general, sigue presente el eterno debate sobre el equilibrio adecuado de acción entre las medidas coercitivas y persuasivas respecto a la vacunación. Desde hace algunos años, algunos países han ampliado la acción coercitiva, haciendo que la vacunación sea obligatoria. Este hecho ha planteado históricamente la cuestión de la intrusión estatal en el ámbito de la libertad individual, especialmente en lo que respecta al cuidado de los padres por sus hijos y por ello, los movimientos que luchan contra la vacunación se han opuesto^{5,6}. Cuando algún caso fatal trasciende a la opinión pública el debate se aviva, retornando a su estado basal con el paso del tiempo. Así pues, sigue siendo funda-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carles.martin@comb.cat (C. Martin-Fumadó).

mental, abordar ampliamente este debate para alcanzar un mayor consenso ético que permita obtener los beneficios de la vacunación en la población general⁷.

Por otro lado, se ha comprobado que un posible efecto no deseado de la imposición obligatoria de la vacunación podría ser el de favorecer mayores reticencias. Además, la obligatoriedad de la vacunación a la población general puede desvincular a los profesionales sanitarios de sus esfuerzos por motivar a los pacientes a vacunarse. En este sentido, no hay que olvidar que los profesionales sanitarios juegan un papel central en la confianza en las vacunas y sus recomendaciones son importantes impulsores de la aceptación de la vacuna, cuando no es obligatoria, entre los reticentes a la misma⁸. Por ello, entendemos que la legislación que fundamenta la obligatoriedad de vacunación para la población general debe reservarse para situaciones epidemiológicas catastróficas de difícil manejo, actuando como una red de seguridad de la salud comunitaria⁵.

Dicho esto, el presente artículo pretende abordar, por su especial controversia actual, el segundo de los escenarios propuestos, aquel que se refiere a la negativa a la vacunación por parte de los profesionales sanitarios, específicamente en el caso de la vacunación por COVID-19. En primer lugar, debe recordarse que, según algunos autores, España es uno de los países del mundo con más profesionales sanitarios afectados por COVID-19. Hasta el 11 de mayo de 2020 se habían notificado a la red RENAVE un total de 40.961 casos de la COVID-19 en profesionales sanitarios⁹. La infección por SARS-CoV-2 ha contagiado a muchos profesionales sanitarios, expuestos a un riesgo incuestionable mientras realizaban su trabajo¹⁰. De manera sobreañadida, durante la actual pandemia algunos profesionales han tenido que atender a pacientes a pesar de las dificultades de suministro de equipos de protección personal adecuados⁴. Es un hecho conocido por todos que, en España, entre los profesionales sanitarios, ha habido una importante morbimortalidad por COVID-19. A pesar de ello, aún son muchas las dificultades que afrontan dichos profesionales sanitarios en diversos ámbitos, incluso para que su enfermedad haya podido ser calificada como enfermedad profesional¹¹, tal y como merecen. Por otro lado, son palpables también los abundantes esfuerzos por contrarrestar las consecuencias de la pandemia sobre los profesionales sanitarios. Así, de acuerdo con los principios éticos actuales^{12–14}, los profesionales sanitarios ocupan un lugar preferente, respecto a la priorización, en la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España¹⁵.

Por otro lado, debe destacarse que los profesionales sanitarios afrontan una responsabilidad ética ante la sociedad con relación a dicha vacunación, con una doble vertiente, por un lado como proactivos en la estrategia de vacunación generalizada del propio colectivo, es decir, de autoprotección, ampliada a la protección de sus pacientes, de su institución y del sistema sanitario en general, lo que en sí mismo genera confianza en la población como consecuencia del efecto ejemplarizante en beneficio de la salud pública de los profesionales sanitarios, por su condición de individuos bien valorados socialmente y, por otro lado, como generadores de confianza en la población con relación a la vacunación, aportando conocimientos contrastados desde la evidencia científica cuando estos van apareciendo, evitando desinformaciones, resolviendo dudas e incertidumbres y reevaluando constantemente las informaciones de las que disponen¹⁶. Así, debe recordarse que son contrarias a la buena práctica profesional las conductas que puedan incluir la recomendación de no vacunar, generando dudas infundadas o promoviendo desinformaciones al respecto de las vacunas¹⁷.

Dicho esto, no puede soslayarse el hecho de que, entre los profesionales sanitarios, debido a diferentes motivos como la incertidumbre de la seguridad de las vacunas disponibles y de manera análoga a otros países, también existen ciertas reticencias a la vacunación de COVID-19, siendo dichas reticencias, en algunos

casos, diferenciada e independiente a la aceptación de otras vacunas con las que se cuenta con una mayor experiencia de uso. De hecho, esta reticencia vacunal entre profesionales sanitarios no es un fenómeno nuevo¹⁸, ni exclusivo de los médicos¹⁹.

Los profesionales sanitarios, reticentes a la vacunación en general, hacen referencia fundamentalmente para motivar su decisión al Real Decreto 664/1997, que expone que «cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, estas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación». Interpretan, por tanto, que la vacunación es un hecho voluntario según su propia decisión. Una decisión que fundamentan desde el punto de vista ético por el ejercicio del principio de autonomía, que hace referencia a la capacidad individual de todas las personas para deliberar y decidir libremente, es decir, tomar decisiones sobre sí mismo con relación a los aspectos que le conciernen¹³.

Ante esta situación planteada, pueden distinguirse diferentes posibles enfoques, desde el punto de vista médico-legal hasta el ético o deontológico para el abordaje del problema planteado.

Abordaje médico-legal de la reticencia de vacunación por COVID-19 en profesionales sanitarios

En primer lugar, a nivel legal, aun partiendo de la premisa de que la irresolubilidad absoluta de cualquier debate jurídico, puede hacerse referencia a múltiples normas jurídicas de diferente rango y ámbito vigentes hoy en día en España que son de interés para el problema expuesto y que se enumeran en la [tabla 1](#).

De una simple lectura de dicha normativa se desprende que la salud pública supone uno de los principales límites a la libertad individual en defensa del interés colectivo. Así, el mandato constitucional de tutela de la salud pública obliga a los poderes públicos a articular mecanismos para proteger a la población ante enfermedades contagiosas. Existe una obligación de los profesionales sanitarios para evitar la propagación de enfermedades infecto-contagiosas y minimizar los daños que puedan generarse si éstas se acaban materializando. Así, el artículo 43 de la Constitución española, constituye un título constitucional habilitante y suficiente para imponer obligaciones al colectivo sanitario cuando el propósito esté suficientemente justificado para la defensa de la salud colectiva²⁰. Aun así, dicho artículo puede entrar en colisión con el artículo 16 de la carta magna, de respeto a la autonomía de la voluntad y la vigencia de la libertad ideológica.

Sin embargo, tal y como se desprende del breve articulado de la Ley 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública, se reconoce a las autoridades sanitarias la competencia para adoptar medidas excepcionales cuando lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad, siempre que se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas, o con el fin de controlar las enfermedades transmisibles. De hecho, esta circunstancia ya fue regulada para el caso de las infecciones de la viruela y la difteria y, más recientemente, también se aplicaron medidas excepcionales durante el estado de alarma.

Así, otro aspecto médico-legal que la pandemia puso sobre la mesa fueron los internamientos involuntarios por razones de salud de pública en enfermos de COVID-19⁴. Previamente, estas situaciones se habían producido de forma aislada ante, por ejemplo, la hospitalización terapéutica en el control de la tuberculosis²¹. En este caso es la misma Ley 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública la que reconoce a las autoridades sanitarias la competencia para adoptar medidas (de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control), cuando lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad, siempre que se

Tabla 1
Principales normativas vigentes en España relativas a la vacunación por COVID-19 en profesionales sanitarios

<p>Constitución española <i>Artículo 43</i> 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.</p> <p>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 <i>Artículo único</i> 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 esta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias.</p> <p>Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica <i>Artículo 2. Principios básicos</i> 1. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley. 2. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. 3. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito. 4. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. 5. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.</p> <p><i>Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación</i> 1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención. 2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 h siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.</p> <p>Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública <i>Artículo primero</i> Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.</p> <p><i>Artículo segundo</i> Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.</p> <p><i>Artículo tercero</i> Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.</p> <p>Real Decreto 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo <i>Artículo 8.3</i> Cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, estas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación. Cuando los empresarios ofrezcan las vacunas deberán tener en cuenta las recomendaciones prácticas contenidas en el anexo VI de este Real Decreto.</p> <p>Decreto de 26 de julio de 1945 por el que se aprueba el Reglamento para la lucha contra las Enfermedades Infecciosas, Desinfección y Desinsectación <i>Artículo 21</i> Serán obligatorias para todo ciudadano de nacionalidad española las vacunaciones contra la viruela y la difteria, siendo sancionada su falta de realización.</p> <p>Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público <i>Artículo 36.2</i> La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, exigirá de oficio en vía administrativa de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, culpa o negligencia graves, previa instrucción del correspondiente procedimiento. Para la exigencia de dicha responsabilidad y, en su caso, para su cuantificación, se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: el resultado dañoso producido, el grado de culpabilidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones públicas y su relación con la producción del resultado dañoso.</p>
--

aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas, o con el fin de controlar las enfermedades transmisibles.

Además, cabe destacar que la Ley de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica también prevé la posibilidad de que se realicen intervenciones clínicas sin el consentimiento del paciente cuando exista riesgo para la salud pública, exigiendo que estas intervenciones, realizadas al amparo de la Ley 3/1986, sean puestas en conocimiento de la autoridad judicial si suponen un internamiento forzoso²².

Con respecto a la vacunación por COVID-19, cabe destacar que ya existen antecedentes jurídicos en España que obligan a la vacunación en una reticencia a la misma por representación aludiendo al interés del propio paciente.

Así pues, ante la disyuntiva legal de si debe prevalecer el derecho del profesional sanitario a optar por la no vacunación sobre el derecho de los pacientes a la protección de su salud, esto es, sobre su derecho a no ser contagiados por los profesionales sanitarios que los atienden de una enfermedad de la que son portadores, la opinión de algunos juristas al respecto²³, tras un análisis exhaustivo de la normativa legal y reglamentaria, es clara: ante la colisión de derechos, atendiendo a la teleología de toda la legislación disponible, debe prevalecer el derecho de los pacientes a no ser contagiados. De ello, derivaría la legitimidad de imponer por ley a los profesionales sanitarios la obligación de vacunarse salvadas las concretas incompatibilidades o contraindicaciones que pudieran existir.

Finalmente, puede añadirse que, si se produjeran daños a terceros, como contagios por la no vacunación, supondría un incumplimiento de los deberes y normas que pesan sobre los profesionales de la salud, lo que podría conllevar responsabilidad profesional, y de acuerdo con el artículo 36.2 de la Ley 40/2015 del sector público del que se desprende que la Administración que fuese condenada por el contagio de una enfermedad a través de un profesional sanitario no debidamente vacunado que hubiese incurrido en dolo, culpa o negligencia grave, puede repetir de oficio contra el causante del contagio, es decir, el profesional sanitario, en virtud de la acción de regreso prevista.

Abordaje ético de la reticencia de vacunación por COVID-19 en profesionales sanitarios

El análisis bioético se basa en el método deliberativo, durante el cual es imprescindible identificar los valores en conflicto, los cursos de acciones extremos y los cursos intermedios, llegando a poder establecer cuál sería el curso o los cursos de acción óptimos. Estos últimos responderían a la pregunta sobre qué es lo más proporcional y prudente, dos palabras clave en bioética, es decir, cuál sería la acción que lesionaría menos los valores en juego y que pondere más adecuadamente las circunstancias y las consecuencias.

En la reticencia a la vacunación por COVID-19 en profesionales sanitarios, encontraríamos diferentes valores y principios en conflicto. Por una parte, como se ha comentado, se identifica un grupo de valores y principios relacionados con la protección de la salud, tanto colectiva como individual. Los médicos deben guiarse por el principio de maximizar la salud tanto de poblaciones como de pacientes, con la obligación de «no hacer daño». La vacunación generalizada de los profesionales sanitarios podría evitar contagios en contexto sanitario. En este sentido, se identificaría también un deber de priorizar los intereses de las personas atendidas por encima de los propios, pero este sería un deber con ciertas limitaciones. Asimismo, un efecto colateral de la vacunación de profesionales sanitarios, es el ejemplo que supone promoviendo la confianza de la vacunación en el público general.

Pero, por otra parte, nos encontramos el grupo de valores relacionados con la libertad y la autonomía individual, que se aplica también en este caso al propio profesional sanitario, con relación a sus propias decisiones en salud.

No puede separarse la valoración de la obligatoriedad de vacunar, del momento y circunstancias concretas vividas en la pandemia. Muchos profesionales asumieron un elevado riesgo de contagio al trabajar sin disponer de los equipos de protección adecuados, principalmente durante las primeras semanas de pandemia. En cierta manera, los sistemas de salud fallaron en el deber de proteger a sus profesionales.

A pesar de ello, la respuesta de los profesionales sanitarios a los retos que ha supuesto la pandemia, ha sido encomiable. Muchos profesionales han realizado un sobreesfuerzo, con cambios de horarios, ámbito de trabajo, y todo ello con flexibilidad, disponibilidad y elevado compromiso profesional. Los profesionales sanitarios han mostrado sobradamente su compromiso con la atención a las personas, asumiendo incluso un riesgo personal y una sobrecarga profesional, psicológica y ética. La obligatoriedad de vacunarse, en este contexto, podría ser interpretada como una desconfianza hacia los profesionales.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que, a diferencia de otras situaciones de reticencia vacunal, en el caso de COVID-19, muchos de los argumentos se relacionan con la confianza en la seguridad de la vacunación, no tanto en argumentos negacionistas.

Los cursos extremos aparecen de forma clara: por una parte, la obligación de vacunar a profesionales sanitarios, y por otra, el reconocimiento de la autonomía individual del propio profesional con relación a la vacunación.

Como cursos intermedios, aparecerían todas aquellas acciones que fomenten y promuevan la vacunación de los profesionales. En este sentido hay ya diversos análisis éticos²⁴ en el papel que pueden representar los «nudges» en la vacunación de profesionales sanitarios. El *nudge* es definido como un «pequeño empujón» que puede ayudar a tomar mejores decisiones en salud pública, influyendo a través del diseño de una arquitectura de elección, que pueda influir y modificar el comportamiento de los profesionales sanitarios sin excluir otras opciones²⁵.

Estos cursos intermedios podrían ofrecer estrategias destinadas a la formación en vacunas, las campañas internas de promoción de la vacunación o la identificación del riesgo individual según lugar de trabajo y no de forma generalizada. Como destacaba el *Nuffield Council of Bioethics*²⁶, en salud pública es importante desarrollar una llamada escalera de intervención, desde la estrategia menos intrusiva a la más coercitiva, pero teniendo en cuenta que cuanto más intrusiva sea una intervención, más fuerte debe ser la justificación.

Abordaje deontológico de la reticencia de vacunación por COVID-19 en profesionales sanitarios

La reticencia vacunal en profesionales sanitarios debe abordarse también desde el punto de vista deontológico. Así, cabe destacar que los diferentes códigos de deontología vigentes^{27,28} contienen distintos artículos de especial interés en relación con la presente problemática. En este sentido interesa el artículo 5.1 del Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC)²⁷: «La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico». En el mismo sentido, el artículo 1 del Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)²⁸ establece que: «el médico debe tener presente que el objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas, y debe

considerar que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que esta se pueda desarrollar de manera autónoma».

Así mismo puede citarse el artículo 102 del Código de Deontología del CCMC²⁸: «el médico que sepa que otro médico, por sus condiciones de salud, hábitos o posibilidad de contagio, puede perjudicar a los pacientes, tiene el deber, con la obligada discreción, de comunicárselo y recomendarle el quien puede aconsejar la mejor actuación, e igualmente tiene el deber de poner en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario». En el mismo sentido se expresa el artículo 22.3 del Código de Deontología Médica de la OMC²⁷.

Sin embargo, en el momento actual, es importante resaltar que los estudios muestran elevadas cifras de eficacia de los diferentes tipos de vacunas en prevenir la infección en la persona vacunada, pero se desconoce aún si la vacunación por COVID-19 evita la transmisión. Es decir, en la actualidad, sabemos que una persona vacunada está más protegida de la enfermedad, pero se desconoce si una persona vacunada puede transmitir la enfermedad. Por ello, en el momento actual, no está establecido aún que la vacunación evite un riesgo directo de contagio a los pacientes.

Desde el punto de vista deontológico, la decisión de un profesional sanitario de no vacunarse afectaría a su propia salud, a la inmunidad de rebaño y a la ejemplaridad, siendo por ello altamente recomendable, pero no está claro que pueda producir daño directo al paciente.

Por otra parte, es una responsabilidad deontológica del médico, con relación a la vacunación, la generación de confianza en la misma, con conocimiento contrastado desde la evidencia científica cuando apareciera, evitando difundir y promover desinformaciones.

Consideraciones

Así pues, como se ha expuesto, existe una obligación legal de los profesionales sanitarios, respaldada por un amplio marco jurídico, para evitar la propagación de enfermedades infecto-contagiosas, y minimizar los daños que puedan generarse si estas se acaban materializando con el objetivo de preservar la salud individual y colectiva de las personas, o dicho de otra manera, los pacientes tienen el derecho a recibir asistencia médica en las mejores condiciones posibles que garanticen el menor riesgo posible de sufrir una infección²⁹. Teniendo en cuenta esta finalidad, no cabe ninguna duda que la vacunación es la medida preventiva actual idónea para alcanzar, de manera eficaz y eficiente la protección de la salud individual y comunitaria, reduciendo la transmisión y evitando muertes por el virus. Por ello, se reconoce como un deber del profesional sanitario, entre otros, la propia aplicación de las vacunas que, por la actividad concreta que desarrollan estén recomendadas, como lo han sido históricamente la vacuna contra la hepatitis B o la gripe y, actualmente, contra la COVID-19. Nos encontramos ante una situación excepcional y las medidas que deben tomarse también deben serlo. Las recomendaciones y actitudes de los profesionales sanitarios con relación a la vacuna forman parte de una buena praxis profesional. Dicho esto, no puede obviarse que lo ideal es la vacunación voluntaria de los profesionales sanitarios. En este sentido se han señalado posibles iniciativas respecto a la comunicación de mensajes clave para la incentivación de la vacunación tales como: ayuda a quien más quieres (fundamentada en el deseo de proteger y ayudar a amigos y familiares), aprobadas por personal médico (utilizando la credibilidad y autoridad del personal sanitario), regresemos a la normalidad (aprovechando la motivación del retorno a la normalidad), probada por miles (generando confianza en el proceso) y confianza en la vacuna (garantizando

su constante evaluación). Paralelamente, la *Vaccine Equity Declaration* impulsada por la Organización Mundial de la Salud, hace un llamamiento a gobiernos, compañías farmacéuticas, agencias reguladoras y líderes mundiales para que unan esfuerzos para acelerar la distribución de vacunas de manera equitativa en todo el mundo, especialmente entre el personal sanitario³⁰.

Sin embargo, si ante dicha voluntariedad no se alcanzaran las tasas de vacunación que garantizan el control de la pandemia, la obligación de vacunación del personal sanitario está moralmente justificado²⁹, de forma proporcional e individualizada, según el riesgo. También se ha recomendado el cambio de puesto de trabajo de aquellos profesionales que trabajan en áreas con pacientes de riesgo y que se niegan a vacunarse.

Conclusión

El abordaje médico-legal, ético y deontológico de la negativa a la vacunación de COVID-19 en profesionales sanitarios avalan el deber de dicha vacunación, una vez consideradas las razones de salud pública y el contexto actual de excepcionalidad por la pandemia por COVID-19, teniendo en cuenta la evidencia científica actual de la que disponemos respecto a la eficacia y la seguridad de las vacunas disponibles. El marco jurídico y la legislación existente es suficiente para sostener dicha afirmación y existe la responsabilidad deontológica en los profesionales sanitarios para la misma. Desde el punto de vista ético, sería importante promover aquellas acciones para favorecer la vacunación de los profesionales, antes de llegar a un curso de acción extremo.

Financiación

No ha habido fuentes externas de financiación.

Bibliografía

1. Billon-Denis E, Tournier JN. COVID-19 and vaccination: A global disruption. *Med Sci (Paris)*. 2020;36:1034–7.
2. Peretti-Watel P, Seror V, Cortaredona S, Launay O, Raude J, Verger P, et al. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:769–70.
3. Verger P, Dubé E. Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Rev Vaccines*. 2020;19:991–3.
4. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;155:344–6.
5. Colgrove J. Vaccine refusal revisited - The limits of public health persuasion and coercion. *N Engl J Med*. 2016;375:1316–7.
6. Cruz Piqueras M, Rodríguez García de Cortazar A, Hortal Carmona J, Padilla Bernáldez J. Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. *Gac Sanit*. 2019;33:53–9.
7. Colgrove J. Immunization and ethics: Beneficence, coercion, public health, and the State. En: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE, editores. *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. Oxford University Press; 2018. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001>.
8. Ward JK, Peretti-Watel P, Bocquier A, Seror V, Verger P. Vaccine hesitancy and coercion: All eyes on France. *Nat Immunol*. 2019;20:1257–9.
9. Equipo Covid-19. RENAVE. Centro Nacional de Epidemiología Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Fecha del informe: 29-05-2020. 2021 [consultado 19 Ene 2021] Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20España.%20Situación%20en%20Sanitarios%20a%2007%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
10. Barbería E, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46:89–92.
11. Real Decreto-Ley 3/2021, de 2 de Feb, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico. *Boletín Oficial del Estado* número 29. 2021:12268–95.
12. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049–55.
13. Martín-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Morlans-Molina M. Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46:119–26.

14. World Health Organization. Background paper on Covid-19 disease and vaccines: prepared by the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization working group on COVID-19 vaccines. World Health Organization; 2020 [consultado 18 Ene 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338095>.
15. Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España. Ministerio de Sanidad. 2020 [consultado 13 Ene 2021] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19-EstrategiaVacunacion.pdf>.
16. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Milliken A, Khatri P, Marouf F, et al. Ethical challenges in the middle tier of Covid-19 vaccine allocation: Guidance for Organizational Decision-Making. The Hastings Center. [consultado 27 Abr 2021] Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/COVID-guidelines-supplement-vaccines-2.pdf>.
17. Comitè de Bioètica de Catalunya. Noves consideracions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la vacunació. 2019 [consultado 27 Abr 2021] Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/posicionament-vacunes-juliol-2019.pdf.
18. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: A national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine*. 2015;2:891–7.
19. Wilson R, Zaytseva A, Bocquier A, Nokri A, Fressard L, Chamboredon P, et al. Vaccine hesitancy and self-vaccination behaviors among nurses in southeastern France. *Vaccine*. 2020;38:1144–51.
20. Asociación Española de Pediatría. Manual de vacunas en línea [consultado 13 Ene 2021] Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>.
21. Villalbí JR, Rodríguez-Campos M, Orcau À, Espachs MÀ, Salameo M, Maldonado J, et al. La hospitalización terapéutica obligatoria en el control de la tuberculosis. *Gac Sanit*. 2016;30:144–7.
22. Salameo Teixidó L. Derechos individuales frente a salud pública en la protección ante enfermedades contagiosas: propuestas de mejora del marco regulatorio vigente. *Gac Sanit*. 2016;30 Suppl 1:69–73.
23. Beltrán Aguirre JL. Vacunas obligatorias y recomendadas: régimen legal y derechos afectados. *ESTUDIOS*. 2012;22:9–30.
24. Van den Hoven M. Nudging for others' sake: An ethical analysis of the legitimacy of nudging healthcare workers to accept influenza immunization. *Bioethics*. 2021;35:143–50.
25. Dubov A, Phung C. Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination. *Vaccine*. 2015;33:2530–5.
26. Nuffield Council on Bioethics. 2007. Public health: ethical issues. London, UK [consultado 4 Mar 2021] Disponible en: www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health.
27. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. 2011 [consultado 13 Ene 2021] Disponible en: [Código Deontológico prestigio 03.indd](http://CodigoDeontologicoPrestigio03.indd) (cgcom.es).
28. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. 2005 [consultado 13 Ene 2021] Disponible en: https://www.comb.cat/cat/collegi/docs/codi_deontologic.pdf.
29. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Euro Surveill*. 2013;18:20627.
30. Padrós Selma J. Vacunas: un bien público universal. *Med Clin (Barc)*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.002>.