

LAS VICISITUDES DEL CALENDARIO ÚNICO DE VACUNACIÓN*

César Cierco Seira
Universidad de Lleida

SUMARIO: I. Sobre el papel: la novedosa instauración de un calendario único de vacunación por la Ley General de Salud Pública: 1. Una pieza esencial en el tablero de la vacunación sistemática; 2. La idea de un calendario único. Carga semántica e intencionalidad de este adjetivo en la línea de reajustar la posición del Estado al frente del sistema; 3. El papel de las Comunidades Autónomas: influencia previa en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y muy limitada capacidad de modificación posterior. II. En la práctica: el calendario único convertido, *facta concludentia*, en calendario mínimo. Las razones que explican este vuelco. III. Las Comunidades Autónomas como promotoras de la generalización en el acceso a nuevas vacunas fuera del calendario común: el caso de la meningitis. IV. La disyuntiva entre el calendario único y el calendario común y el riesgo de deterioro que todo este trajín comporta en la imagen del sistema. V. Final. La eventualidad de que la disputa competencial enfle derroteros mucho más complejos y comprometidos. La precariedad de las bases relativas a la política de vacunación. VI. Bibliografía.

RESUMEN

El calendario de vacunación constituye uno de los grandes pilares de la política de inmunización. Su confección plantea complejos retos y exige tomar decisiones comprometidas de cara a incluir o descartar ciertas vacunas de la cobertura sanitaria pública que facilita su generalización, sin olvidar la fijación de las pautas de vacunación apropiadas. La Ley General de Salud Pública manda la existencia de un calendario único en España, limitando la capacidad de modificación de las Comunidades Autónomas a las razones epidemiológicas. La realidad, no obstante, parece apartarse de este plan toda vez que, por un lado, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no ha acordado todavía un calendario que califique formalmente de único, optando por la fórmula del calendario común; y, por otro, las Comunidades Autónomas siguen aprobando sus respectivos calendarios, a veces con diferencias significativas. En el trabajo se analizan las claves explicativas de este fenómeno y se critica la lenidad con la que están actuando todos los actores implicados, con el riesgo de deterioro de la imagen del sistema de vacunación que ello está portando consigo.

PALABRAS CLAVE

Calendario de vacunación, política de vacunación, salud pública, reparto de competencias en materia de sanidad.

I. SOBRE EL PAPEL: LA NOVEDOSA INSTAURACIÓN DE UN CALENDARIO ÚNICO DE VACUNACIÓN POR LA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA

1. Una pieza esencial en el tablero de la vacunación sistemática

Aunque sea de sobra conocido, conviene arrancar recordando que el calendario de vacunación constituye uno de los pilares de la política de vacunación y, por extensión, un capítulo central de la política de salud pública. Ello es así porque la vacunación sistemática de la población responde a dos grandes objetivos: de un lado, en su faceta individual, la provisión de un medio de prevención de los ciudadanos frente a enfermedades serias, singularmente peligrosas en la infancia; de otro, en su vertiente colectiva, la creación

* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto de I+D del Ministerio de Economía y Competitividad que lleva por título *El nuevo desarrollo de la salud pública en España y el sistema de derechos fundamentales* (ref. DER2016-75723-P).

de un escudo comunitario —al que se conoce como «inmunidad de grupo» (*herd immunity*)— capaz de bloquear la formación de epidemias y, a la vez, de disminuir el riesgo de contagio de las personas con sistemas inmunitarios debilitados. En cualquiera de sus dos vertientes, la generalización de la vacunación alberga hoy en su interior intereses generales de primer orden que no pueden desatenderse. Tan es así que, en la actualidad, resulta difícil, si no imposible, imaginar que un Estado, el que sea, se plantease hacer omisión de un cometido así de trascendente. Por ceñirnos a España y expresarlo al derecho, sin un calendario de vacunación avanzado, el mandato que el art. 43.2 de la CE impone a los poderes de «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas» quedaría incumplido. Así de simple y contundente¹.

La Ley General de Salud Pública aprobada en 2011 —en adelante LGSP— introdujo en esta materia una novedad muy relevante: instauró un calendario único en toda España. En concreto, el art. 19.3.a apodera al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para acordar «un calendario único de vacunas en España». Hasta ese momento, eran las Comunidades Autónomas las que se venían ocupando de concretar la política de inmunización y, en este sentido, venían aprobando su respectivo calendario. De modo que el salto dado por la LGSP resultaba ser, en efecto, muy significativo.

2. La idea de un calendario único. Carga semántica e intencionalidad de este adjetivo en la línea de reajustar la posición del Estado al frente del sistema

Bajo el signo de la interpretación gramatical, resulta inconcuso que el calendario de vacunación ha de ser, literalmente, único, es decir, «solo y sin otro

de su especie», según enseña el Diccionario de la lengua española. El adjetivo, por lo demás, no parece casual y sí, por el contrario, intencionado.

En efecto, durante la tramitación parlamentaria de la LGSP se puso el foco sobre ello. Se plantearon otros adjetivos alternativos como básico, común o coordinado. Sin embargo, el establecimiento de un calendario único se concebía como un logro y, más aún, como una de las perlas de la futura ley. Y es que desde hacía ya algunos años las discrepancias entre los calendarios autonómicos de vacunación venían siendo objeto de crítica y de un vivo debate que había calado incluso en los medios de comunicación. Se censuraba, en lo esencial, que las divergencias no respondían siempre a la búsqueda de una mayor precisión epidemiológica, con la vista puesta en la mejor correlación entre las vacunas y la prevalencia geográfica de las enfermedades. Por esta razón, se criticaba la actitud del Estado, considerando que estaba haciendo dejación de su responsabilidad primera al frente del sistema sanitario en su conjunto, o sea, de su condición inexorable de cimentador de las bases de la sanidad. Desde otra perspectiva, esta vez tocante a la Medicina Preventiva, destacados colectivos hacían hincapié en la falta de equidad que un tal panorama traslucía desde el momento en que provocaba inequidades en el acceso a un recurso esencial en la prevención de la enfermedad, lo cual enlazaba a su vez con la música que siempre resuena de fondo en cuanto a la descentralización sanitaria y los ajustes en términos de igualdad y de cohesión. La crítica, de hecho, había trascendido de alguna forma antes de que la LGSP entrara en escena. En concreto, es de significar que en 1995, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ya había dado un claro paso en la dirección de unificar la estrategia de vacunación en España aprobando por vez primera un calendario de consenso.

Siendo estos los precedentes, no hay duda de que la apelación a la unicidad del calendario en la LGSP buscaba, cuando menos, un reajuste de la posición del Estado en cuanto a la definición de la política de inmunización.

De todos modos, hay que reconocer que el estudio de la tramitación parlamentaria no ayuda a despejar con rotundidad la *voluntas legislatoris* respecto a la unicidad del calendario. Y es que de las enmiendas presentadas y los debates a que éstas dieron lugar se desprende que la cuestión no quedaba del todo clara: mientras que para unos la referencia legal del art. 19.3.a al calendario único cercenaba las competencias autonómicas, para otros, por el contrario, se

¹ Confeccionar un calendario de vacunación constituye una cosa esencial en la inteligencia moderna de la prevención contra la enfermedad. Añadiré, para que el lector pueda captar mejor el sentido del contexto, que dicha elaboración exige de la toma de decisiones complejas en razón de dos factores que caracterizan al mundo de la vacunación: la *diversidad* y el *dinamismo*. La diversidad hace referencia al hecho de que en el mercado existen varias decenas de vacunas de manera que la Administración tiene ante sí el reto de fijar cuáles de esas vacunas merecen ser objeto de generalización y cobertura pública, lo cual no es en absoluto una elección sencilla pues en ella han de barajarse, entre otros, criterios epidemiológicos y económicos. Ese panorama, sobre ello, es cambiante en el sentido de que el conocimiento científico en torno a la Vacunología avanza y hace que sepamos más sobre las vacunas existentes a la vez que se descubren nuevas vacunas.

quedaba corta en cuanto dejaba espacio para la ambigüedad. Para acabar de rematarlo, en el transcurso de los trabajos parlamentarios se incorporó una nueva alusión al calendario único en el art. 6.4, a propósito del derecho a la igualdad. La novedad permitía, a su vez, otra doble lectura: para unos, reconocía que el calendario podía ser ampliado autonómicamente siguiendo la lógica de la cartera de servicios sanitarios; para otros, en cambio, reafirmaba la necesidad de unicidad de este instrumento. A pesar de que no se aceptaron enmiendas en ninguno de los dos sentidos, el resultado final, a lo visto, pareció complacer a todos. Como mínimo, eso se colige del hecho de que la discusión competencial no tuviera después la continuidad esperada: la LGSP no fue objeto de ningún recurso de inconstitucionalidad ni se han planteado hasta la fecha conflictos de orden competencial que atañan al calendario de vacunación. Desde luego, el episodio hace bueno eso de que todo depende del color del cristal con que se mire. He ahí el presagio, a mi modo de ver, del enredo actual que nos ocupa.

3. El papel de las Comunidades Autónomas: influencia previa en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y muy limitada capacidad de modificación posterior

El calendario único que estatuye la LGSP no pretende liquidar sin más ni más la capacidad decisora de las Comunidades Autónomas y su influencia en este orden.

De una parte, es de recordar que el calendario único ha de fraguarse en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de cohesión, donde todas las Comunidades Autónomas están representadas². Que se encomiende justamente al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que es símbolo de la cohesión en el orden

sanitario, revela la voluntad de armonizar, sobre la base del consenso entre la Administración General del Estado y las Administraciones autonómicas, los distintos calendarios autonómicos alcanzando así la misma solución para todos. Se diría, *a priori*, que, por su naturaleza y funcionamiento, el Consejo ofrece una fragua propicia para la adopción de una determinación de estas características.

De otra parte, ocurre que la LGSP deja abierto un resquicio a los efectos de una eventual diferenciación autonómica: «Las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla *sólo* podrán modificarlo por razones epidemiológicas»³. El acento de esta excepción, como en otro lugar he defendido, se pone en la existencia de un criterio científico, extraído a partir de la Epidemiología, en grado de aportar una razón objetiva que justifique modificar el contenido del calendario único en el territorio autonómico⁴. Así pues, queda descartada la pura voluntad política como palanca o el uso de criterios ayunos de sustancia científica como la respuesta a una coyuntura social o la orientación ideológica del partido gobernante de turno.

Así interpretado, el calendario único vendría a admitir como única reserva a su uniformidad la modificación autonómica justificada en una causa epidemiológica, o sea, en la existencia de circunstancias endémicas necesitadas de una adaptación geográfica particular de las vacunas previstas en el calendario o de sus pautas. Un escenario que, a juzgar por el parecer de no pocos expertos, no se vislumbra como algo corriente⁵.

Precisamente por ello, si nos apegamos a la letra de la ley y aplicamos las reglas hermenéuticas características en la interpretación de excepciones, es de concluir que, si bien no desaparecen del todo, lo cierto es que las políticas de vacunación autonómicas van a contar con poco margen de maniobra en lo que hace, cuando menos, a la oferta de un calendario

² Bueno será recordar que la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud define al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como «órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado» (art. 69.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo).

Para introducirse en el estudio de este singular y trascendental órgano de nuestra sanidad, véanse Pedro ESCRIBANO COLLADO, (2003): «La Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Las funciones del Consejo Interterritorial», *Revista Andaluza de Administración Pública*, 52, 11-34; y Marcos VAQUER CABALLERÍA, (2004): «La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud», en la obra colectiva *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión. Calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid, 111-136.

³ Art. 19.3.a *in fine* de la LGSP. La cursiva es mía.

⁴ Remito al lector a la argumentación que desarrollo en *Vacunación, libertades individuales y Derecho público*, Marcial Pons, Madrid, 2018, 132-144.

⁵ Me valgo como botón de muestra del contundente parecer expresado por José TUELLS y Javier ARISTEGUI:

«No existen razones epidemiológicas en España que justifiquen con evidencia contrastada la diversidad de calendarios vacunales, no hay principio de equidad que permita recibir a todos los niños las mismas vacunas y no hay principio de racionalidad que facilite el cumplimiento del calendario en todo el territorio nacional». Extraído de «Vacunaciones en la Ley General de Salud Pública: los 21 calendarios vacunales, suma y sigue», *Medicina Clínica*, 2012, 139 (1), 14-15, la cursiva es mía.

vacunal particular. Fuera del calendario único resta, en efecto, un espacio muy angosto para desplegar una política de vacunación sustancialmente diferente. Con el texto del art. 19.3.a de la LGSP en la mano, en definitiva, la instauración de un calendario vacunal genuinamente autonómico, en el sentido de modelado bajo la consideración o el criterio singular de la propia Comunidad Autónoma, parece quedar vedada.

II. EN LA PRÁCTICA: EL CALENDARIO ÚNICO CONVERTIDO, *FACTA CONCLUDENTIA*, EN CALENDARIO MÍNIMO. LAS RAZONES QUE EXPLICAN ESTE VUELCO

¿Responde el suelo que pisamos hoy a ese esquema que describe el art. 19.3.a de la LGSP con aparente rigidez, *id est*: calendario único a escala estatal, adaptaciones estrictamente epidemiológicas a escala autonómica?

El lector conocedor del terreno sabe que no. De entrada, sale a nuestro paso un escollo inesperado: el calendario único, como tal, es decir, con este nombre, no ha sido aprobado aún. Si nos atenemos a los rótulos, resulta que lo acordado por el Consejo Interterritorial desde la entrada en vigor de la LGSP nunca se ha llamado así: «Calendario de vacunaciones sistemáticas recomendado» (2012); «Calendario común de vacunación infantil» (2013-2018) o, en fin, «Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida» (2019), según la última entrega de la serie⁶. La denominación y esa llamativa sustitución de adjetivos —común en vez de único— se apartan ostensiblemente de lo que, sin ambages, manda la LGSP, por más que sea un ejercicio narrativo mucho más fiel a la realidad.

En efecto, el papel que desempeña hoy el calendario oficial que surge de la mesa del Consejo Interterritorial se parece mucho más al de un calendario común que al de un calendario único. Las Comunidades Autónomas siguen aprobando y publicando sus propios calendarios, con el baile de denominaciones

correspondiente y, lo que más importa, con diferencias que, aun siendo puntuales, no pueden calificarse de menores ni parece que respondan a razones epidemiológicas *stricto sensu*.

Cuadro I

CALENDARIOS DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA POR COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA

Andalucía	Calendario de Vacunación Infantil de Andalucía
Aragón	Calendario Sistemático de Vacunación en todas las edades de la vida
Asturias	Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles en el Principado de Asturias
Cantabria	Calendario Oficial de Vacunaciones de Cantabria
Castilla-La Mancha	Calendario de Vacunaciones Infantiles de Castilla-La Mancha
Castilla y León	Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de la Comunidad de Castilla y León
Cataluña	Calendario de Vacunaciones Sistemáticas
Ceuta	Calendario de Vacunaciones de la Ciudad Autónoma de Ceuta
Extremadura	Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura
Galicia	Calendario de Vacunación Infantil del Programa Gallego de Vacunación
Islas Baleares	Calendario de Vacunación Infantil para la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
Islas Canarias	Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias
La Rioja	Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la Comunidad Autónoma de La Rioja
Madrid	Calendario de Vacunaciones de la Comunidad de Madrid
Melilla	Calendario de Vacunación Infantil
Murcia	Calendario de Vacunaciones Sistemáticas de la Región de Murcia
Navarra	Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra
País Vasco	Calendario Oficial de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi
Valencia	Calendario de Vacunación Sistemática Infantil de la Comunidad Valenciana

⁶ El Ministerio de Sanidad ofrece en su página web la posibilidad de consultar los distintos calendarios que se han sucedido en España desde 1975

(<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/HistoricoCalendarios.htm>). Información que resulta de gran interés para reparar en la evolución de la política de inmunización y para caer en la cuenta de las dificultades que, en razón de la diversidad y el dinamismo del mundo de la vacunación, hay que afrontar en la elaboración de esta pieza estratégica.

Compárense los distintos calendarios entre sí y luego con el calendario común y no tardará en advertirse que, a lo largo de su evolución en estos últimos años, aun siendo reconocible un sustrato compartido, se han sucedido diferencias que han tenido que ver no solo con el aspecto más llamativo de todos como es el de las vacunas incluidas, sino también con elementos colaterales —mas no por ello irrelevantes— como la dosificación o la determinación de las edades de administración. Es de significar a este respecto que el calendario, en tanto que documento catalizador de la política de vacunación, no contiene únicamente una lista de vacunas a secas. Incorpora, junto con ello, un conjunto de pautas o criterios de administración tales como las dosis, el formato simultáneo y/o combinado, las edades o la focalización en grupos específicos. Una “letra pequeña” que para nada es una minucia⁷.

Para explicar este comportamiento del sistema resulta imprescindible, según mi parecer, tener en cuenta dos factores fundamentales.

A. En primer lugar, la tardanza de la LGSP⁸. Cuando llega la LGSP y regula por vez primera la necesidad de un calendario único a nivel estatal no escribe sobre una tabula rasa. Sería ingenuo ignorar que las Comunidades Autónomas llevaban ya muchos años liderando la política de salud pública y

desarrollando, por lo que aquí concierne, una agenda propia y particular de inmunización colectiva⁹. Agenda que había dado pie en muchos casos a la creación de un organigrama *ad hoc* y de equipos especializados en este terreno que han trabajado —y siguen trabajando— de manera decidida en pos de la mejor manera de pergeñar una buena estrategia de vacunación. Significa ello, ni más ni menos, que la vacunación a cargo de las Comunidades Autónomas, lejos de contraerse a la mera ejecución de un programa estatal, fue conformando un área competencial cuyo comportamiento se aproximaba más al propio de una política exclusiva. Por añadidura, en 2011, al tiempo de aprobarse la LGSP, había a la sazón un poso o bagaje autonómico en materia de vacunación, mayor o menor según las autonomías, pero, en cualquier caso, un acervo a tener en cuenta¹⁰. Huelga así explicar que la irrupción de un calendario único estatal por fuerza iba a chocar con esa realidad preexistente, tanto más si esa unicidad se interpretaba a rajatabla, aparejando la liquidación *tout court* del caudal de personas, recursos y experiencias adquiridos en el plano autonómico.

B. Sin desconocer la importancia de la preexistencia de un modelo autonómico, hay un segundo factor al que concedo más peso a la hora de explicar el funcionamiento de nuestro sistema de vacunación y, señaladamente, la coexistencia de calendarios en un mapa vacunal ajedrezado.

Ya se apuntó que, aparte del art. 19.3.a, encontramos en la LGSP una segunda alusión al calendario único en el art. 6.4, donde se reconoce el *derecho a la igualdad*. Se dice allí que «Este derecho se concretará en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas. *Dicha cartera de servicios incluirá un calendario único de vacunación y una oferta única de cribados poblacionales*». Este inciso,

⁷ Interesa subrayar este apunte. Aunque tendamos a pensar inconscientemente en que los desacordes entre calendarios tienen que ver con si tal o cual vacuna está incorporada, aquí sí y allí no, lo cierto es que esas faltas de concordancia pueden afectar, también, a las pautas de vacunación, con efectos, a veces, fatales.

Lo ocurrido en 2015 a propósito de la vacunación contra la tosferina nos ilustra a la perfección. Se produjo un desfase entre la recomendación lanzada desde la Comisión de Salud Pública a los efectos de modificar las pautas para pasar a vacunar a las embarazadas —ante la creciente incidencia de la tosferina en lactantes de corta edad— y su efectiva aplicación por parte de las Comunidades Autónomas. En el interin, fallecieron varios bebés. Precisamente uno de esos fallecimientos ha dado lugar a una reclamación de responsabilidad patrimonial que actualmente se encuentra *sub iudice*.

⁸ La LGSP se hizo de rogar. Se aprobó en 2011. El dato es, por sí solo, revelador. Si la sanidad asistencial contaba con una ley de cabecera desde 1986, la salud pública iba a tardar nada menos que quince años más en dotarse de un texto normativo de cabecera similar. Llamativo el contraste, sin duda, más aún si tenemos en cuenta que en 1986 la propia LGSP ya reconocía la precariedad del marco normativo de la salud pública, ordenando, en consecuencia, al Gobierno que, en el plazo de dieciocho meses, llevase a cabo una ambiciosa labor de refundición, regularización, aclaración y armonización de las principales normas del ramo, las más de las cuales habían quedado desfasadas y descolocadas, ya en lo que atañe al progreso de la Ciencia y, en particular, a los conocimientos epidemiológicos, que en lo referido al nuevo escenario jurídico que nace con la Constitución de 1978.

⁹ En el largo letargo del Estado, las Comunidades Autónomas decidieron exprimir su responsabilidad en salud pública e hicieron del calendario oficial de vacunación una pieza propia, proyectando en él signos de una política de inmunización particular. Así, lejos de configurarlo como una mera labor ejecutiva y sin meollo decisivo, el calendario de cada Comunidad Autónoma venía a expresar opciones singulares a la hora de resolver la adaptación a los cambios epidemiológicos y, singularmente, a las novedades que se sucedían en el campo de las vacunas. Al final, todo ello redundó en un fenómeno importante y a retener: la capacidad de las Administraciones autonómicas para formarse un criterio en materia de vacunación.

¹⁰ Un buen testimonio es el *Manual de vacunacions de Catalunya* elaborado por la Agència de Salut Pública de esa Comunidad. En 2018 se publicó su quinta edición y es un compendio de ese bagaje acumulado al que hacía referencia.

vale la pena recordarlo, no figuraba en el proyecto remitido a las Cortes y, aparentemente, carece de contenido sustantivo. Lo que interesa, de todos modos, no es el fondo de la norma sino la trabazón que crea entre el calendario de vacunación y la cartera de servicios sanitarios.

Tenemos, en efecto, que las vacunaciones, vistas como prestaciones, se integran dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Siendo esto así, ubicado el calendario único en la cartera de servicios básica y común, sin más precisiones, entra en la rueda de su dinámica que, como todos sabemos, se fundamenta en la combinación entre las prestaciones mínimas y comunes y las prestaciones complementarias. Dicho en otras palabras, la trabazón entre el calendario y la cartera propicia que las Comunidades Autónomas puedan invocar en defensa de la singularidad de su política de vacunación y de las decisiones de apartamiento adoptadas al respecto la facultad que en dicha cartera se les concede de proveer servicios *complementarios*¹¹.

El calendario único se transforma, pues, a su paso por la cartera de servicios, en una cobertura de partida susceptible de ser complementada en el ámbito autonómico. La modificación de corte excepcional que traza el art. 19.3.a de la LGSP se diluye bajo este prisma y deja vía llana a la ampliación a mejor a partir del art. 6.4 *ibidem*.

Adviértase, por lo demás, que la dinámica de la cartera de servicios sanitarios no solo permite que se complemente a escala autonómica el catálogo de vacunas contenido en el calendario común, sino que ensancha igualmente la *causa* de esa ampliación. Con arreglo al art. 19.3.a, el único motivo atendible a fin de apartarse del calendario único se ciñe a lo epidemiológico. No se me oculta que la razón epidemiológica podría estirarse en su inteligencia, considerando que no ha de interpretarse en términos *endémicos* —lo cual lleva a circunscribir la capacidad de maniobra de las Comunidades Autónomas a la reacción frente a enfermedades con un singular y particular impacto o comportamiento en su territorio—, sino que cabe leerla igualmente en términos *generales*. De esta suerte, sería hacedera la modificación autonómica del calendario único con base en problemas de orden epidemiológico general, solo que valorados de manera distinta, esto es, a partir de un criterio propio acerca de la manera de encarar la inmunización

en esa Comunidad Autónoma y de dar respuesta con ella a problemas epidemiológicos de carácter nacional —y enlace esta idea con la organización propia en materia de vacunación y la capacidad de formarse un criterio al respecto de las Administraciones autonómicas antes aludida—.

Interpretaciones arriesgadas aparte y regresando a la cartera de servicios, basta referir que dicha cartera posee unas reglas de funcionamiento y que, al integrarse en ella *ministerio legis*, sin precisiones ni reservas, el calendario único viene a asumirlas de manera implícita. La que ahora más nos importa es que las prestaciones contenidas en la cartera se articulan a la manera de *minimum*. En ellas cristaliza el denominador común al que conduce la competencia estatal para fijar las bases de la sanidad. A partir de allí, no obstante, las Comunidades Autónomas, en concordancia con su competencia para el desarrollo de tales bases, disponen de la facultad de mejorar la cartera, acrecentándola con nuevas prestaciones y servicios con una condición postrera: su financiación deberá, eso sí, correr a su cargo.

Ello quiere decir, ni más ni menos, que la causa de la adición es la búsqueda de una mayor realización del derecho a la protección de la salud en su respectivo territorio, lo que desborda, claro es, la sola y estricta consideración de los motivos epidemiológicos y abre las puertas a otro tipo de argumentos, caso, se me ocurre, de la cohesión social de la respectiva población y de la voluntad consecuente de remover los obstáculos económicos que impiden a las personas con menos recursos acceder a determinadas vacunas —normalmente nuevas, que son aconsejadas habitualmente por los pediatras y que no cubre la sanidad pública—. No en vano, como veremos en seguida, ésta ha sido la razón esgrimida recientemente por una serie de Comunidades Autónomas para ampliar su oferta de vacunas en el complicado periplo de la vacunación contra la meningitis.

Proyectado este discurso sobre el caso que nos ocupa, se obtiene como corrolato que las Comunidades Autónomas cuentan con la facultad de publicar nuevas vacunas y garantizar su acceso en el territorio correspondiente yendo más allá de lo establecido en el calendario común. Y que pueden hacerlo con un margen de maniobra notable; solo condicionado por el rigor científico y los criterios generales de este tenor que vienen exigidos a toda prestación sanitaria para su inserción en la cartera¹²; y, por otro lado, por

11 Acúdase al art. 8 *quinquies* de la Ley de cohesión y calidad donde se contempla la «Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas».

12 Ex art. 5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiem-

la necesidad de financiar por cuenta propia las nuevas vacunas— que deviene, a fin de cuentas, en el límite fundamental práctico de la ampliación—¹³.

Súmense ambos factores (organización previa y dinámica de la cartera de servicios sanitarios) y se obtendrán las que constituyen, a mi juicio, las claves fundamentales de la respuesta que se busca: los calendarios autonómicos no se conciben como agentes extraños a una idea originaria de calendario único estatal porque éste no se asienta a la manera de un elemento cerrado y sí, en cambio, como un *minimum* susceptible de complementación. Ésta es la convención tácita que, en mi opinión, está instalada.

III. LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS COMO PROMOTORAS DE LA GENERALIZACIÓN EN EL ACCESO A NUEVAS VACUNAS FUERA DEL CALENDARIO COMÚN: EL CASO DE LA MENINGITIS

Detengámonos, para ejemplificar este estado de cosas, en las vicisitudes que está atravesando la implementación de la vacunación sistemática contra la *meningitis*. No es, por cierto, una enfermedad menor a la vista de los datos de morbilidad y mortalidad que acumula. Según muestra el registro de casos en estos últimos años, su incidencia es bien significativa:

Cuadro II
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ESPAÑA
Casos y tasas por 100.000 según el diagnóstico
microbiológico. Temporadas 2006-2007 a 2016-2017

Resultado microbiológico*	2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
	C	T	C	T	C	T	C	T
Sg A	0	0.00	3	0.01	2	0.00	4	0.01
Sg B	499	1.10	458	1.00	455	0.98	313	0.67
Sg C	78	0.17	77	0.17	64	0.14	55	0.12
Sg W	3	0.01	8	0.02	10	0.02	12	0.03

bre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

¹³ Ésta es, en efecto, la principal limitación operativa: hace falta que la Comunidad Autónoma garantice previamente la suficiencia financiera para hacer frente a los servicios complementarios en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria (art. 8.3 de la Ley de cohesión y calidad).

Sg Y	5	0.01	5	0.01	5	0.01	4	0.01
No tipable	13	0.03	22	0.05	32	0.07	34	0.07
Otros serogrupos	1	0.00	0	0.00	3	0.01	3	0.01
SG desconocido	13	0.03	20	0.04	3	0.01	17	0.04
Total confirmados	612	1.35	593	1.29	574	1.24	442	0.95
Total sospechosos	189	0.42	173	0.38	164	0.35	118	0.25
TOTAL	801	1.77	766	1.67	738	1.59	560	1.20

Resultado microbiológico*	2010-2011		2011-2012		2012-2013		2013-2014	
	C	T	C	T	C	T	C	T
Sg A	2	0.00	2	0.00	0	0.00	0	0.00
Sg B	307	0.66	239	0.52	193	0.41	154	0.33
Sg C	67	0.14	60	0.13	31	0.07	17	0.04
Sg W	8	0.02	13	0.03	8	0.02	3	0.01
Sg Y	4	0.01	5	0.01	4	0.01	5	0.01
No tipable	24	0.05	27	0.06	12	0.03	6	0.01
Otros serogrupos	0	0.00	10	0.02	6	0.01	8	0.02
SG desconocido	20	0.04	10	0.02	17	0.04	8	0.02
Total confirmados	432	0.92	366	0.79	271	0.58	201	0.43
Total sospechosos	108	0.23	106	0.23	76	0.16	55	0.12
TOTAL	540	1.16	472	1.02	347	0.74	256	0.55

Resultado microbiológico*	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	C	T	C	T	C	T
Sg A	0	0.00	0	0.00	1	0.00
Sg B	169	0.36	155	0.33	139	0.30
Sg C	23	0.05	21	0.05	31	0.07
Sg W	4	0.01	22	0.05	22	0.05
Sg Y	6	0.01	14	0.03	17	0.04
No tipable	13	0.03	24	0.05	14	0.03
Otros serogrupos	9	0.02	8	0.02	9	0.02
SG desconocido	8	0.02	24	0.05	37	0.08
Total confirmados	232	0.50	268	0.58	270	0.58
Total sospechosos	66	0.14	46	0.10	51	0.11
TOTAL	298	0.64	314	0.68	321	0.69

* C: Casos; T: Tasas.

Cuadro III
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ESPAÑA

Distribución por resultado microbiológico. Los datos de la temporada actual (semanas 41/2018 a 11/2019) son provisionales.

Resultado microbiológico	2018/19			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Sg A	0	0,00	0	0,00
Sg B	64	0,14	4	6,30
Sg C	15	0,03	2	13,30
Sg W	36	0,08	5	13,90
Sg Y	31	0,07	4	12,90
No tipables	14	0,03	3	21,40
Otros serogrupos	6	0,01	2	33,30
Sg desconocido	18	0,04	2	11,10
Total confirmados	184	0,39	22	12,00
Total sospechosos	14	0,03	0	0,00
Total	198	0,42	22	11,10

Resultado microbiológico	2017/18			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Sg A	0	0,00	0	0,00
Sg B	77	0,17	7	9,10
Sg C	19	0,04	3	15,80
Sg W	30	0,06	11	36,70
Sg Y	24	0,05	1	4,20
No tipables	16	0,03	3	18,80
Otros serogrupos	4	0,01	0	0,00
Sg desconocido	15	0,03	1	6,70
Total confirmados	185	0,40	26	14,10
Total sospechosos	11	0,02	1	9,10
Total	196	0,42	27	13,80

Las cifras hablan de su impacto. Es de significar, además, que en algunos casos la supervivencia arrastra consigo secuelas permanentes importantes. Se trata, en fin, de un rival temible y, por cierto, difícil de tratar y contener cuando irrumpe¹⁴.

¹⁴ La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos constituye un espejo formidable de los problemas

Esto supuesto, el *quid* de la inmunización frente a esta enfermedad a los efectos que aquí nos interesa radica en la circunstancia de que no existe una vacuna capaz de prevenir la enfermedad meningocócica en todas sus variables. Reparando en el origen bacteriano, vemos en los cuadros anteriores que son diversas las bacterias. Cada una de ellas requiere de un enfoque inmunitario específico y de ahí que, en rigor, no haya una sino muchas vacunas asociadas a esta enfermedad.

Recientemente, en marzo de 2019, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha anunciado la decisión de incluir en el calendario común la vacunación frente a los meningococos A, W e Y¹⁵. Se refuerza así el frente oficial de la vacunación meningocócica que se viene construyendo en los últimos años y que ya contaba entre sus filas con la vacunación sistemática contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (2001), el meningococo C (2001) y el neumococo (2015) —por orden de inclusión en el calendario común—. En adelante, pues, se ensanchan las variables con cobertura pública asegurada.

que nos envuelven. En ella he topado con un caso reciente que permite hacernos una idea de lo trágica que puede llegar a ser la meningitis y de las dificultades de las autoridades para reaccionar ante ella.

En el asunto *Plotnikov c. Rusia* —Decisión de 27 de noviembre de 2018, recurso 74971/10—, los padres de una niña de tres años fallecida a causa de una meningitis acuden al Tribunal de Estrasburgo considerando que Rusia ha vulnerado el derecho a la vida. Más concretamente, que había fallado en el cumplimiento de las obligaciones positivas que de tal derecho fundamental derivan por cuanto que las autoridades no habían reaccionando diligentemente, cerrando sin falta la guardería a la que asistía su hija después de que otro niño hubiese sido hospitalizado unos días antes por una infección meningocócica que finalmente también acabaría con su vida. Una reacción diligente, en el sentir de los padres, habría evitado el contagio y el fatal desenlace.

La lectura de los hechos pone de relieve esas dificultades a las que me refería y nos brinda la clave de la decisión del Tribunal. Para Estrasburgo, no hay signos de una lesión del derecho a la vida toda vez que, vistas las circunstancias del caso, se tomaron las medidas apropiadas y se actuó con la diligencia que era exigible. Y es que los servicios sanitarios no lo tuvieron fácil a la hora de diagnosticar cuál fue la causa de la enfermedad de los dos niños afectados en esos días. Incluso después, cuando se diagnosticó la meningitis, los peritos actuantes no pudieron determinar qué niño infectó al otro y en qué momento.

15 Acuerdo de la Comisión de Salud Pública en relación a la vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva, de 14 de marzo de 2019. El texto íntegro del acuerdo puede consultarse en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/archivoNotas.htm>.

Por cierto que la Comisión de Salud Pública está integrada por los directores generales de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Algunas Comunidades Autónomas ya se habían adelantado a esta decisión en el sentido de que ya figuraba en sus respectivos calendarios. La comunidad pediátrica, por su parte, ha aplaudido el paso dado por la Comisión de Salud Pública aunque, eso sí, ha criticado duramente la timidez de la estrategia escogida. Además de no haber puesto el foco en los lactantes y concentrar los esfuerzos en la etapa adolescente, la Asociación Española de Pediatría ha cargado las tintas en la llamativa omisión de la vacuna contra el meningococo B, siendo que este serogrupo es prevalente en las últimas temporadas y de que está disponible en el mercado una vacuna que no todos los padres pueden costear con su bolsillo¹⁶.

Sabedora de esta previsible crítica, la Comisión de Salud Pública ya señalaba en su decisión los motivos que justificaban esta ausencia, considerando que, actualmente y teniendo en cuenta que la trayectoria de esta vacuna es relativamente reciente, se carece de información suficiente para valorar el alcance de su eficacia y, por ende, formarse un criterio cabal acerca de la oportunidad de su generalización con cobertura pública¹⁷. Argumentos que, en el entender del Comité Asesor de Vacunas, que forma parte de la Asociación

Española de Pediatría, no resultan en absoluto convincentes, tanto más en vista de la postura de otros países de nuestro entorno, como Reino Unido, que han desarrollado estrategias mucho más ambiciosas y con buenos resultados. Por resumirlo en pocas palabras: mientras que para la Comisión de Salud Pública “todavía es pronto”, para la Asociación Española de Pediatría es difícil comprender “por qué se espera tanto”.

Por si la madeja no estuviese suficientemente enredada, Canarias ya ha avanzado que, a pesar de lo indicado por la Comisión de Salud Pública, va a introducir la vacuna contra el meningococo B en su calendario y todo parece indicar que otras Comunidades Autónomas no tardarán en secundar su ejemplo¹⁸. Las razones, nótese, de este desmarque respecto de la línea trazada por el calendario común poco o nada tienen que ver con la singularidad epidemiológica territorial y sí, en cambio, con la voluntad de fortalecer la oferta de la prevención meningocócica. Se apela asimismo a la equidad que no en vano se erige en unos de los principios rectores de la salud pública (*ex art. 3.a de la LGSP*), remarcando que nos hallamos ante una vacuna que el mercado privado ya ofrece en la actualidad —y que los pediatras suelen aconsejar— pero cuyo coste económico supone un serio obstáculo para los padres con menos recursos. La inclusión en el calendario autonómico pretende, así pues, antes que nada, universalizar su acceso removiendo el escollo de la desigualdad económica.

Ciertamente, el periplo que está dibujando la generalización de la vacunación de la meningitis acumula todos los ingredientes modernos de la controversia que persigue a la vacunación y que se ha agravado, como todos sabemos, en los últimos años. Se trata de una enfermedad de explicación compleja, lo cual entorpece la labor informativa¹⁹. La estrategia

16 El alegato de la Asociación Española de Pediatría pivota en torno a dos grandes ejes: por un lado, la gravedad de la enfermedad meningocócica, fundamentalmente en la edad pediátrica, teniendo en cuenta la especial virulencia y letalidad en este periodo de la vida. Por otro, la falta de equidad que supone el hecho de que se tenga a la mano una vacuna para prevenir el meningococo B pero que su acceso dependa en estos momentos de la posibilidad de las familias de superar el obstáculo que representa su precio.

17 Literalmente, ésta es la contrarréplica anticipada que ofrece la Comisión de Salud Pública:

«No incluir la vacunación frente a meningococo B en la infancia. Teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual, junto con la información disponible sobre la vacuna, que muestra una corta duración de la protección tras la vacunación, ausencia de protección en la población no vacunada, falta de datos de efectividad y alta reactividad cuando se administra junto a las vacunas del calendario en la etapa infantil» (punto 2 del referido *Acuerdo de la Comisión de Salud Pública en relación a la vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva*, de 14 de marzo de 2019).

Es importante significar que antes de generalizar una vacuna a través de su publicación —que es lo que trae consigo su inserción en el calendario oficial— deben barajarse muchas variables. El hecho de que una vacuna haya obtenido la autorización para su comercialización no significa que, automáticamente, tenga abiertas las puertas del calendario. Por eso mismo, las discusiones sobre la inclusión pueden versar sobre aspectos que no tienen que ver con la vacuna en sí sino con lo que representa su universalización, a cuyo objeto hace falta justificar extremos tales como la relación coste-efectividad. Sobre las dudas de esa universalización a propósito de la vacuna que comentamos véanse, entre otros, Miguel DELGADO RODRÍGUEZ y Ángela DOMÍNGUEZ GARCÍA, «Pros y contras de la vacunación frente a la enfermedad por meningococo B», *Medicina Clínica*, 2018, 150 (3), 109-113.

18 En el caso de Canarias, la medida se suma a otras modificaciones tendentes a conseguir, en palabras del propio Gobierno canario, el calendario vacunal más avanzado de España. Véase https://www.gobiernodecanarias.org/noticias/hemeroteca/s/Salud_Publica/106097/canarias-tendra-calendario-vacunal-mas-avanzado-espana-inclusion-nuevas-vacunas-meningitis-bacteriana.

Otras Comunidades Autónomas han anunciado asimismo su intención de ampliar el calendario con la vacuna frente al meningococo B. De hecho, repasando este trabajo, compruebo que algunas ya han hecho efectivo el anuncio. Así ocurre con Castilla y León: Orden SAN/386/2019, de 15 de abril, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León.

19 Al repasar los titulares de las noticias que se han publicado en la prensa estos últimos años acerca de la incidencia de la meningitis, he podido comprobar que, a veces, no queda claro

de vacunación está todavía en construcción de resultados del propio dinamismo de la enfermedad. Y, como guinda, se sitúa en el origen de roces entre Administraciones y entre éstas y los sectores profesionales. Un escenario, en fin, que proporciona el caldo de cultivo idóneo de cara a especular sobre los intereses ocultos y los *lobbies* que están detrás de las decisiones relativas a la publicación de las vacunas. Por cierto, como a estas alturas ya habrá advertido el lector, la cuestión de la unicidad del calendario, que aquí se pasa únicamente por el tamiz competencial, se ve comprometida también desde otros flancos por la presencia de calendarios «privados» que juegan a su favor con una baza acaso más valiosa que la oficialidad: el respaldo de los pediatras que las más de las veces son la principal carta de presentación de las vacunas²⁰. Bueno sería, por tanto, que, además de los desacordes entre los calendarios «públicos», se tomasen en consideración las fricciones que traen causa del mundo privado²¹.

a qué tipo de modalidad se está haciendo referencia y, por añadidura, si hubiera sido evitable el suceso gracias al seguimiento de los calendarios oficiales de vacunación.

20 No es mi intención sugerir que debieran de vetarse estos calendarios «privados» ni tampoco que los aliados del mundo privado en la promoción de la salud pública —sociedades científicas, organizaciones profesionales...— deban practicar seguidismo, dejándose llevar por la Administración. Sería, claro está, un dislate. Ahora bien, el interés general que subyace en la promoción de la salud pública sí justifica sin estridencias la exigencia de que estos aliados reúnan una serie de cualidades: «Las Administraciones sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo» *ex art. 11.1 (Colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias)* de la LGSP. Sobre el particular, véanse las agudas acotaciones de Ildefonso HERNÁNDEZ AGUADO, «Independencia y transparencia en salud pública», *Retos en Salud Pública. Derechos y Deberes de los Ciudadanos*, Comares, Granada, 2011, 181-193.

Como aliados, pues, todos los promotores de la vacunación, ya públicos que privados, concurren a un mismo fin y eso, sin necesidad de norma alguna que lo diga, exige de una cierta lealtad; *fair play*, por así decir. Bueno es que se discrepe y se critique. Pero hágase cabalmente, sin perder el norte común.

21 En el entorno de la salud pública y, singularmente, en la parcela que ocupa la vacunación, el papel de las asociaciones y sociedades científicas es muy relevante. La *Asociación Española de Pediatría*, la *Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene*, la *Sociedad Española de Epidemiología* o la *Asociación Española de Vacunología*, por citar algunas de las más destacadas, son actores que desempeñan una labor muy relevante en pro de la salud pública. Otra cosa es que entre sí y/o con las Administraciones sanitarias surjan discrepancias a la hora de abordar el tratamiento de una vacuna. Es del todo normal que los puntos de vista a veces no coincidan porque los acentos no siempre se ponen en las mismas variables y ya se dijo que la publicación de una vacuna entraña una operación de compleja factura. Así y todo, como acabo de insistir, importa mucho que los debatientes interioricen la conveniencia de la

No me extenderé en un argumento cuyo análisis habría de llevarme muy lejos²². Recuperando el hilo y, a la vista de lo expuesto, cae por su propio peso la pregunta: ¿en qué queda exactamente la unicidad estatuida por la LGSP respecto del calendario?

IV. LA DISYUNTIVA ENTRE EL CALENDARIO ÚNICO Y EL CALENDARIO COMÚN Y EL RIESGO DE DETERIORO QUE TODO ESTE TRAJÍN COMPORTA EN LA IMAGEN DEL SISTEMA

El episodio de la meningitis supone un baño de realismo que nos permite caer en la cuenta de que las cosas responden más bien al esquema de un calendario común y de calendarios autonómicos complementarios. La realidad no retrata en estos momentos el plan que la LGSP dibuja sobre el papel, entre otras cosas porque, ya de entrada, ese calendario único del que habla —insisto en ello pues es para mí el signo externo más revelador de todos— no ha sido siquiera aprobado como tal.

Esto sentado, la discordancia entre la realidad y el texto de la ley exige sin falta que se adopte una resolución, especialmente por parte del Estado, en el sentido que sea, a fin de que ambos planos se correspondan. De lo contrario, mucho me temo que se hará un flaco favor a la imagen, de suyo sensible, de nuestro sistema público de vacunación, sirviendo a sus detractores un descuadre que se presta fácilmente a la especulación y, al tiempo, poniendo en riesgo innecesario la confianza de los ciudadanos en los programas de inmunización colectiva que condensa, no hay que olvidarlo nunca, la quintaesencia de nuestro modelo²³.

claridad y el sentido de la colaboración.

22 He tenido ocasión de profundizar en este argumento en «Los profesionales sanitarios y la promoción de la vacunación pública», *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, 295-352.

23 Aunque pueda parecer obvio, creo que no sobra un breve comentario al respecto. La figura del calendario de vacunación nace en todo el mundo con el objetivo de crear un documento que guíe una tarea cada vez más compleja en razón de la diversidad de vacunas existentes y su dinamismo, así como de la masividad de sus destinatarios. No hay duda, en este sentido, de que el calendario proporciona orden y simplicidad. Sin embargo, esta reunión porta consigo también algunos inconvenientes. Uno de ellos es la creación de vasos comunicantes «artificiosos» entre las vacunas codificadas de suerte que se difuminan las diferencias importantes que existen entre ellas y se facilita, por el contrario, la crítica «a discreción». A menudo, es de ver que se habla de las vacunas como si fueran una sola cosa y se las coloca a todas en el mismo saco cuando, en realidad, se está poniendo en cuestión la seguridad o eficacia de una vacuna

Urge aclarar este panorama revuelto y confuso en el que se ha instalado desde hace tiempo el calendario de vacunación y que la LGSP, a juzgar por los hechos, no ha acertado a enderezar. A tal efecto, tengo para mí que es de fuerza contestar a dos preguntas básicas.

A. Primera: *¿hasta dónde puede llevarse la pretendida unicidad del calendario de vacunación desde un punto de vista competencial?*

Toca esclarecer si el calendario de vacunación constituye o no una excepción al esquema de distribución competencial en materia sanitaria referido a las prestaciones o servicios garantizados por la Administración, es decir, si la unicidad que se predica del mismo en la LGSP pasa por ser una singularidad del hecho de la vacunación que veda el paso a la complementariedad autonómica o si, por el contrario, esa unicidad, en realidad, hace referencia a un sustrato común de vacunación en todo el territorio nacional que es susceptible de mejora. Calendario único «cerrado» *versus* calendario único «abierto».

Esta última interpretación es la que, como hemos visto, se impone en la realidad de nuestros días. Tiene a su favor que se acomoda a la doctrina constitucional clásica en relación con las prestaciones sanitarias y, por ende, a toda la experiencia acumulada al respecto, volcada, como es de sobra sabido, en la regulación de la cartera de servicios y en la figura de los servicios complementarios.

Claro que la unicidad también podría, a mi modo de ver, preconizarse sin merma de la recta distribución competencial en materia de sanidad. Para ello, eso sí, habría que elucidar antes si la labor de inmunización, por su propia idiosincrasia, precisa ser objeto de una regulación que cierre el calendario a nivel estatal, bloqueando la ampliación de la lista de vacunas publicadas a nivel autonómico. Desde luego, hay un hilo del que es dado estirar en busca de esa idiosincrasia. Porque la política de vacunación reviste una clara proyección estatal en lo que hace a la formación y mantenimiento de la inmunidad de grupo. No hay duda de que esa égida colectiva frente a las epidemias que caracteriza a la política de vacunación ofrece un primer amarre de cara a justificar la necesidad de que se aborde el asunto en clave supra-autonómica.

en concreto —por lo general nueva en el repertorio—. Por eso mismo, hay que ser especialmente cuidadoso en relación con los movimientos del calendario, porque, aunque se refieran a una vacuna en particular, si no se hacen con tino, acabarán afectando a la imagen de todo el conjunto.

He ahí el *quid aliud* del que podría llegar a estirarse a fin de preconizar una mayor profusión de la intervención estatal, ya sea en la regulación de las bases o bien en el empleo de la coordinación. Hace al caso señalar que el ejercicio de la competencia básica por parte del Estado puede agotar de forma excepcional, según tiene establecido el Tribunal Constitucional, la regulación de un contenido específico de la sanidad, blindando una suerte de tope o techo máximo y excluyendo, por consiguiente, esa parcela concreta del esquema ordinario de mejora autonómica de los servicios sanitarios²⁴.

Conste que, de ser así, la existencia de un calendario único «cerrado» no tendría que significar necesariamente que las Comunidades Autónomas tuviesen que perder su peso en el concurso de la decisión y del destino de la política de vacunación. Y es que si la aprobación del calendario va a recaer en el Consejo Interterritorial, como previene la LGSP, se resguardará en parte su capacidad de influencia al respecto. Por su naturaleza, ya se ha indicado que es éste un foro idóneo para que se alcance una posición consensuada que tenga como base el intercambio de saberes y experiencias y ese sano aprendizaje mutuo entre los distintos niveles de gobierno sanitario. Su misión, al fin y al cabo, no es otra que guardar la cohesión²⁵. Por otra parte, cerrar la regulación en cuanto a qué vacunas se publican no entraña que se agote todo el espacio abarcado por la política de vacunación, que es extraordinariamente amplio y rico en derivaciones, por lo que va a quedar todavía mucho margen para el ejercicio de la competencia de desarrollo por las Comunidades Autónomas. Y luego está la puesta en práctica, que es igualmente tarea con un sinfín de variables y alternativas.

24 A propósito del establecimiento de importes máximos de financiación de la cartera común suplementaria y de la cartera común de servicios accesorios llevada a cabo por el controvertido Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el Tribunal Constitucional señaló que «la exigencia de permitir a las Comunidades Autónomas un margen suficiente para ejercer su competencia de desarrollo legislativo de la normativa básica se predica del conjunto de la materia —en este caso, la “sanidad interior”—, no de aspectos concretos de la misma. No son pues infrecuentes los casos en los que resulta posible que la legislación básica agote legítimamente el espacio normativo en un subsector de aquella materia» (STC 64/2017, de 25 de mayo de 2017, FJ 5º).

25 Otra cosa es cómo se alcanza internamente ese consenso, lo cual va a parar al régimen de adopción de acuerdos, que es un tema que en los últimos años ha sido objeto de controversia. Sobre la mesa estuvo la reforma del régimen de adopción de recomendaciones por consenso —que es el que figura en el art. 14.1 de su Reglamento de Funcionamiento de 2003— en la línea de establecer la vinculación de los acuerdos adoptados por mayoría cualificada. Finalmente, no obstante, a pesar de estar muy avanzados los trabajos, esta reforma no vio la luz.

Sea como fuere, insisto en que para adoptar esta interpretación de la unicidad del calendario hace falta desentrañar hasta qué punto la mejora autonómica está en grado de comprometer el escudo inmunitario que la política de inmunización pretende sostener en todo el territorio nacional.

B. Segunda: *¿se justificaría, desde un punto de vista científico, el bloqueo de la adición de nuevas vacunas por parte de las Comunidades Autónomas?*

Como jurista, no puedo adentrarme más para discernir cuál de ambas opciones es la más procedente de cara a la política de vacunación. Ignoro hasta qué punto deviene en una exigencia científica o de epidemiología cabal que el calendario sea cerrado o, lo que es lo mismo, si perjudica al interés general y a la realización efectiva del derecho de todos a la prevención de la salud que las Comunidades Autónomas añadan por su cuenta nuevas vacunas en su respectivo calendario. Ciertamente, no se me escapa que esas “escapadas” del “pelotón” generan incomodidades en el discurrir del calendario común y aun contrariedades en su giro que conviene evitar²⁶. Ahora bien, se necesitan razones de más fuste para hacer excepción de la lógica que se instaura constitucionalmente en el desenvolvimiento de las responsabilidades sanitarias de los distintos centros territoriales de poder. En última instancia, la pregunta que queda en el aire y que no estoy en grado de contestar es si la adición de nuevas vacunas en un territorio dado permite avanzar en la realización del derecho a la prevención de la salud sin comprometer al tiempo los escudos inmunitarios del resto de los españoles. ¿Hace falta, pues, por el bien de la prevención de todos, bloquear la capacidad autonómica de complementar su catálogo de vacunas con nuevas incorporaciones del mercado? ¿O, por el contrario, la publicación de una vacuna nueva en una Comunidad Autónoma puede actuar como punta de lanza y espolear la mejora global de todo el sistema? Solo si se despejan con nitidez esta clase de interrogantes puede, a mi parecer, desentrañarse la cuestión del reparto competencial del calendario serenamente.

²⁶ Tengo en mente la repercusión que todo ello tiene en términos de contratación pública toda vez que el suministro de vacunas por parte del mercado presenta fluctuaciones. El abastecimiento ha dado lugar en ocasiones a situaciones muy complejas, descolocando a las Administraciones y/o abocándolas a tener que competir entre ellas. Asunto éste que nos llevaría a recalcar en el mundo de la contratación pública y de los mecanismos de compra y suministro de vacunas.

Probablemente, la respuesta concreta a ambas preguntas sea difícil de articular. Lo comprendo. Sin embargo, cuesta entender, sobre todo después de haber tenido tanto tiempo para cavilar, la lenidad y aun la levedad con que actúan los actores implicados, comenzando por el propio Estado, que, no lo olvidemos, se sitúa al frente del sistema de vacunación y, no en vano, tiene encomendada la fijación de sus bases y su coordinación final²⁷. Señalo esto porque si el Estado es partidario de entender que el calendario único ha de ser cerrado, lo procedente sería impugnar los actos o normas autonómicos ampliatorios por exceso o extralimitación competencial²⁸. Si, en cambio, entiende que entra dentro de orden la adición de vacunas complementarias por parte de las Comunidades Autónomas, óbrese en consecuencia y aclárese de una vez el sainete, sin recelos, poniendo entonces a cada cosa el nombre que le corresponde en propiedad²⁹. Ganaríamos en certeza, que es cualidad muy preciada en este entorno de la vacunación, como vengo señalando una y otra vez. La existencia de algo así como una convención tácita que es lo que, a mi sentir, impregna la atmósfera, desde luego, no me vale. Y es que hay mucho más en juego que

²⁷ Pero no solo la culpa recae en el Estado. También las Comunidades Autónomas y las alianzas privadas en salud pública descuidan el significado de la “gesticulación” y de la explicación pausada y certera en un sistema de vacunación como el nuestro, que se basa en la recomendación, en la promoción, pues, de la vacuna y no en su imposición obligatoria. El éxito de la política de inmunización depende mucho de la imagen social transmitida por el sistema, es decir, de la confianza que nos inspiren los programas oficiales de vacunación. No debe ignorarse esta faceta y el tratamiento de la comunicación al respecto pensando tal vez que las bondades del sistema de asistencia sanitaria pueden compensarlo todo en el día a día de la consulta. En momentos en los que hay corrientes fuertes que no dudan en sacar provecho de cualquier desacorde con tal de causar algún daño a la reputación de la vacunación y detractores que se frotan las manos contemplando cuadros de este tipo, sorprende que los actores que comparten el mismo objetivo de fondo no sean capaces de transmitir con armonía la razón de cada uno de sus movimientos, ya sean de apartamiento o de desacuerdo legítimos.

²⁸ Retomando el ejemplo de la meningitis, los medios de comunicación se han hecho eco del malestar de la ministra de Sanidad antes los desmarques de algunas Comunidades Autónomas que, como ya se señaló, han decidido ampliar por su cuenta la cobertura pública a la vacuna contra la meningitis B en contra del parecer expresado por la Comisión de Salud Pública. La ministra ha afeado esta conducta y ha significado la contradicción en la que incurrían esas Comunidades Autónomas toda vez que estuvieron representadas en el Consejo Interterritorial donde se consensuó la decisión contraria.

Censurados los desmarques en el plano político, queda por ver si se actuará en el plano judicial y si el lance desencadenará un conflicto competencial.

²⁹ De adoptarse esta posición, huelga explicar que la literalidad de la LGSP agradecería sin más dilación una reforma de carácter gramatical tendente a sustituir el adjetivo único por otro como común o básico.

el solo reparto competencial, por relevante que éste sea. Nuestro modelo de vacunación se asienta en la recomendación, lo que vale decir que el éxito se fía a la adhesión voluntaria de los ciudadanos que confían en la bondad y acierto del consejo dado por las autoridades sanitarias. Siendo esto así, importa mucho que la claridad y la transparencia brillen pues son ingredientes fundamentales en el establecimiento de un clima de confianza que mueva al compromiso.

V. FINAL. LA EVENTUALIDAD DE QUE LA DISPUTA COMPETENCIAL ENFILE DERROTAROS MUCHO MÁS COMPLEJOS Y COMPROMETIDOS. LA PRECARIEDAD DE LAS BASES RELATIVAS A LA POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Llegamos al final del trabajo. Tengo para mí que, mientras las discrepancias que provoquen el tema del calendario único discurren por el terreno de la reforma *in bonus* y se contraigan a los agravios que genera la comparación sobre cómo acceder a las nuevas vacunas entre Comunidades Autónomas, es probable que los roces y tirantezas no pasen a mayores y acaben en la espiral del inevitable debate acerca de la cobertura pública de las vacunas *esenciales* o, lo que es lo mismo, acerca del alcance que ha de tener en cada momento la inmunización en España a los efectos de garantizar las condiciones básicas de igualdad de todos en el disfrute del derecho a la protección de la salud *ex art. 43 de la CE*.

Ahora bien, llegado el caso de que las discrepancias entre los calendarios común y autonómicos enfilasen otros derroteros, saliendo abruptamente de los márgenes de la complementariedad, asistiremos a un problema mayúsculo que apremiará a volver sobre la significación de la competencia estatal para establecer las bases de la sanidad y su proyección específica sobre la vacunación. No es lo mismo enderezar problemas de adiciones *praeter calendarium* que encarar divergencias *contra calendarium*. Sin ir más lejos, pensemos en la propia naturaleza recomendada de la vacunación sistemática. ¿Y si una Comunidad Autónoma decidiese optar por la obligatoriedad? O, al revés, ¿Y si el Estado optase por un modelo obligatorio? ¿Podría una Comunidad Autónoma mantener su modelo recomendado conservando las mismas vacunas?

El escenario, por cierto, lo tomo prestado de un país bien próximo cuyo periplo de los últimos años en materia de política de vacunación resulta de extraordinario interés. Me estoy refiriendo a Italia.

Daré un breve apunte sobre el contexto. Italia acaba de protagonizar un giro significativo en su política de inmunización después de que saltaran las alarmas ante el descenso agudo de las tasas de vacunación, especialmente en relación con el sarampión, y la aparición de episodios sonados —incluida la muerte de un niño enfermo de leucemia que contrajo el sarampión— que han contribuido a desencadenar un profundo debate social. A fin de asegurar la generalización de la vacunación pediátrica, en junio de 2017, se aprobó un *Decreto-legge* cuyo eje pasa a ser la obligatoriedad de las vacunas; obligatoriedad cuya efectividad se asegura a través de dos mecanismos clásicos: la sanción económica y el vínculo con la escolarización³⁰.

La *Regione Veneto*, que no veía con buenos ojos este viraje hacia la obligación, llevó el asunto ante la *Corte Costituzionale* por considerar, entre otros motivos, que se estaban cercenando las competencias regionales.

Pues bien, la *Corte Costituzionale* ha rechazado el planteamiento de la *Regione Veneto* y, por lo que atañe a la dimensión formal del conflicto, ha confirmado, primero, la procedencia del uso del *Decreto-legge*, significando la gravedad del contexto y, a la par, la importancia de los intereses en juego cuando se habla de vacunación sistemática. Y, segundo, la legitimidad de la intervención estatal. Por más que la «tutela della salute» figure en la Constitución italiana como materia de regulación compartida, para la *Corte Costituzionale* no hay duda de que la decisión adoptada por el legislador estatal italiano en su cambio de rumbo entra dentro de los «principi fondamentali» de la tutela de la salud atribuidos a la potestad legislativa del Estado *ex art. 117 de la Constitución italiana*³¹.

Las enseñanzas que, volviendo a España, pueden extraerse de esta sentencia son muchas y valiosas. Señaladamente, creo que el andamiaje argumental empleado por la *Corte Costituzionale* para reafirmar

30 Se trata del *Decreto-legge*, de 7 de junio de 2017, n. 73, *recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*, luego convertido, con modificaciones, en la *Legge* de 31 de julio de 2017, n. 119.

La aprobación de esta nueva regulación ha despertado el interés de la doctrina científica italiana, dando lugar a un torrente de trabajos jurídicos sobre el tema. En una primera aproximación, recomiendo, por la exposición panorámica que contiene, la lectura de Giuseppe PIPERATA, «Vaccinazione obbligatoria e problematiche giuridiche. Un'analisi nella prospettiva del diritto italiano», *El Derecho ante la salud pública: dimensión interna, europea e internacional*, Aranzadi, Cizur Menor, 2018, 201-214.

31 Véase la *Sentenza Corte Costituzionale* 5/2018, de 18 de enero. El grueso de su doctrina al respecto se contiene en el § 7.

la posición del Estado al frente de la definición de la política de vacunación resulta perfectamente homologable entre nosotros. No se trata solamente de garantizar la igualdad en el acceso a un tratamiento preventivo esencial. Hay que poner en valor también la dimensión colectiva de la vacunación pues anida en ella un interés general primordial que responde a la razón misma de ser del Estado en tanto que organización política al servicio del contrato social: el mantenimiento de la inmunidad de grupo como escudo colectivo frente a las epidemias —de cuyo poder devastador está la Historia repleta de ejemplos—. Interés general primordial a cuyo fin está plenamente justificada la instauración de una estrategia homogénea en todo el territorio nacional. Sin olvidar, en esta misma vertiente colectiva, la protección de los grupos más vulnerables al riesgo de contagio por su cuadro inmunodeficiente.

En resolución, dos grandes líneas argumentales para reconocer la necesidad de una legislación estatal uniforme que sienta los cimientos de la política de vacunación: la igualdad en todo el país en lo referente al acceso a un medio esencial de prevención individual frente a enfermedades graves y el aseguramiento de la inmunidad de grupo y de la protección de los más expuestos al riesgo de contagio como objetivo estratégico compartido por toda la población. Bien se ve, pues, que, en lo sustancial, tanto la una como la otra pueden extrapolarse, *mutatis matandis*, a nuestro modelo constitucional.

Recurría a Italia para evidenciar el riesgo de una ruptura en los planteamientos de base respecto de la política de vacunación. Pues bien, mientras escribo estas líneas, la prensa se ha hecho eco de las iniciativas recientes de diversas Comunidades Autónomas de exigir la aportación del carné de vacunación al día como condición *sine qua non* para acceder a las guarderías y escuelas infantiles. Algo que, en rigor, no es estrictamente nuevo toda vez que no son pocas las normas, las más de rango reglamentario, que ya contemplan esta medida y que la proyectan territorialmente —a veces a escala autonómica, otras a escala local— sin que respondan a ningún plan preestablecido de carácter nacional. Medidas que incluso han dado lugar a pronunciamientos judiciales que, sin entrar en cuestiones de carácter competencial —que no se han planteado—, han respaldado resueltamente la legalidad sustancial de un tal proceder³².

Luego no hace falta salir de nuestras fronteras para poner de manifiesto que las hipotéticas discordancias sobre la política de vacunación entre los distintos niveles de gobierno sanitario desbordan la sola cuestión del catálogo de vacunas financiadas o de las pautas de administración recomendadas. Hay otros capítulos sensibles que deberían preocuparnos igualmente habida cuenta de la notoria precariedad de nuestra legislación básica respecto del hecho de la vacunación.

He ahí el compendio de mi parecer: entiendo que la vacunación representa un capítulo esencial de la sanidad y que reviste la suficiente enjundia como para requerir por parte del Estado la fijación de las correspondientes bases legislativas. Y no es ésta cosa que se despache a la ligera con dos o tres artículos sin más. El tema es trascendente en su doble dimensión, individual y colectiva y, en este sentido, pone sobre el tapete múltiples conexiones, todas ellas relevantes, ya sea con la patria parental o con la escolarización, por citar dos vínculos bien elocuentes. Así pues, debería interiorizarse sin falta una idea-fuerza sobre la que vengo insistiendo: incluso antes que elucidar si el calendario estatal ha de ser único o mínimo, hace falta sentar las bases de la política de vacunación en España y eso significa que el legislador estatal ha de hacer sus deberes: coger con las dos manos el asunto y despejar una a una las claves fundamentales de la estrategia de vacunación pública en nuestro país. Ese denominador común, hoy por hoy, está en el limbo y los trozos que hay sueltos deambulan fuera del lugar que en buenos principios debería acoger la regulación matriz de la vacunación: la Ley general y básica de salud pública.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALENZA GARCÍA, José Francisco (2013): «La vacunación obligatoria de los ciudadanos y el deber de vacunar de la Administración», *Nuevas Perspectivas Jurídico-Éticas en Derecho Sanitario*, Aranzadi, Cizur Menor, 29-50.
- AMELA HERAS, Carmen (2002): «Sobre el estudio del impacto de introducir una vacuna en el calendario de vacunación», *Revista Española de Salud Pública*, 76, 171-173.

³² El último, sin ir más lejos, la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 16 de Barcelona, de 28 de

diciembre de 2018, confirmando la legalidad de la denegación de la inscripción de un niño no vacunado en una guardería infantil municipal.

- BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis (2012): «Vacunas obligatorias y recomendadas: régimen legal y derechos afectados», *Derecho y Salud*, 22, 9-30.
- CIERCO SEIRA, César (2018): *Vacunación, libertades individuales y Derecho público. Ensayo sobre las principales claves para la regulación de la vacunación pública en España*, Marcial Pons, Madrid.
- CIERCO SEIRA, César (2019): «Los profesionales sanitarios y la promoción de la vacunación pública», *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 295-352.
- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico (2014), «El paradigma de la autonomía en salud pública. ¿Una contradicción o un fracaso anticipado?: el caso concreto de la política de vacunación», *Derecho y Salud*, 24, 14-27.
- DELGADO RODRÍGUEZ, Miguel y DOMÍNGUEZ GARCÍA, Ángela (2018): «Pros y contras de la vacunación frente a la enfermedad por meningococo B», *Medicina Clínica*, 2018, 150 (3), 109-113.
- ESCRIBANO COLLADO, Pedro (2003): «La Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Las funciones del Consejo Interterritorial», *Revista Andaluza de Administración Pública*, 52, 11-34.
- HERNÁNDEZ AGUADO, Ildefonso (2011): «Independencia y transparencia en salud pública», *Retos en Salud Pública. Derechos y Deberes de los Ciudadanos*, Comares, Granada, 181-193.
- PIPERATA, Giuseppe (2018): «Vaccinazione obbligatoria e problematiche giuridiche. Un'analisi nella prospettiva del diritto italiano», *El Derecho ante la salud pública: dimensión interna, europea e internacional*, Aranzadi, Cizur Menor, 201-214.
- TUELLS, José y ARÍSTEGUI, Javier (2012): «Vacunaciones en la Ley General de Salud Pública: los 21 calendarios vacunales, suma y sigue», *Medicina Clínica*, 2012, 139 (1), 13-15.
- TUELLS, José (2016): «Controversias sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social», *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 1-3.
- VAQUER CABALLERÍA, Marcos (2004): «La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud», en la obra colectiva *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión. Calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid, 111-136.