



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Jiménez Alés, Rafael; Sánchez Fuentes, Isabel Carmen
Dilemas en la atención a niños cuyas familias rechazan la vacunación
Pediatría Atención Primaria, vol. XX, núm. 77, 2018, Enero-Marzo, pp. 83-93
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366657632015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Colaboración especial

Dilemas en la atención a niños cuyas familias rechazan la vacunación

Rafael Jiménez Alés^a, Isabel Carmen Sánchez Fuentes^b

Publicado en Internet:
14-febrero-2018

Rafael Jiménez Alés:
alesmismo@gmail.com

^aPediatra. Consultorio La Roda de Andalucía. Comité de Ética Asistencial de Sevilla. Sevilla. España

^bMédico de Familia. Consultorio Herrera. Comité de Ética Asistencial de Sevilla. Sevilla. España.

Resumen

Palabras clave:

- Ética
- Negativa a la vacunación
- Vacunación

La contribución de las vacunas a la salud de las poblaciones es un hecho demostrado científicamente. La vacunación es la actividad sanitaria con mayor impacto en términos de años de calidad de vida ganados. Es prioritaria para mantener la salud, para eliminar determinados riesgos y para controlar situaciones de epidemia o endemia. El número de familias reticentes a vacunar a sus hijos es pequeño en nuestro país y aún lo es más el número de personas que rechazan de pleno la vacunación y son activistas antivacunas. Este poner en duda la actividad vacunal que llevan a cabo los profesionales sanitarios, es sentido por muchos como si se pudiese en duda su pericia o su integridad profesional. Esto genera sentimientos de rechazo hacia estas familias y dudas éticas en torno a las actitudes y decisiones a adoptar en estas situaciones. Se describen las circunstancias que podrían llevar a la ruptura de la relación médico-paciente, cómo prevenir esta situación y cómo afrontarla si se presentase.

Dilemmas in the care of children whose families refuse vaccination

Abstract

Key words:

- Ethics
- Vaccination
- Vaccination refusal

The contribution of vaccines to the health of populations is a scientifically proven fact. Vaccination is the health activity with the greatest impact in terms of years of quality of life gained. It is a priority to maintain health, to eliminate certain risks and to control epidemic or endemic situations. The number of families reluctant to vaccinate their children is small in our country and it is still more the number of people who completely reject vaccination and are anti-vaccine activists. The questioning of the vaccinal activity, carried out by health professionals, is felt by many as if their expertise or professional integrity was questioned. This generates feelings of rejection towards these families and ethical doubts about the attitudes and decisions to adopt in these situations. We describe the circumstances that may lead to the rupture of the doctor-patient relationship, how to prevent this situation and how to deal with it if it arises.

INTRODUCCIÓN

“No son los males violentos los que nos marcan, sino los males sordos, los insistentes, los tolerables, aquellos que forman parte de nuestra rutina y nos minan meticulosamente como el tiempo”.

E. M. Cioran

Justificación

Las vacunas, parte fundamental de la actividad preventiva realizada en Atención Primaria, han tenido un efecto primordial en la reducción de la mortalidad y el aumento de la población mundial¹.

La inmunización es una de las actividades encaminadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo

Cómo citar este artículo: Jiménez Alés R, Sánchez Fuentes IC. Dilemas en la atención a niños cuyas familias rechazan la vacunación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:83-93.

del Milenio (ODM), especialmente el de reducir la mortalidad entre niños menores de cinco años (ODM 4)². Por primera vez en la historia documentada, el número de niños que mueren anualmente está por debajo de los diez millones, debido a mejoras del acceso al agua potable y al saneamiento, la mayor cobertura de inmunización y la prestación integrada de intervenciones sanitarias básicas³. Las vacunas, previenen la muerte y el sufrimiento por enfermedades infecciosas y también contribuyen a conseguir otros objetivos del desarrollo: mejoran la educación, la expectativa de vida, los viajes seguros, el empoderamiento de las mujeres, las brechas de inequidad y el crecimiento económico^{4,5}.

Desde que existen vacunas, existen personas que se oponen a ellas. Las posiciones entre partidarios y detractores se han polarizado, dificultando la percepción del amplio abanico entre ellos. El término *vaccine hesitancy* o reticencia a la vacunación (RV), surge para despolarizar estas posiciones “pro” frente a “anti” y expresar el espectro de actitudes hacia la inmunización, consecuencia de la sociedad cada vez más informada, en la que vivimos^{6,7}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como RV como “la tardanza en aceptar la vacunación o el rechazo a las vacunas, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. La RV es compleja, tiene características específicas en cada contexto y varía según el momento, el lugar y la vacuna. Incluye factores como la confianza, la accesibilidad y la seguridad”.

- La confianza hace referencia tanto a la vacuna como a quienes la proveen: quienes diseñan calendarios, la prescriben o administran, la dispensan y quienes investigan, fabrican y distribuyen.
- La seguridad o complacencia hace referencia al hecho de percibir el valor de la vacunación. Se relaciona con el valor de evitar la enfermedad, tanto menor cuanto más desconocida.
- La accesibilidad se refiere a si la vacuna es ofertada en el lugar y horario que conviene al receptor. No se considera reticencia cuando existen obstáculos reales a la vacunación: no existe suministro, el punto de vacunación es inaccesible, etc.

El uso inadecuado del término RV, contribuye a difuminar el problema, dificultando conocerlo, cuantificarlo y afrontarlo⁸.

La RV es un nuevo reto para los pediatras, que necesitan conocimientos, herramientas y habilidades⁹, ya que su papel, como el de otros profesionales sanitarios, es crucial para abordarlo¹⁰.

Antecedentes

La infancia tiene particularidades que abordar desde la bioética¹¹. Las vacunas son un aspecto más de estas particularidades¹². El concepto de “niño” ha evolucionado a lo largo de la historia. Diego Gracia señala que “el modo como se defina la infancia acaba teniendo inmediatamente consecuencias morales, que es preciso estudiar. El niño ha sido siempre para la sociedad un problema moral”¹³.

Las personas con RV forman un grupo heterogéneo que sostiene grados variables de indecisión sobre algunas vacunas o sobre la inmunización en general¹⁴. El grupo de expertos de la OMS de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización califica la RV como un “problema mundial complejo que evoluciona rápidamente y que debe vigilarse de forma permanente”¹⁵. Además, no existen evidencias de calidad que tracen la estrategia óptima para afrontarlo^{16,17}. La Oficina Europea de la OMS ha editado una guía de buenas prácticas sobre cómo responder a las personas que, en público, ponen en duda la eficacia o seguridad de las vacunas¹⁸.

Ante el aumento de familias con RV y la disminución de coberturas hasta niveles críticos, las autoridades de algunos países^{19,20} han puesto en marcha medidas coercitivas para afrontar la aparición de brotes de enfermedades que prácticamente habían desaparecido. Otros países, aun manteniendo la obligatoriedad de las vacunas siguen sufriendo brotes, pues no siempre lleva a mayores tasas de vacunación²¹. En otros, se proporcionan incentivos a las familias que vacunan²². Y en otros, son los profesionales sanitarios los incentivados para alcanzar determinadas coberturas²³. Todo ello suscita cuestiones ético-legales que

requieren análisis²⁴. En este contexto algunos profesionales plantean argumentos a favor de rechazar a familias con RV²⁵. En nuestro medio, en casos extremos en los que la confianza requerida entre paciente y médico se ha perdido, podría pedírseles que cambien de profesional²⁶. En países con asistencia privada, la atención requiere la aceptación del paciente por el profesional, y es posible el rechazo²⁷, siendo la falta de seguimiento de las prescripciones uno de los motivos para hacerlo²⁸. La cuestión se complica cuando la asistencia es pública y es el paciente quien elige médico sin referencias, o se le asigna uno sin pedirle opinión.

Objetivo

Delimitar, en el contexto de la relación asistencial con familias que presentan RV, si existen circunstancias en que se pudiera considerar invitarles a cambiar de profesional, como una alternativa con suficiente fundamento ético y legal. Describir dichas circunstancias, el procedimiento para el cambio y la forma de asegurar la atención sanitaria durante dicho cambio.

METODOLOGÍA

Se revisó la literatura científica más reciente, utilizando el metabuscador GERION de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se buscó literatura científica preferentemente en castellano y referida a nuestro entorno: sistema sanitario público de cobertura universal con libre elección de médico. Independientemente se buscó en PubMed, en castellano, inglés y francés, literatura científica referida a otros entornos. También se buscaron noticias e información general en buscadores generales.

En todos los casos se usó las palabras clave o cadenas “vaccine hesitancy”, “vaccine refusal”, “dismissal patient”, “ethics”, “pediatricians”, “infant”, “parents”.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Tipos de RV

Existen diversas tipologías dentro del espectro de RV, que requieren diversos enfoques^{5,6,26}:

- Familias que, antes de administrar vacunas, solicitan información detallada sobre sus indicaciones, efectividad y seguridad. Esta actitud, deseable, es la de un consentimiento informado previo a cualquier actuación médica.
- Familias que han recibido una información previa que cuestiona las vacunas. Tienen dudas y necesitan un profesional que contrarreste esos mensajes. Son permeables a la información que se les proporciona y terminan por vacunar.
- Familias que disponen de información pro- y antivacunas, aunque ninguna les resulta totalmente fiable. Aprecian mensajes contradictorios, sobre todo entre grupos provacunas sobre el calendario vacunal óptimo. Si su principal referente es su pediatra, terminan por vacunar.
- Otros rechazan vacunar y no quieren contrastar información, aunque aceptan dialogar y escuchan los argumentos del profesional. Al final mantienen posiciones y el mutuo respeto. El profesional no debe rechazar a este tipo de pacientes. Es posible que el diálogo repetido consiga acercar posturas y se acceda a administrar determinadas vacunas.
- Otros objetan la vacunación por motivos religiosos, morales o filosóficos. No cuestionan la seguridad o efectividad de las vacunas y asumen los riesgos y la responsabilidad de no vacunar²⁹.
- Finalmente, están los que quieren convencer a la población y al sanitario. Su cualificación suele ser superior a la media. Su postura difícilmente cambia con el tiempo ya que los argumentos científicos son de entrada descalificados.

Nos centraremos en la actitud a adoptar ante este último grupo, que podría denominarse “antivacunas”. Su actitud no se limita a ejercer su autonomía, sino que busca influir en los demás para que cambien su actitud hacia las vacunas y esto podría chocar frontalmente con la labor del profesional

sanitario. Es difícil fundamentar en estas circunstancias la confianza necesaria para una adecuada relación médico-paciente, ya que desconfían del profesional y siembran la desconfianza hacia él en otras familias, al menos en lo relacionado con sus conocimientos sobre vacunas, pilar básico de su trabajo.

La corriente actual, en base a las altas coberturas, es de “tolerancia” hacia estos grupos, a pesar de que las familias con RV toman su argumentario de ellos, lo que debiera ser tema de preocupación.

Características de las personas “antivacunas”

Para definir este concepto debemos conocer y comprender sus motivaciones, así como las perspectivas de los profesionales que les “etiquetan” con este término, rechazado por las personas así etiquetadas^{30,31}.

Es un grupo muy reducido de personas que rechaza la vacunación, promueve la no vacunación y entra en confrontación con el profesional sanitario.

Suelen acudir al profesional sanitario como “diagnosticador” y acudir para tratarse a profesionales de medicinas alternativas, generando conflictos éticos o, cuando menos, emocionales, al percibirse como mero instrumento del proceso asistencial que lleva a cabo otro profesional, de un modo con el que puede no estar de acuerdo. Esto pone en duda la relación de confianza médico-paciente o, al menos, que esta sea parcial, pues se confía en su criterio diagnóstico, pero no en sus consejos terapéuticos.

En general, cuando se entabla un diálogo con ellos, suelen utilizar argumentos más propios de la dialéctica erística³² que argumentos científicos. Ante la falta de un argumentario científicamente sustentado, no tratan de convencer con el mismo al profesional sanitario, sino negar los argumentos usados por este. Para ello recurren a afirmaciones más o menos explícitas, que llegan a poner en duda la profesionalidad del sanitario, como:

- La calidad científico-técnica del profesional no es adecuada: no sabe seleccionar las fuentes de información e ignora o no da validez a las

publicaciones que, según el criterio de las personas antivacunas, contienen la “verdad” sobre las vacunas.

- La moral del profesional no es adecuada: se deja comprar y divulga la bondad de las vacunas como contraprestación a un supuesto pago recibido por la industria farmacéutica.
- El profesional forma parte de una conspiración que implica a organismos internacionales, gobiernos, industria, revistas, científicos y clínicos, o no es suficientemente inteligente para percibirla.

Entre los argumentos que utilizan para poner en duda la vacunación, están:

- No es obligatoria porque no hay pruebas de su eficacia y seguridad. Si las hubiese, lo sería, como otras medidas de protección.
- Los datos científicos son contradictorios: múltiples calendarios, sociedades científicas que niegan las recomendaciones oficiales³³, autoridades sanitarias que cuestionan a sociedades científicas³⁴ y científicos que dudan de recomendaciones oficiales y de sociedades científicas³⁵.

Tienden a confundir el respeto, con una aprobación explícita de sus actitudes y creencias y así pueden hacerlo saber a otras personas o profesionales con los que interactúa: “Mi pediatra está de acuerdo”. Esto podría acarrear perjuicios a terceras personas, que encuentran argumentos para mantener su RV³⁶.

Divulgan creencias falsas en torno a la efectividad y seguridad de las vacunas entre la población general³⁷ que, careciendo de los conocimientos necesarios, es más fácil de convencer mediante argumentos dialécticos³¹ que mediante argumentos científicos³⁸.

Por último, algunos han hecho de esta actitud un negocio del que obtienen beneficio: venden o publicitan libros en los que divulgan mitos y creencias falsas, así como remedios alternativos de ineficacia demostrada y coste no despreciable.

Mantener una relación clínica con estas familias pretendería conseguir mayores tasas de vacunación y atenderles en las áreas en que consientan. Al

tiempo, se corre el riesgo de que malinterpreten el respeto como aprobación explícita, implícita o tácita de sus creencias, que saldrán reforzadas y divulgarán con mayor fuerza. Solo profesionales con amplia experiencia y formación podrían abordar esta situación, existiendo quienes abogan por consultas especializadas³⁹.

La legislación. El bien superior del menor.

La toma de decisiones por representación

La Constitución Española establece la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de esta, con carácter singular, la de los menores⁴⁰.

La ley de autonomía del paciente establece que en caso de menores de edad y los incapaces intelectual o emocionalmente, el consentimiento lo dará el representante legal después de escuchar su opinión si tiene 12 años cumplidos.

La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor⁴¹ establece que “Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado”, llegando a situar sobre cualquier otro interés legítimo.

La Ley de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia señala que: “la patria potestad, como responsabilidad parental, se ejercerá siempre en interés de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derechos, su integridad física y mental”⁴².

En la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el “interés superior del menor” se constituye como el marco fundamental para decidir en todos aquellos casos en que estén en juego ante los tribunales, situaciones que afecten a menores, a sus derechos o incluso a su situación, otorgándoles un plus de protección, con carácter de orden público y prevalente ante cualquier otro interés o derecho, incluso fundamental⁴³.

Teniendo en cuenta lo anterior, debe resaltarse que “el interés superior del menor” es un “concepto jurídico indeterminado”, que impone a las personas

obligadas a aplicarlo un proceso complementario de valoración, en el que deben ponderarse todas las circunstancias particulares concurrentes, a fin de determinar cuál es el interés superior del menor en la situación que resolver, que bien pudiera ser respetar la forma de cuidar de los padres.

Cuando los profesionales estiman que las decisiones de los representantes son contrarias al interés del menor pueden recurrir al dictamen asesor del Comité de Ética Asistencial. Si el desacuerdo persiste, podrían ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Los médicos son garantes del interés de la persona incapaz encomendada a su cuidado y no están obligados a acatar las decisiones de los representantes que consideren perjudiciales para el paciente, aunque, en tal caso, deben solicitar autorización judicial para proceder a cualquier tipo de intervención.

Sin embargo, de llevar a sus últimas consecuencias la aplicación de la ley, la relación con la familia tendería a judicializarse, lo que, siendo indeseable, debe ser evitado.

El código deontológico

El código deontológico de la Organización Médica Colegial dicta las normas que deben regular la relación médico-paciente⁴⁴:

- El artículo 8.2 establece que “La asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza”.
- El artículo 9.1 establece que “El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”.
- El artículo 11 establece que “El médico solo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes legales con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento”.

Posicionamiento del Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría (AEP)

Este posicionamiento conjunto con el Comité Asesor de Vacunas de la AEP aborda la vacunación responsable por parte de los padres o tutores⁴⁵.

En dicho documento se parte de que los profesionales deben asumir que, en ocasiones, se producirán desacuerdos con los padres, debido a diferentes formas de entender el bien superior del menor. El respeto a la autonomía no exime de argumentar e intentar persuadir, ni debe confundirse con delegar la responsabilidad profesional tras facilitar una mera información⁴⁶. Se ha descrito la forma en la que los profesionales deberían hablar con las familias acerca de la vacunación⁴⁷, dispuestos a ofrecer respuestas individuales, atendiendo sus necesidades, negociando y estableciendo plazos. En definitiva, se deben buscar puntos de equilibrio prudentes, respetando en lo posible todos los valores en conflicto.

En este posicionamiento no se plantea la cuestión del rechazo de pacientes. Es en un documento anterior²⁶ donde se contempla como opción extrema admisible cuando se sobrepasa el nivel de tolerancia del profesional ante la falta de confianza, el solicitarle cambiar de profesional, asegurando la continuidad de atención y atendiendo la obligación de no abandonarle.

Posicionamiento de la Academia Americana de Pediatría (AAP)

El Comité de Bioética publicó en 2005⁴⁸ recomendaciones al respecto, resumidas en la frase: “En general, los pediatras deben evitar el despido de pacientes de sus prácticas únicamente porque un padre se niega a vacunar a su hijo”. En 2012 reafirma su postura⁴⁹, modificando únicamente esa frase, quedando como sigue: “En general, los pediatras deben esforzarse para no despedir a los pacientes de sus prácticas únicamente porque un padre se niega a inmunizar a un niño”.

Hay autores que argumentan que, cuando la única fuente de controversia es la vacunación, mantener la relación transmite respeto, genera confianza y

ofrece oportunidades adicionales para discutir la inmunización. Rechazarlos es contraproducente: rara vez se vacunan, socava la confianza, puede aumentar el riesgo para otros y elimina oportunidades de diálogo⁵⁰.

Por contra, existen autores que entienden que admitir la no vacunación intencional es prestar una atención médica deficiente y sostienen que la actitud correcta es, tras argumentar de forma repetida la vacunación, rechazar a los pacientes que no se vacunan intencionadamente⁵¹.

Finalmente, algunos autores dudan sobre la idoneidad de mantener la atención a toda costa y consideran que puede tratarse de la única opción en determinados casos extremos²⁵.

El Comité de Enfermedades Infecciosas de la AAP²⁷ reconoce como último recurso el rechazo de familias que se niegan a vacunar, tras varios intentos de convencerlos. En encuestas realizadas en 2006 y 2013, el porcentaje de familias con RV despedidas era de un 6 y 9% respectivamente⁵², a pesar de que el porcentaje de los que accedieron a la misma fue del 32 y 34%.

No hay datos publicados sobre el resultado final de la actitud de “vacunar o despedir”, aunque hay evidencia anecdótica de que, cuando los pediatras, tras fracasar en su esfuerzo de persuadir, piden a los padres que opten entre inmunizar o ser despedidos, algunos aceptan la vacunación. Se desconoce si las familias despedidas reciben atención médica adecuada y también si tal práctica conduce o no a su agrupación y a un aumento del riesgo de brotes⁵³.

Existen similares restricciones legales y éticas al despido por cualquier motivo, al margen de la no vacunación. Debe informarse al paciente del motivo y brindarle información para encontrar un nuevo profesional. Además, el médico continuará los tratamientos en curso y proporcionará atención de emergencia durante un tiempo razonable que, generalmente, se limita a 30 días.

También en la sanidad estadounidense, los profesionales empleados de hospitales y grandes organizaciones de atención sanitaria pueden ver coartada su capacidad de despido por motivos organizativos.

En zonas del país con acceso limitado a la atención pediátrica, debe valorarse la disponibilidad de otros profesionales. Si no los hay, debe continuarse la atención.

Prevenir el conflicto

Para prevenir desencuentros, sería idóneo la elección informada del pediatra antes de tener el primer hijo, mediante un contacto prenatal o preadopción. En la sanidad pública española se contempla por parte de la mayoría de las comunidades autónomas la posibilidad de solicitar una entrevista con el facultativo previa a la elección. Sería buen momento para que el profesional diese a conocer su currículo, sus posibles conflictos de interés y su posicionamiento ante determinados hábitos o conductas de las familias a las que atiende. Esta entrevista podría dar opción a la familia a elegir un profesional de confianza, redundando en beneficio de la relación médico-paciente.

El “malestar” moral

El malestar moral se describe como “angustia mental” o “desequilibrio psicológico” ocasionado por la incapacidad de seguir el sentido de responsabilidad moral que dicta la acción éticamente correcta. Debe diferenciarse del dilema moral, cuando el profesional de la salud no sabe qué decisión ética tomar⁵⁴.

Existen múltiples condicionantes que pueden impedir al profesional seguir el curso de acción que cree correcto. Entre ellos, se ha descrito el respeto de los deseos familiares⁵⁵.

El profesional que atiende a familias antivacunas puede soportar cargas emocionales importantes, sobre todo en caso de que un paciente sufra una enfermedad potencialmente prevenible mediante vacunación. Todo profesional sanitario que enfrenta estas situaciones, especialmente cuando se trata de personas previamente sanas, se plantea una serie de dudas: ¿informó adecuadamente de todas las medidas preventivas?, ¿detectó con suficiente prontitud los signos de alerta?, ¿actuó con suficiente diligencia cuando apareció la enfermedad?, e ¿hizo todo lo científica y humanamente posible?

Proceso de cambio

En los casos en que el profesional vea sobrepasado su nivel de tolerancia, los pasos a seguir son:

1. Antes de plantearse el rechazo, debe garantizarse la continuidad del tratamiento y que no se añada ningún riesgo a la salud. Debe revisarse la historia clínica, que será utilizada por el centro o nuevo facultativo que se encargue del paciente.
2. Conviene que los episodios de interrupción del tratamiento por parte del paciente o los incidentes con familiares queden reflejados en la historia clínica, pues podrían ser útiles para acreditar las causas de sustitución del médico responsable.
3. Conviene alcanzar un acuerdo sobre el cambio de profesional de referencia con la familia, basando esta petición en que la relación de confianza no es adecuada para una atención óptima.
4. En caso de no alcanzar un acuerdo, se podría solicitar el cambio de profesional de referencia al responsable de dichas asignaciones. La solicitud, en el ámbito público o privado, puede dirigirse a la gerencia del centro o a los servicios administrativos habilitados al respecto. La legislación establece entre los condicionamientos del ejercicio del derecho de libre elección “la salvaguarda de la buena relación médico-enfermo que debe imperar en el proceso asistencial”.
5. Hasta no resolverse la solicitud, debe mantenerse la asistencia, recabando la atención conjunta con la enfermera del paciente.

CONCLUSIONES

El debate sobre vacunas es un excelente ejemplo de situación en la que personas de lados opuestos no están de acuerdo con hechos fundamentales. En consecuencia, los argumentos basados en esos hechos no pueden persuadir a los que no los aceptan. El resultado es que los argumentos se vuelven más estridentes, las conclusiones más extremas y las implicaciones éticas más cuestionables.

Rechazar a una familia es una decisión extrema, que solo debe tomarse una vez agotadas otras opciones intermedias.

En el entorno de la sanidad pública no se contempla la posibilidad de rechazar a un paciente, aunque no está prohibido invitarle a cambiar de profesional de referencia en el contexto de la libre elección de profesional.

Dado que el número de profesionales que rechazarían atender a estas familias es mínimo, y el número de familias antivacunas aún más, una alternativa razonable sería que los profesionales que se muestran más tolerantes fuesen los encargados de prestar atención a esas familias, pues serán los que tengan mayor posibilidad de conseguir alguna vacunación ulterior. Las familias merecen la mejor atención disponible y es ese tipo de profesional quien puede proporcionársela.

Esto repercutiría en beneficio para todos: familias que son atendidas por profesionales más comprensivos con sus actitudes, profesionales proclives a rechazar que verían disminuir su malestar moral y profesionales que aceptarían a estas familias que podrían conseguir mayores tasas de vacunación finales.

Las familias, al elegir profesional, deberían conocer su perfil y realizar una elección informada. La posición del pediatra debiera informarse en la primera visita con la familia, que idealmente debiera ser prenatal o preadopción, a fin de no llegar a situaciones de confrontación o rechazo, sino de elección informada.

Aun en caso de que un profesional, por circunstancias del entorno, no pudiera más que atender a una familia que no confía en él, no debe dejar de ser honesto y franco, haciéndole partícipe de su malestar moral, a modo de declaración de conflicto de interés, que servirá para que la familia contextualice cualquier consejo.

Finalmente, y por circunscribir los casos en los que podría considerarse una actitud ética y legalmente aceptable invitar a una familia a cambiar de profesional, se debería cumplir que:

- Exista una manifiesta falta de confianza en el profesional, sea total o parcial.
- El nivel de tolerancia o malestar moral del profesional ante esta situación se vea sobrepasado, lo que puede derivar en una pérdida de la objetividad requerida para el buen desempeño.
- Exista la posibilidad de atención por otro profesional cualificado.

Estas tres circunstancias no son distintas a las que se podrían presentar en otros ámbitos de la atención sanitaria, no relacionados con la vacunación, y en las que se acepta que invitar al paciente a cambiar de profesional es lo más adecuado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AAP: Academia Americana de Pediatría • **AEP:** Asociación Española de Pediatría • **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **RV:** retención a la vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plotkin SL, Plotkin SA. A short History of Vaccination. En: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. 6.ª edición. Elsevier; 2013. p. 1-13.
2. Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. En: Organización de las Naciones Unidas [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.un.org/es/millenniumgoals
3. OMS, UNICEF, Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial. 3.ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
4. Chan M, Elias C, Fauci A, Lake A, Berkley S. Reaching everyone, everywhere with life-saving vaccines. Lancet. 2017;389:777-9.
5. Andre F, Booy R, Bock H, Clemens J, Datta S, John T, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008;86:140-6.

6. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bradamat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9:1763-73.
7. Gowda C, Dempsey AF. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9:1755-62.
8. Bedford H, Attwell K, Danchin M, Marshall H, Corben P, Leask J. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: the need for clarity in terminology. *Vaccine*. 2017. pii: S0264-410X(17)31070-8.
9. Aparicio Rodrigo M. Antivacunas: un reto para el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:107-10.
10. Dubé E. Addressing vaccine hesitancy: the crucial role of healthcare providers. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23:279-80.
11. Lozano Vicente A. Bioética infantil: principios, cuestiones y problemas. *Acta Bioethica*. 2017;23:151-60.
12. Gervas Camacho J, Segura Benedicto A, García-Onieva Artaco M. Ética y vacunas: más allá del acto clínico. En: de los Reyes López M, Sánchez Jacob M. *Bioética y Pediatría Proyectos de vida plena*. 1.ª edición. Madrid: Ergon; 2010. p. 229-36.
13. Gracia D. Bioética y Pediatría. En: de los Reyes López M, Sánchez Jacob M. *Bioética y Pediatría Proyectos de vida plena*. 1.ª edición. Madrid: Ergon; 2010. p. 29-39.
14. Larson H, Jarrett C, Eckersberger E, Smith D, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014;32:2150-9.
15. WHO SAGE working group on vaccine hesitancy. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf
16. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson H. Strategies for addressing vaccine hesitancy – a systematic review. *Vaccine*. 2015;33:4180-90.
17. WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy – a systematic review. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/3_SAGE_WG_Strategies_addressing_vaccine_hesitancy_2014.pdf
18. Regional Office for Europe. Best practice guidance. How to respond to vocal vaccine deniers in public. Second edition for pilot training. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/315761/Best-practice-guidance-respond-vocal-vaccine-deniers-public.pdf
19. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019. En: Ministero della Salute [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
20. A partir de 2018, les enfants de moins de deux ans devront être vaccinés contre 11 maladies. En: Ministère des Solidarités et de la Santé [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/a-partir-de-2018-les-enfants-de-moins-de-deux-ans-devront-etre-vaccines-contre>
21. Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile. Situația rujeolei în România la data de 25 08 2017. En: Institutul Național de Sănătate Publică [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en <http://cnsrbt.ro/index.php/informari-saptamanale/rujeola-1/740-situația-rujeolei-in-romania-la-data-de-25-08-2017/file>
22. Immunise -No Jab, No Pay- New Immunisation Requirements for Family Assistance Payments. En: Australian Government Department of Health [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en [www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/67D8681A67167949CA257E2E000EE07D/\\$File/No-Jab-No-Pay-FSheet.pdf](http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/67D8681A67167949CA257E2E000EE07D/$File/No-Jab-No-Pay-FSheet.pdf)
23. Servicio Andaluz de Salud. Modelo de acuerdo de gestión y resultados. Contrato Programa 2017. Distritos de Atención Primaria. En: Servicio Andaluz de Salud [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/674/pdf/cp_2017_dsap_modelo.pdf
24. Comité de Bioética de España. Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. En: Comité de Bioética de España [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf>

25. Alexander K, Lacy TA, Myers AL, Lantos JD. Should Pediatric practices have policies to not care for children with vaccine-hesitant parents? *Pediatrics*. 2016; 138:e20161597.
26. Riaño Galán I, Martínez González C, Sánchez Jacob M, Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79: 50e1-50e5.
27. Edwards KM, Hackell JM; Committee on Infectious Diseases, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Countering vaccine hesitancy. *Pediatrics*. 2016;138:e2016214.
28. O'Malley A, Swankoski K, Peikes D, Crosson J, Duda N, Day T, et al. Patient dismissal by Primary Care Practices. *JAMA Intern Med*. 2017;177:1048-50.
29. Larson H, Fleck F. Underlying issues are key to dispelling vaccine doubts. *Bull World Health Organ*. 2014; 92:84-5.
30. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines*. 2014;14:99-117.
31. Martínez-Diz S, Martínez Romero M, Fernández-Prada M, Cruz Piqueras M, Molina Ruano R, Fernández Sierra M. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80:370-8.
32. Schopenhauer A. El arte de tener razón. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
33. Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Vacunología, Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Posicionamiento de las sociedades científicas ante la decisión de la AEMPS de limitar al ámbito hospitalario el uso de la vacuna frente al meningococo B. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/Comunicado-AEP-AEV-SEMPSPH-vac-meningo-B.pdf>.
34. Limia Sánchez A, Navarro-Alonso JA, Salmerón García F. Immunisation against meningococcus B: the case of Spain. *Lancet*. 2014;383:217-8.
35. Álvarez-Dardet C. No a la vacuna contra el virus del papiloma humano. Es inútil y peligrosa. En: Salud, Nutrición y Bienestar [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.saludnutricionbienestar.com/peticion-virus-papiloma/ok.php?xc1=XSP1R507
36. Smith T. Vaccine Rejection and hesitancy: a review and call to action. *Open Forum Infect Dis*. 2017;4: ofx146.
37. Cincuenta cosas que el médico olvidó decirte. En: La liga para la libertad de vacunación [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.vacunacionlibre.org/nova/al-dia/cincuenta-cosas-que-el-medico-olvido-decirte-2/
38. Moran MB, Lucas M, Everhart K, Morgan A, Prickett E. What makes anti-vaccine websites persuasive? A content analysis of techniques used by anti-vaccine websites to engender anti-vaccine sentiment. *J Communication Healthcare*. 2016;9:151-63.
39. Piñeiro Pérez R, Hernández Martín D, Carro Rodríguez M, de la Parte Cancho M, Casado Verrier E, Galán Arévalo S, et al. Consulta de asesoramiento en vacunas: el encuentro es posible. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86: 314-20.
40. Constitución Española. BOE núm. 311, de 29/12/1978. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229
41. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17/01/1996. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069
42. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180, de 29/07/2015. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470&p=20151031&tn=1
43. De la Iglesia Monje MI. Examen de la jurisprudencia más reciente del principio general del interés del menor. Su progresiva evolución e importancia. *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*. 2014;90:2459-79.

44. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. En: Organización Médica Colegial de España [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.cgcom.es/codigo_deontologico/index.html
45. Comité Asesor de Vacunas de la AEP, Comité de Bioética de la AEP. Posicionamiento sobre una vacunación infantil responsable por parte de los padres o tutores. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/posicionamiento-vacunacion-responsable-cav_cbioetica.pdf
46. Comisión Central de Deontología de la OMC. La vacunación pediátrica. En: Organización Médica Colegial [en línea] [consultado el 13/02/2018]. Disponible en www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion_ccd_vacunacion_pediatrica_08_02_16.pdf
47. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr*. 2012;12:154-64.
48. Diekema D. Responding to parental refusals of immunization of children. *Pediatrics*. 2005;115:1428-31.
49. Diekema DS; Committee on Bioethics. Responding to parents who refuse immunization for their children. *Pediatrics*. 2013;131:e1696-e1696.
50. Diekema DS. Physician dismissal of families who refuse vaccination: an ethical assessment. *J Law Med Ethics*. 2015;43:654-60.
51. Block SL. The pediatrician's dilemma: refusing the refusers of infant vaccines. *J Law Med Ethics*. 2015;43:648-53.
52. Hough-Telford C, Kimberlin DW, Aban I. Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians. *Pediatrics*. 2016;138:e20162127.
53. McClure CC, Cataldi JR, O'Leary ST. Vaccine hesitancy: where we are and where we are going. *Clin Ther*. 2017;39:1550-62.
54. Campbell, SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am J Bioethics*. 2016;16:2-9.
55. Bruce CR, Miller SM, Zimmerman JL. A qualitative study exploring moral distress in the ICU team: The importance of unit functionality and intrateam dynamics. *Crit Care Med*. 2015;43:823-31.