



## **Acuerdo relativo al informe solicitado por la Oficina Prevención y lucha contra la corrupción en las Illes Balears (OAIB) en relación al informe razonado de las conclusiones del procedimiento de investigación I/DE/09/2022**

### **I. ANTECEDENTES**

1. El 13 de mayo de 2016 se aprobó, por Acuerdo de Consejo de Gobierno, el Código ético del Gobierno de las Illes Balears (publicado en el BOIB n.º 62/2016, de 17 de mayo), suscrito por las personas titulares de cargos públicos y personal eventual de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, como herramienta de mejora del funcionamiento institucional y, concretamente, de difusión de conductas públicas ejemplares en el marco del proceso de modernización de las administraciones públicas.
2. El 13 de mayo de 2016 se aprobó, por Acuerdo de Consejo de Gobierno, el Código ético del Gobierno de las Illes Balears (publicado al BOIB n.º 62/2016, de 17 de mayo), suscrito por las personas titulares de cargos públicos y personal eventual de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, como herramienta de mejora del funcionamiento institucional y, concretamente, de difusión de conductas públicas ejemplares en el marco del proceso de modernización de las administraciones públicas. (<https://www.caib.es/sites/codietic/es/composicia/>)
3. El 3 de marzo de 2017 se constituyó por primera vez la Comisión de Ética Pública.
4. El 29 de marzo de 2021 el Consejo de Gobierno aprobó modificar el apartado sexto del anexo I del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de mayo de 2016 por el cual se aprueba el Código ético del Gobierno de las Illes Balears. En virtud de esta modificación, la CEP resta actualmente adscrita a la Consellería de Transición Energética, Sectores Productivos y Memoria Democrática y es presidida por la persona titular de la dirección general competente en materia de transparencia.
5. El 11 de agosto de 2022, tuvo entrada en el registro de la Dirección General de Participación, Transparencia y Voluntariado y dirigido a la Comisión de Ética Pública (CEP), el informe razonado del expediente de investigación I/DE/09/2022 y sus anexos, enviado por la Oficina de prevención y lucha contra la corrupción de las Illes Balears (OAIB), y al cual se solicita, en el plazo máximo de tres meses, la emisión de un informe sobre las medidas adoptadas o, en su caso, los motivos que lo impiden actuar de acuerdo con las conclusiones formuladas al informe.



6. El mismo día 11 de agosto de 2022 se informa los miembros de la CEP de la entrada de esta solicitud, acordando reunirse a principios de septiembre para tratarla.
7. En la reunión de día 3 de septiembre de 2022, la CEP trató por primera vez este caso. Como resultado de un primer análisis superficial, el secretario de la CEP, el señor Benito Prósper Gutiérrez, manifestó que los hechos objeto de investigación por parte de la OAIB afectaban la unidad orgánica donde él tiene su plaza de funcionario y que tiene trato de amistad personal con algunas de las personas investigadas, por lo cual alegó conflicto de interés y expresó su voluntad de abstenerse de intervenir en el procedimiento. La CEP aceptó su abstención y acordó apartar al señor Prósper de las actuaciones y no volverlo a convocar hasta que no se haya resuelto el caso. En esta misma reunión se acordó solicitar la OAIB el acceso al expediente cumplido que ha motivado la petición de informe a la CEP.
8. El 13 de septiembre de 2022 se solicita a la OAIB que los miembros de la comisión puedan consultar el expediente I/DE/9/2022.
9. El 15 de septiembre de 2022 la OAIB remitió copia del expediente solicitado
10. El 19 de septiembre de 2022 se comunica los miembros de la CEP que la OAIB ha hecho llegar copia digital del expediente, que se encuentra en las oficinas de la Dirección General de Transparencia para suya consulta en sala.
11. El 11 de octubre de 2022 se accede a la consulta del expediente enviado y se hace llegar a los vocales de la CEP el índice del expediente. Atendido su volumen, se establece un periodo de consulta para que los miembros externos de la CEP puedan analizar a fondo la documentación y redactar un informe preliminar.
12. El 27 de diciembre de 2022, la CEP debatió un primer borrador de informe y después de introducir algunas matizaciones, aprobó por unanimidad de la Presidenta y de los vocales externos el informe definitivo.
13. El mismo 27 de diciembre 2022, la CEP se envió oficialmente el informe solicitado al director de la OAIB y se hace público su contenido en la web institucional.

## **II. EL EXPEDIENTE DE INVESTIGACIÓN I/DE/09/2022 DE LA OAIB: ANTECEDENTES, CONCLUSIONES Y PROPUESTA.**

La Comisión de Ética Pública ha tenido acceso al expediente administrativo I/DE/09/2022 que consta de 10 carpetas que contienen 142 documentos que suman un total de 1.045 páginas. La información está organizada distinguiendo entre



normativas y acuerdos específicos (carpeta 00), resolución de inicio del expediente (01), recursos de la abogacía (02), notificaciones de implicación individual (03), alegaciones (04 y 06), resolución y comunicación de los trámites de alegaciones (05), documentación del expediente I/DE/20/2021, trasladado al expediente I/DE/09/2022 (07), informe razonado (08), comunicaciones del informe razonado (09) y solicitud de acceso al expediente (10).

1. La Oficina de Prevención y Lucha contra la Corrupción de las Illes Balears (OAIB) hizo llegar el informe razonado derivado del expediente de investigación I/DE/09/2022 y sus anexos a la Comisión de Ética Pública (CEP) todo solicitante que la CEP llevara a cabo las actuaciones oportunas e informara en el plazo de tres meses el director de la OAIB de las medidas adoptadas o de los motivos que, si procede, lo impiden actuar de acuerdo con las conclusiones del informe.
2. **Antecedentes.-** El expediente I/DE/09/2022 deriva del expediente /DE/20/2021, que se archivó por caducidad del procedimiento antes de la redacción del informe razonado. Es importante distinguir entre uno y otro expediente porque las personas investigadas en uno y en la otra son diferentes.
3. De acuerdo con el informe razonado, el expediente I/DE/20/21 se inició a raíz de sucesivas denuncias que se presentaron ante la OAIB en las fechas 5 febrero 2021 (ENV/806/2021)<sup>1</sup>; 9 de marzo 2021 (ENV8/882/2021)<sup>2</sup>; 5 mayo 2021 (ENV/1063/2021)<sup>3</sup> y 15 de julio de 2021 (2021-E-RC-21)<sup>4</sup>, aunque de acuerdo con «Resolución de caducidad y archivo de las actuaciones de investigación» esta última denuncia no se menciona y sí consta en cambio la denuncia 2021-E-RC-71 de 24 de agosto a las cuales -según el expediente I/DE/20/2021-se fueron sumando «otras 12 denuncias que se han ido acumulando como ampliación de información al expediente I/DE/20/2021 ».
4. De acuerdo con las denuncias, el objeto de investigación del expediente inicial I/DE/20/2021 «es el posible incumplimiento de la orden de prelación de

---

1 Escrito al cual se solicitó investigar si se ha producido un posible incumplimiento del protocolo de vacunación atendidas las declaraciones en rueda de prensa de una regidora municipal confirmando su vacunación.

2 Escrito al cual se insta al director de la Oficina el inicio de actuaciones de investigación en relación con posibles irregularidades en la aplicación del protocolo de vacunación contra la COVID-19 por parte de cargos públicos de las Illes Balears.

3 Escrito de denuncia anónima donde se pone de manifiesto el posible incumplimiento del protocolo de vacunación contra la COVID-19 por parte de determinado personal de un hospital ubicado en las Illes Balears.

4 Escrit al qual es sol·licita l'inici d'actuacions per possibles delictes de suborn i tràfic d'influències de determinades persones en relació amb l'incumpliment dels protocols de vacunació.



- vacunación para determinadas personas de acuerdo con el protocolo de vacunación contra la COVID19, el abuso de poder, el mal uso de recursos públicos y la falta de transparencia, en un momento de gran alarma social»<sup>5</sup>
5. Tanto en el expediente I/DE/20/2021 como en el expediente I/DE/09/2022, la OAIB ha llevado a cabo todos los trámites reglamentarios, incluidos los trámites de alegación y audiencia de los interesados. La tarea de investigación realizada por el Área de Investigación e inspección de la OAIB se ha extendido desde el 12 de marzo de 2021 hasta el 25 de noviembre de 2021 y ha permitido incorporar al expediente inicial información complementaria relativa a los altos cargos vacunados desde la fecha de inicio de la campaña de vacunación (27/12/2020) hasta el 02/03/2021, así como otros datos relativos a las personas denunciadas, como por ejemplo grupo al cual pertenecían respecto del protocolo de vacunación, tipo de contrato, puesto de trabajo y funciones laborales propias de estos etc.
  6. El expediente inicial I/DE/20/2021 tuvo como objeto de investigación el incumplimiento de la orden de prelación de vacunación establecido a la Estrategia y el Protocolo de vacunación contra la COVID-19, el abuso de poder, el mal uso de recursos públicos y la falta de transparencia por parte de determinados altos cargos del Gobierno. En estos expediente constaban como investigadas personas que ocupaban determinados lugares relevantes dentro del organigrama del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT), como ahora gerentes de hospitales, directores médicos y otras personas integrantes de los equipos de dirección y gestión del ámbito sanitario.
  7. Una parte de las personas investigadas presentaron sus alegaciones ante la OAIB usando como principal línea de defensa el argumento que cumplieron órdenes de la Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) que los incluía en un grupo determinado, por lo cual la OAIB archivó las actuaciones contra estas personas, que quedaron de esta forma –siempre a criterio de la OAIB- exentas de responsabilidad. Otro grupo de personas fueron excluidas de la investigación cuando se comprobó que se vacunaron en el momento adecuado de acuerdo con el grupo de vacunación que se los correspondía. En fecha 15 febrero 2022 la jefa de área de investigación e inspección, en funciones de directora adjunta, firmó la resolución de caducidad y archivo de las actuaciones de investigación del expediente I/DE/20/2021.
  8. El 22 de febrero de 2022, la jefa de área de Investigación e inspección, directora adjunta en funciones de la OAIB, inició un nuevo expediente I/DE/09/2022 para tratar aspectos no prescritos relativos al expediente

---

5 Informe razonado , p.1



anterior. No obstante, el expediente I/DE/09/2022 incorporó los actos y trámites del expediente I/DE/20/2021 que se habrían mantenido igual si no se hubiera producido su caducidad.

9. El nuevo expediente I/DE/09/2022 centra su investigación exclusivamente en las actuaciones de la persona que ocupaba el cargo de [cargo] en el momento de los hechos, por presuntas irregularidades en la aplicación de la estrategia de vacunación de las cuales podrían haber derivado trato de privilegio o ventaja injustificada a determinados funcionarios, cargos públicos o altos cargos que pudieran avanzar su fecha de vacunación. Dentro de este expediente consta la notificación, de fecha 28 de abril de 2022, al alto cargo afectado por la resolución de la directora adjunta en funciones de la OAIB y a la abogacía de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears que actúa en representación y defensa del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT). Las alegaciones del alto cargo afectado se registraron día 12 de marzo de 2022 y día 14 de junio de 2022; igualmente, las del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) como entidad jurídica.
10. **Conclusiones.** La OAIB, en el ejercicio de sus funciones inspectoras e investigadoras, reguladas a la Ley 6/2016, de 9 de diciembre, de creación de la Oficina de Prevención y Lucha contra la Corrupción en las Illes Balears, ha llevado a cabo las actuaciones necesarias para averiguar la fundamentación de las denuncias presentadas y ha finalizado los expedientes de acuerdo con el que dispone la legislación: en el primer caso, dado que se ha desprendido que las denuncias no tenían ningún cimiento, archivando el expediente (arte. 14.6) y, en el caso del segundo expediente, emitiendo un informe razonado sobre las conclusiones de las investigaciones realizadas. De este informe razonado se desprende que la OAIB no ha encontrado indicios que evidencien la comisión de infracciones disciplinarias ni hechos presumiblemente delictivos, lo cual hubiera dado lugar al traslado del expediente al ministerio fiscal, a la autoridad judicial o, si fuera el caso, a la Sindicatura de Cuentas (arte. 16). El informe razonado reitera *«que de los resultados de su investigación se considera que el [alto cargo] posiblemente ha podido incumplir el Código Ético de la CAIB aprobado mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de mayo de 2016 (BOIB n.º 62, de 17 de mayo de 2016) y modificado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de marzo de 2021 (BOIB n.º 43 de 30 de marzo de 2021), por el posible incumplimiento de la Estrategia de vacunación, tal como se informó a la resolución del trámite de alegaciones»*.
11. La OAIB ha señalado la posible vulneración del Código Ético tanto en la resolución de la comunicación del inicio del trámite de alegaciones como en la



comunicación de la posible implicación individual en los hechos realizada al [alto cargo] en virtud del arte. 12 de la Ley 16/2016. En concreto, ha señalado como posibles puntos incumplidos los apartados cuarto y quinto del Código Ético. Igualmente, la OAIB se ha adherido a las conclusiones del Acuerdo 2/2021 de la Comisión de Ética Pública de 6 de julio de 2021.

12. **Propuesta.** Propuesta. A su informe razonado la OAIB propone, entre otros, comunicar el informe a la Comisión de Ética Pública para que, si procede, lleve a cabo las actuaciones oportunas y, como ya se ha dicho, «informe en el plazo de tres meses el director de la OAIB de las medidas adoptadas o de los motivos que, si procede, lo impiden actuar de acuerdo con las conclusiones del informe». ».

### III. DE LAS CONCLUSIONES DEL INFORME RAZONADO Y DE LA POSIBLE VULNERACIÓN DEL CÓDIGO ÉTICO

El informe razonado extrae tres conclusiones:

**Primera.** «Las actuaciones de investigación sobre determinadas personas a raíz de las denuncias presentadas en esta Oficina por posible adelanto injustificado en su turno de vacunación fueron archivadas por esta Oficina porque demostraron que, o bien no lo hicieron por propia decisión sino que recibieron instrucciones de la dirección general del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT), o bien en algunos casos pertenecían al grupo de vacunación correspondiente y fueron vacunados en su turno.»

**Segunda.** «Las instrucciones dadas por el [alto cargo] no se ajustaron a los términos establecidos a la Estrategia de vacunación vigente a la fecha de los hechos denunciados (actualización 1 de fecha 18 de diciembre de 2020), el que supuso un adelanto en la vacunación de determinadas personas en el Grupo 2, cuando no cumplían los requisitos pertinentes de acuerdo con la Estrategia de vacunación vigente. En el análisis de las alegaciones del [alto cargo] efectuadas en el apartado de CONSIDERACIONES se fundamenta esta conclusión.»

**Tercera.** «Con la actuación del [alto cargo] a raíz de las decisiones e instrucciones dadas con posible inobservancia de la Estrategia de vacunación se puede haber producido la vulneración del Código Ético del Gobierno de las Illes Balears, al cual se adhirió y firmar [alto cargo]. La posible vulneración del Código Ético se tiene que comunicar a la Comisión de Ética Pública de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, por lo cual se le remitirá el presente informe con el fin de que si lo estima aviniendo lleve a cabo las actuaciones oportunas. En el apartado de las alegaciones



del [alto cargo] efectuadas en el apartado de CONSIDERACIONES se fundamenta este posible incumplimiento del Código Ético».

Son estas conclusiones del informe razonado las que la OAIB comunica a la Comisión de Ética Pública para que informe si ha producido una vulneración del Código Ético por parte de lo [alto cargo], atendidas las instrucciones que dio presumiblemente no ajustadas al establecido en la Estrategia de vacunación vigente en la fecha de los hechos denunciados (18 diciembre 2020).

El examen de las conclusiones tiene que hacerse desde una triple vertiente. En primer lugar, situando los hechos ocurridos dentro del marco temporal en el cual tiene sentido analizar si las conductas observadas supusieron un incumplimiento o alteración de la Estrategia de Vacunación vigente y en el marco ético definido por la propia Estrategia de Vacunación; en segundo lugar, analizando las alegaciones presentadas por las personas investigadas, en la medida que aportan argumentos y razonamientos que pueden ayudar a explicar sus actuaciones y conductas y, en tercer lugar, comparando estas actuaciones y conductas debidamente contextualizadas y justificadas con el que dispone el Código Ético.

### **3.1. Marco temporal de los hechos y marco ético definido por la Estrategia de Vacunación**

El expediente inicial I/DE/20/2021, recordémoslo, se abre a raíz de una primera denuncia presentada el 5 de febrero de 2021 a la cual siguen otras que se acumulan hasta el verano de 2021, siempre referidas pero al incumplimiento de los protocolos de vacunación establecidos a la Estrategia de Vacunación aprobada por el Ministerio. Hay que revisar pues que decía la Estrategia de Vacunación y cuáles de sus actualizaciones habían sido aprobadas en el momento de producirse los hechos denunciados.

#### **3.1.1. Marco temporal.**

La Estrategia de Vacunación fue aprobada el 2 de diciembre de 2020 por parte del Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunación, dependiendo del Ministerio de Sanidad<sup>6</sup>. Un primer aspecto relevante de la Estrategia es su definición como «una estrategia viva, flexible y adaptable» el que significa que tenía que ir incorporando el conocimiento técnico y científico a medida que este conocimiento extendido disponible, esto es el que explica

---

<sup>6</sup> Esta Ponencia de Vacunas se creó el 18/12/1991 por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de estudiar la situación de las enfermedades susceptibles de vacunación, así como de la formulación y seguimiento de las medidas destinadas a su prevención y control.



que entre el 2 de diciembre de 2020 y el 8 de febrero de 2022, se aprobaron hasta once actualizaciones de esta Estrategia de acuerdo con el siguiente calendario:

Estrategia de vacunación ante COVID-19 en España Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	2 de diciembre 2020
Actualització 1	18 de diciembre 2020
Actualització 2	21 de enero 2021
Actualització 3	9 de febrero de 2021
Actualització 4	26 de febrero de 2021
Actualització 5	30 marzo de 2021
Actualització 6	20 abril de 2021
Actualització 7	11 mayo de 2021
Actualització 8	22 junio de 2021
Actualització 9	2 de noviembre de 2021
Actualització 10	27 de diciembre de 2021
Actualització 11	8 de febrero de 2022

Font: Ministerio de Sanidad <https://www.vacunacovid.gob.es/enlaces-y-documentos>

Las sucesivas actualizaciones fueron perfilando la priorización de los distintos grupos de población atendiendo la situación epidemiológica, los resultados de la revisión de información sobre las vacunas en evaluación de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la disponibilidad de dosis de las vacunas autorizadas y la experiencia de su utilización en los ensayos clínicos y en la población.

En España, la aprobación el 2 de diciembre de 2020 de la Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19 se producía en un contexto de oleadas crecientes de la curva epidémica de forma que, a finales del año 2020, la epidemia de COVID-19 había dibujado claramente tres periodos: una primera oleada epidémica que logró el punto máximo el 26 de marzo, con 9.413 nuevos casos diagnosticados aquel día; un periodo intermedio, de meseta, con unos 430 casos nuevos diarios; y un tercer periodo desde el 27 de junio en que se inició un incremento sostenido de casos que situó España el 10 de noviembre en 1.398.613 casos confirmados y 39.756 muertos. Las denuncias presentadas ante la OAIB se refieren todas ellas en el tercer periodo. Cuando se aprobó la Estrategia de Vacunación, la preocupación y la alerta eran máximas. El 10 de diciembre de 2020 comparecía el Ministro de Sanidad para explicar la Estrategia de Vacunación aprobada el día 2 del mencionado mes y definía el momento como «crítico» y dibujaba como «gran horizonte de esperanza» la llegada de las vacunas<sup>7</sup>. La Estrategia de Vacunación se definió como «una estrategia única para toda España que pretende, mediante la vacunación, reducir la carga de enfermedad y mortalidad asociada a la COVID-19, protegiendo los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta

<sup>7</sup> [COMPA101220125118195.pdf \(sanidad.gob.es\)](https://www.compa101220125118195.pdf)



el contexto en el que nos encontramos de disponibilidad progresiva de vacunas». La Estrategia se diseñaba a través de cuatro líneas de trabajo: «1) establecer quién tiene que vacunarse en primer lugar y como conseguir una distribución equitativa protegiendo los más vulnerables; 2) preparar los sistemas logístico para la distribución de unas vacunas con unas exigencias técnicas de transporte y almacenamiento muy superiores a las vacunas habituales; 3) desarrollar los sistemas para poder evaluar de forma diaria, continúa y rigurosa dos aspectos claves de la Estrategia: la cobertura vacunal [...] y la seguridad y la efectividad de las vacunas [...]; 4. preparar los aspectos clave de la comunicación dirigida al personal sanitario y en la población general para, en definitiva, lograr una alta cobertura».

El marco temporal en el cual se aprobó la Estrategia de Vacunación permitió incorporar al texto un análisis de la situación epidemiológica de España. La situación de inmunidad de la población frente la COVID-19 fue determinada a partir de un estudio de seroprevalencia (ENE- COVID) en tres rondas (27/04-11/05, 18/05-01/06 y 08/06-22/06), incluyendo 68.296 participantes. En la ronda 3 (julio 2020), Baleares, con un 1.4%, era la segunda provincia después de Cádiz (1.2%) con el porcentaje más bajo en anticuerpos IgG anti SARS-CoV- 2<sup>8</sup>, lo cual significa que Balears era una de las provincias donde la incidencia del COVID-19 podía ser mayor atendida la situación de inmunidad de la población. Entendemos que este contexto es relevante para entender que los responsables del despliegue del proceso de vacunación extremaran las precauciones porque este se llevara a cabo de la forma más eficaz, eficiente y rápida posible.

El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas trabajaron desde septiembre de 2020 en un Plan de Vacunación mediante la creación de un Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19 del cual formaron parte: ocho miembros de la ponencia de vacunas del Consejo Interterritorial; expertos en bioética, sociología y metodología; especialistas de tres sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Asociación Española de Vacunología y la Asociación Española de Enfermería y Vacunas) así como a técnicos del Instituto de Salud Carlos III, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y de las áreas de Salud Laboral y de Programas de Vacunación del Ministerio de Sanidad. El Grupo Técnico fue pues bastante ancho como para poder contemplar todos los aspectos científicos y técnicos teniendo en cuenta, además, que la Estrategia tenía la intención de ser

---

<sup>8</sup> La ciudad autónoma de Ceuta presentaba el porcentaje más bajo de población con anticuerpos, con un 0.3%



enriquecida con las aportaciones de setenta sociedades científicas, colegios profesionales y principales asociaciones de pacientes de España .

### 3.1.2. Marc ético definido por la Estrategia

Un segundo aspecto relevante es que la Estrategia desarrolló en su apartado 3.4 (Marc ético. Principios y valores que rigen la evaluación de los grupos de población a priorizar) un marco ético propio a partir del cual definir la composición de los grupos de población a los cuales asignar los recursos sanitarios disponibles en un contexto, como hemos visto, de aumento creciente de los contagios, de escasez de vacunas disponibles y de una situación epidemiológica diferenciada según las provincias. El marco ético se definió atendiendo los acuerdos y tratados internacionales ratificados por España, la legislación europea y el propio marco jurídico español en materia de derechos humanos, bioética y distribución y priorización de los recursos sanitarios<sup>9</sup>.

El ordenamiento jurídico español ([Ley 16/2003](#), de 28 de mayo) adopta un modelo mixto para la distribución y priorización de los recursos sanitarios, de forma que «partiendo del principio de igualdad, completa esta visión con los principios de equidad y de protección frente a la vulnerabilidad, así como con los principios de eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas» [E.V. página 49]. Por este motivo, también la Estrategia de Vacunación adopta un modelo mixto para la priorización de la vacunación y define siete principios que tienen que modularse entre sí para conseguir los objetivos previstos. Estos principios, por orden preferente, son: 1. Igualdad en dignidad y derechos, 2. Necesidad, 3. Equidad, 4. Protección de las personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad; 5. Interés superior del menor; 6. Beneficio social y 7. Reciprocidad [E.V. página 49].

De estos siete principios y valores merecen destacarse especialmente tres, en la medida que pueden ayudar, como veremos, a comprender algunos de los argumentos expuestos en las alegaciones presentadas por las personas investigadas y sin los cuales resulta más difícil comprender las decisiones que se tomaron. Estos tres principios (3, 6, y 7) son identificados por la Estrategia de Vacunación como los aplicables al personal sanitario y sociosanitario, así como el personal que lleva a cabo actividades laborales esenciales (vea Tabla 3.2. de la Estrategia de Vacunación página 70). Destacamos, en primer lugar, el principio de equidad, sobre el cual leemos a la Estrategia de Vacunación :

---

<sup>9</sup> Declaración de los Derecho Humanos, Convenio Europeo de los Derechos Humanos, Carta de Derechos Fundamentales de la UE; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Convenio relativo a los derechos humanos y la Biomedicina; principios constitucionales CE/1978; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud; Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia, principalmente.



«**3. Equidad:** exige tener en cuenta en la priorización de la vacunación las vulnerabilidades, las desigualdades, los riesgos y las necesidades de los grupos que, a causa de factores sociales, geográficos o biomédicos subyacentes, corren riesgo de sufrir peores consecuencias por la pandemia. También incluye garantizar la igualdad en el acceso de la población a las vacunas COVID-19, en particular poblaciones socialmente desfavorecidas. *Este principio establece que, en muchos casos, puede ser más justo dar preferencia a los grupos de más vulnerabilidad. Este principio, junto con el de reciprocidad que se expone más adelante, también sustenta la priorización de aquellos que, en beneficio de terceros, exponen más intensamente la salud*» [la cursiva es nuestra E.V. 49]

En segundo lugar, destacamos el principio seis del beneficio social, sobre el cual leemos:

«**6. Beneficio social:** incluye la obligación de proteger y promover la salud pública y el bienestar socioeconómico en corto y largo plazo, como uno de los principales determinantes de salud. *Esto incluye considerar la capacidad de cada grupo de población para desarrollar acciones que impacten en la reducción de la mortalidad y la morbilidad por COVID-19, minimizar el impacto social y económico y asegurar el funcionamiento continuo de los servicios esenciales, incluidos los servicios de salud. El principio incluye maximizar los beneficios y minimizar las complicaciones (o efectos adversos) para la población. Para evitar conflictos entre el beneficio para el individuo y para la población, busca un equilibrio que permita conseguir el máximo beneficio para los dos.* El primer principio de la bioética “Primero no hacer daño” (primum non nocere) orienta la aplicación del principio de beneficio social en la medida que el interés colectivo encuentra como límite sustancial y primario el que el individuo no sufra un daño en su integridad ». [la cursiva es nuestra. E.V. 49]

Este sexto principio del beneficio social antepone el interés colectivo sobre el interés particular, buscando pero un equilibrio entre ambos para lo cual remite al mencionado primer principio de la bioética “primum non nocere”. En virtud de este principio, la obligación de los servidores públicos del ámbito sanitario es proteger la salud pública por encima de cualquier otra cosa, sin que el beneficio social de las medidas adoptadas comporte daños en la integridad de individuos particulares. La protección de la salud pública en el contexto de la COVID-19 significaba , en primer



lugar y en virtud de los principios anteriores, proteger los más vulnerables desde el punto de vista de los riesgos y las necesidades de los distintos grupos de población que la propia Estrategia de Vacunación establecía y, segundamente, asegurar el funcionamiento continuo de los servicios esenciales para la salud, porque sin un adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios difícilmente podía conseguirse la protección al más vulnerables.

Finalmente, y en tercer lugar, destacamos el principio de reciprocidad, sobre el cual leemos:

«**7. Reciprocidad:** Supone proteger especialmente los que soportan importantes riesgos y cargas adicionales por la COVID-19 para estar dedicados a salvaguardar el bienestar de los otros, incluida la salud. *Este principio justifica el acceso prioritario a los recursos escasos por parte de las personas que arriesgan la propia salud o vida para combatir la pandemia.* » [la cursiva es nuestra. E.V. 49]

No hay duda que este séptimo principio constituyó un elemento esencial en la definición de los grupos prioritarios de vacunación, porque permitió distinguir entre el personal sanitario y sociosanitario que trabaja en primera línea atendiendo a personas vulnerables, del resto del personal sanitario y sociosanitario y justificó el acceso prioritario a las vacunas de las personas que arriesgan su propia salud para cuidar la de los otros.

Paralelamente a estos principios que podríamos denominar sustantivos, la Estrategia de Vacunación definió un conjunto de principios podríamos decir procedimentales, que tenían que contribuir a facilitar la toma de decisiones en la hora de establecer la priorización. Estos principios procedimentales fueron: participación; información y educación; transparencia y rendición de cuentas. La finalidad de estos principios procedimentales era lógicamente conseguir concienciar la población de la importancia de la vacunación, justificar los criterios de priorización en el acceso a las vacunas mientras su disponibilidad fuera insuficiente para atender toda la población y ser capaz de transmitir a la ciudadanía lo por qué de los cambios en las prioridades de vacunación, el por qué de la selección de determinadas vacunas para determinados grupos de población y rendir cuentas de los resultados conseguidos como consecuencia de la priorización adoptada. Estos principios procedimentales son considerados en la Estrategia de Vacunación coma básicos para «conseguir la confianza de los ciudadanos» y evitar los perniciosos efectos que la desinformación



genera entre la población, incluida la población sanitaria, suscitando recelos y desconfianza.

### 3.1.3. Grupos de población y criterios para valorar de su priorización

La Estrategia de Vacunación definió 15 grupos de población<sup>10</sup> y cuatro criterios de riesgo para valorar su priorización: a) riesgo de morbilidad grave y mortalidad; b) riesgo de exposición; c) riesgo de impacto económico y d) riesgo de transmisión, además de los criterios de factibilidad y aceptación<sup>11</sup>, que, como veremos, tuvieron una especial relevancia. La Estrategia explicaba que a medida que se tuviera mayor información sobre la seguridad y eficacia de las distintas vacunas sobre grupos de población específicos (población infantil, embarazadas, personas mayores, inmunodeprimidas, con patologías crónicas, etc.), la Estrategia iría modificando la priorización de los grupos, por lo cual la priorización restaba abierta y sujeta a actualización.

En base a estos criterios y a la información disponible sobre las características de las vacunas en el momento de aprobación de la Estrategia se priorizaron inicialmente cuatro grupos de población para ser vacunados en una **primera etapa** en la cual el suministro de vacunas era muy limitado:

1. Los residentes y personal sanitario y sociosanitario en residencias de gente mayor y con discapacidad.

---

10 Personal sanitario y sociosanitario, personas residentes en centros de mayores, población general mayor de 64 años, personas con gran discapacidad, personas con condiciones de riesgo, personas que viven o trabajan en comunidades o entornos cerrados, personas pertenecientes en poblaciones vulnerables por su situación económica, personas con trabajos esenciales, personal docente, población infantil, población adolescente y joven (mayores de 16 años), población adulta, población de áreas de alta incidencia y/o situación de brotes, embarazadas y madres que proporcionan lactancia natural, población seropositiva a SARS-CoV-2.

11 En la definición de estrategias cobran una especial relevancia los criterios de factibilidad y de aceptación. Los criterios de factibilidad «intentan analizar el funcionamiento de la estrategia en la práctica, tratando de conocer las posibilidades de implantación, la disponibilidad de recursos y capacidades necesarios o la adecuación del horizonte temporal de los cambios previstos», en este contexto significa la «facilidad para identificar las personas de un determinado grupo de población para citarlas y ofrecerles la vacunación» (Estrategia de Vacunación p. 52). Por su parte, los criterios de aceptación tratan de medir si las consecuencias de adoptar una determinada estrategia son o no aceptables por los distintos grupos participantes. En general, para cualquier grupo, se estima que una estrategia acontece aceptable cuando se espera que permita mejorar la situación actual, en el sentido de generar beneficios que superen el coste de la implantación estratégica en relación a los propios intereses del grupo (Guerras Martín, L.A; Navas López, J.E. *Avaluació i selecció d'estratègies*. Universitat Oberta de Catalunya-UOC- PID\_00144802)



2. El personal sanitario de primera línea, si fuera necesario se priorizará la vacunación a partir de los 50 años o con condiciones de riesgo que trabajen en áreas COVID y en atención primaria.

3. Otro personal sanitario y sociosanitario

4. Personas con discapacidad que requieren de intensas medidas de apoyo para desarrollar su vida (grandes dependientes no institucionalizados)

Mientras que el resto de grupos se irían incorporando en las siguientes etapas de manera progresiva y a medida que fueran llegando dosis que incrementaran la disponibilidad, así como la información sobre las características finales de las vacunas y su inmunidad. Es importante destacar que la Estrategia de Vacunación define el proceso de priorización como un proceso flexible, sujeto a la necesaria adaptación en función de la información científica y técnica, y del calendario final de autorización y disponibilidad de dosis.

La Estrategia de Vacunación preveía usar modelos matemáticos para ayudar a la toma de decisiones, que tenían que valorar el impacto de estas decisiones sobre la salud y en la epidemiología de COVID-19 y el impacto económico y social, considerando cuestiones como el impacto de las distintas estrategias en la protección de los servicios esenciales, o -desde una perspectiva social- el coste-efectividad de cada infección evitada.

De manera muy relevante por el caso que nos ocupa la Estrategia de Vacunación especificaba literalmente:

«Cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas, en ejercicio de sus competencias en materia de vacunación, serán las responsables de desarrollar todas las acciones que sean necesarias para el desarrollo de la Estrategia en sus respectivos territorios de forma coordinada con el resto de CCAA y el Ministerio de Sanidad.» [p.16]

lo cual reconoce la posibilidad de llevar a cabo acciones específicas que garanticen el desarrollo efectivo y el logro de los objetivos fijados a la Estrategia en territorios y escenarios específicos.

### **3.1.4. Etapas de priorización y actualizaciones de la Estrategia**

La Estrategia definió tres etapas de priorización en función de la disponibilidad de las dosis esperables en el momento de aprobación de la Estrategia (02/12/2020). Las tres etapas definidas fueron:



**primera etapa**, caracterizada por un suministro inicial muy limitado de dosis de vacunas, unas condiciones de almacenamiento y suministro específico (cadenas de frío) que obligaba, en consecuencia, a adoptar una estrategia de vacunación centrada en grupos altamente prioritarios y a seleccionar puntos específicos de vacunación. Se calculaba que alcanzaría de **enero a marzo** aproximadamente

**segunda etapa**, se estimaba que se produciría un progresivo aumento de vacunas, con el consecuente aumento del número de personas a vacunar y se mejorarían las condiciones de almacenamiento y distribución, por lo cual podrían ampliarse los puntos de vacunación. Se preveía que esta segunda etapa se extendiera hasta mayo/junio

**tercera etapa**, prevista a partir del verano, donde se preveía disponer de un número de vacunas suficientes como para poder vacunar todos los grupos prioritarios, cubrir la demanda y aprovechar las redes de suministro habituales para distribuir las vacunas.

Durante la primera etapa, entre diciembre y marzo, la Estrategia de Vacunación fue actualizada cinco veces, el que indica que los cambios se sucedieron a un ritmo bastante importando cómo para obligar a actualizar la estrategia cada 15/20 días.

Cuando se denunciaron los hechos que dieron lugar al inicio del expediente I/DE/20/2021 era vigente la actualización 1 de la Estrategia de Vacunación.

**La Actualización 1** fue aprobada día 18 de diciembre de 2020, solo dieciséis días después de aprobar la Estrategia de Vacunación y tendría una vigencia de 34 días, dado que la Actualización 2 se aprobó el 21 de enero de 2021.

La primera actualización permitió definir con mayor precisión qué personas integraban cada uno de los 4 grupos establecidos a la Estrategia de Vacunación y la orden de prioridad entre ellos.

Así, el **Grupo 1** fue declarado de máxima prioridad y lo integraban residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabajaba a residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes.

Dentro del grupo de residentes institucionalizados (residentes en centros de personas mayores y de atención a grandes dependientes) se incluyeron también las personas vulnerables o con gran dependencia que acudían en centros de día, siempre que estos estuvieran vinculados a residencia de mayores (compartiendo actividades/personal). Como personal sanitario y sociosanitario se entendían todos los trabajadores de estos centros, incluidos aquellos que no prestaban servicios



sanitarios, como por ejemplo el personal administrativo, limpieza, cocina etc. y las personas que trabajan en centros de día vinculados a centros de mayores.

El **Grupo 2**. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario, estaba integrado por el personal que tenía un mayor riesgo de exposición para llevar a cabo actividades que exigían la atención directa a pacientes con COVID (contacto estrecho y un mayor tiempo de exposición), así como para tener mayor probabilidad de contacto con una persona con infección por SARS-CoV-2. El grupo 2 estaba también priorizado por los principios de beneficio social y reciprocidad que hemos comentado en su punto 3.1.2. La actualización 1 define hasta nueve entornos donde el personal en el ámbito sanitario trabaja de cara en el paciente y especifica que estos entornos incluyen el personal que lleva a cabo funciones distintas en la prestación de servicios sanitarios, como por ejemplo, personal administrativo, limpieza, voluntariado, estudiantes etc.<sup>12</sup>

El **Grupo 3**. Otro personal sanitario o sociosanitario agrupa las personas no consideradas de primera línea que trabajan en centros y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, pero restringiendo el agrupamiento, en esta primera etapa, específicamente a las personas que tienen mayor riesgo de exposición y transmisión. Las personas incluidas en este grupo que no se vacunen en esta primera etapa tendrán que ser consideradas personal esencial de primera línea u otro personal esencial en las etapas siguientes.

El **Grupo 4**. Personas consideradas como grandes dependientes (grado III) incluye aquellas ya reconocidas con nivel de dependencia grado III de acuerdo con la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre); las que han solicitado el reconocimiento y las que, sin haberlo solicitado, acrediten médicamente enfermedades que requieran intensas medidas de apoyo por el desarrollo de su vida, tanto institucionalizadas como no institucionalizadas. En este sentido la actualización 1 precisa que «el momento de vacunación se realizará tanto presto como sea posible, teniendo en cuenta las características de conservación y utilización de la vacuna

---

12 Entornos: 1. Unidades, consultas o circuitos COVID; 2. Puertas de entrada de pacientes agudos a los servicios de salud (servicios de admisión, urgencias, emergencias, atención primaria, servicios de prevención de riesgos laborales, instituciones penitenciarias y cualquier especialidad que reciba pacientes agudos). También personal d´unidades móviles d´atención directa a pacientes COVID-19; 3. Transporte sanitario urgente; 4. Servicios de cuidados intensivos u otras unidades que asuman estas funciones en caso necesario; 5. Cualquier servicio de cura no intensiva donde se realicen procedimientos que puedan generar aerosoles; 6. Servicios y unidades con pacientes de alto riesgo (oncología, hematología, etc.); 7. Servicios centrales donde se toman y manipulan muestras que potencialmente pueden contener virus viables; 8. Personal sanitario de salud pública que trabaja en la gestión directa de la pandemia y en función del riesgo de exposición; 9. Personal de los equipos de vacunación, incluyendo aquellas personas de salud laboral y medicina preventiva que participarán en la administración de las vacunas ante el COVID-19. .



disponible . Las personas que ejercen un trabajo de atención en estas personas con gran dependencia en sus hogares se vacunarán en la misma visita que las personas a las cuales asisten, si no se han vacunado antes.»

La Actualización 1 de la Estrategia recordaba que en aquellos momentos se disponía todavía de poca información sobre algunos aspectos como la posibilidad de reinfección, la respuesta inmune de memoria después de la infección, el riesgo de transmisión o la duración de la inmunidad después de la infección natural, pero insistía en la necesidad de lograr la inmunidad de grupo como única alternativa para superar en un tiempo razonable la pandemia y evitar su propagación. Finalmente, la Actualización 1 recordaba el carácter voluntario de la vacunación, salvo aquellas medidas que la Administración pública hubiera acordado en cumplimiento de la [Ley Orgánica 3/1986](#), de 14 de abril, de Medios especiales en materia de Salud Pública.

La referencia en esta Ley Orgánica 3/1986 es especialmente relevante en la medida que reconoce, como no puede ser de jefa otra manera, que con el fin de controlar las enfermedades transmisibles las autoridades sanitarias tienen la capacidad de adoptar las medidas oportunas por el control de los enfermos, de las personas que hayan estado en contacto con ellos y en el medio ambiente inmediato, así como las necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible (arte. 3).

Así pues, los hechos denunciados se enmarcan en un contexto temporal caracterizado, por un lado, por muchas incertidumbres, un aumento creciente de los contagios, de ingresos hospitalarios y de aumento de la mortalidad, y, por la otra, por una disponibilidad de vacunas muy reducida, el transporte, la distribución, almacenamiento y suministro de las cuales restaba sujeto a unas condiciones de manipulación específicas, no siempre disponibles en todos los potenciales puntos de vacunación. Estas condiciones comportaban, por ejemplo, la necesidad del mantenimiento de una cadena de frío que requería congeladores a temperaturas entre -60 °C y -80 °C por el transporte, recargable cada cinco días con hielo seco; traslado a heleros de entre 2° y 8 °C después de 15 días; necesidad de emplear las vacunas descongeladas en los 5 días siguientes; apertura de las cajas térmicas no más de 2 veces en el día; reconstitución de las vacunas en un máximo de 2h después de su descongelación si no se pueden mantener entre 2° y 8 °C y una administración que requería la reconstitución de los viales multidosis con un diluyente que exigía la administración de las 5 dosis resultantes en un plazo máximo de 6h después de la reconstitución, transcurridas las cuales las dosis no empleadas tenían que rechazarse.<sup>13</sup>

---

13 Ver Tabla 4.1. de la Estrategia de Vacunación, p. 87



Es obvio que el procedimiento de distribución, almacenamiento, manipulación y administración de las vacunas disponibles en la primera etapa de la pandemia obligaba a disponer de una capacidad logística difícilmente imaginable, y a un control y supervisión de toda la cadena de vacunación con capacidad para gestionar cualquier de los imprevistos que fueron surgiendo. La propia adscripción de personas a los grupos de vacunación preferente tuvieron que resolver situaciones de facto como por ejemplo que algunas de las personas que figuraban a la lista de vacunación de las residencias no se encontraran físicamente allá o que los profesionales citados no acudieron a la cita (cambio de turno, día libre)... El hecho que las dosis reconstituidas no se pudieran transportar obligó en algunas situaciones a decidir si se aprovechaban las dosis sobrantes vacunando a alguna de las personas que se encontraban en aquel momento en el punto de vacunación o si se rechazaban las dosis.

La Comisión de Ética Pública, como ya tuvo ocasión de exponer en su Acuerdo 2/2021 de 6 de julio, consideraba que «en un contexto epidemiológico cambiante y en circunstancias excepcionales pueden haber existido casos de personas que se hayan vacunado sin, aparentemente formar parte de los grupos establecidos como prioritarios y que esta vacunación irregular haya estar fruto de una decisión pragmática y no consecuencia del ejercicio abusivo de un cargo, o de la exigencia de prerrogativas directas o indirectas en el ejercicio de un cargo o de una posición de poder» y consideraba que en aplicación del principio de eficiencia y con el objetivo de conseguir el más bien posible la inmunidad de grupo, se aconsejaba «no derrochar ninguna dosis, sin que esto signifique que se pueda incumplir la estrategia de vacunación o que no existen responsabilidades en su cumplimiento.»

### **3.2. Personas investigadas. Alegaciones procedentes del expediente I/DE/20/2021. Motivacions de les conductes**

La CEP no ha tenido acceso a las denuncias presentadas, sino solo a los documentos incluidos en el expediente I/DE/09/2022, entre los cuales se encuentran las alegaciones presentadas por las personas investigadas en este expediente y en el expediente I/DE/20/2021.

Del conjunto de alegaciones disponibles se deduce que los denunciados eran personas que ocupaban cargos de responsabilidad en el organigrama de la Consellería de Salud y que formaban parte de los equipos directivos de los distintos complejas hospitalarios de las Illes Balears, como por ejemplo directores gerentes, directores de gestión, directores médicos, directores de atención primaria y de enfermería, así como algunas personas que llevaban a cabo tareas administrativas y



otros que ni siquiera eran personal del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT)

Las denuncias ante la OAIB, algunas anónimas, que se fueron acumulando hasta el verano del año 2021 fueron señalando determinadas personas de distintas áreas del Servicio de Salud, residencias y complejos hospitalarios, de forma que los requerimientos de información de la OAIB que se dirigieron al del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) se sucedieron a medida que se registraban nuevas denuncias. Este flujo continuado de denuncias, requerimientos, trámites de audiencia, alegaciones que se produjo desde el mes de febrero hasta finales de agosto del 2021 generó sobre los responsables del Servicio de Salud la sensación de estar permanentemente bajo sospecha y sometidos a una estrecha vigilancia injustificada por parte de la OAIB, lo cual hizo más tensa la relación entre los dos organismos.

Las primeras actuaciones de la OAIB se dirigieron hacia un conjunto de altos cargos que fueron notificados entre el 24 de febrero de 2021 y el 26 de agosto de 2021. No obstante, el 12 de marzo de 2021, el OAIB solicitó al Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) el listado de identificación de todos los cargos públicos, tanto si habían recibido la vacuna en el periodo de requerimiento como si no constaban en la agenda de vacunación del periodo (RI/1/20/2021). El 23 de abril de 2021, la abogacía de la Comunidad Autónoma, en representación del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) remitió la OAIB, un listado encriptado de 33 páginas al cual constan 1.603 personas anonimadas, de las cuales un 4.9% (79 personas) se señalan como vacunadas en distintas fechas que alcanzan del día 27 de diciembre de 2020 al 2 de marzo de 2021 perteneciente a distintos grupos priorizados. El listado de personas investigadas por la OAIB fue pues muy amplio y obligó los responsables del Servicio de Salud a hacer un frente común ante las actuaciones investigadoras de la Oficina Anticorrupción.

En la carpeta 07. Exp. I.de.20.2021 consta exclusivamente la documentación empleada procedente del expediente caducado que la OAIB ha trasladado al Expediente I/DE/09/2022 en la medida que sirven de base a la posible implicación individual de [alto cargo] del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT). La carpeta contiene las alegaciones que presentaron un total de catorce personas que ocupaban distintos lugares de responsabilidad, aunque solo doce pueden ser considerados altos cargos. Las alegaciones que contiene esta carpeta permiten ver que la OAIB notificó individualmente a cada una de las personas investigadas que *«con los datos suministrados por el Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT), existen indicios de que lo [nombre] podría haber incumplido el protocolo de vacunación COVID-19 porque no quedaría justificada la vacunación antes de la fecha*



*correspondiente según el protocolo»; segundamente, el OAIB señalaba también que «existen indicios de un posible abuso de poder o situación de prevalencia al beneficiarse presuntamente de su posición para obtener, en beneficio propio, la inmunización contra la COVID-19 con preferencia sobre grupos prioritarios y preferentes »; finalmente, la OAIB advierte de una posible infracción administrativa por el incumplimiento del protocolo de vacunación.*

### **3.2.1. Información que se desprende de las alegaciones.**

En sus alegaciones todas las personas investigadas informan de la fecha en la cual fueron vacunadas y exponen los motivos por los cuales recibieron la vacuna. De la lectura de las alegaciones se extrae la siguiente información relevante:

1. La dirección general de Salud Pública y Participación (Consellería de Salud) y el Servicio de Salud de las Illes Balears adaptaron conjuntamente la Estrategia de Vacunación aprobada el 2 de diciembre de 2020 a la realidad de la comunidad autónoma. En virtud de sus competencias prepararon la organización logística de la vacunación contra la COVID de acuerdo con las sucesivas actualizaciones de la Estrategia que se fueron publicando.
2. A partir del 21 de diciembre de 2020, los complejos hospitalarios y gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) comunicaron los trabajadores que había que preparar con anticipación las agendas porque en pocos días se habilitaría a través de la Intranet de los hospitales un acceso directo a través del cual grabarse para recibir la vacuna. Este enlace estuvo habilitado al HMAN el día 29 de diciembre de 2020.
3. La vacunación de las personas pertenecen al Grupo 1 (Residencias para personas mayores) se inició el 27 de diciembre de 2021 a la Residencia de Son Oms. Se descongelaron 33 viales con 5 vacunas cada cual que generaron un total de 165 dosis. Del listado de usuarios y profesionales sanitarios que constaban como Grupo 1 se vacunaron finalmente 60 usuarios y 89 profesionales. Faltando un hora por la caducidad de las dosis reconstituidas sobraron 14 dosis útiles, por lo cual, el equipo de vacunación decidió seguir con el protocolo estatal e iniciar la vacunación del grupo 2, de esta forma se aprovecharon 12 dosis. La vacunación de las personas pertenecen al grupo 2 que se encontraban en la mencionada Residencia el día 27 de diciembre de 2020 fue pues adecuada y ajustada al sentido común, dado que en el protocolo inicial y específico de vacunación aprobado por el del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) no se especificaba qué se tenía que hacer con las dosis sobrantes de vacuna. Gracias a la experiencia adquirida, esta circunstancia se enmendó en las revisiones posteriores (16 de febrero, 21 de mayo 2021).



4. El 8 de enero de 2021 el Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) hizo llegar un correo electrónico a un total de 15 grupos de distribución codificados CI.HUSE; CI.HSLL; CI.HCIN; CI.HMAN; CI.HGMO; CI.HCMI; CL.HFOR; CI.HG; CI.HJM; CI.HPSQ; CI.SSCC; CI.G06; CI.APMEN; CI.APASEF; CI.GAPM, con la extensión @ssib.es<sup>14</sup> que literalmente decía: «*Con el objetivo de iniciar el proceso de vacunación de los profesionales del Servicio de Salud contra el virus de la Covid-19, en este enlace os facilitamos el formulario para rellenar la solicitud : [www.ibsalut.es/vacunacovid](http://www.ibsalut.es/vacunacovid).*» Los trabajadores sanitarios ya inscritos a través de la Intranet tuvieron que volverse a inscribir en el nuevo enlace web del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT).
5. Las Unidades de Salud Laboral o equivalentes de los complejos hospitalarios y gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) fueron las encargadas de elaborar las listas de profesionales sanitarios y sociosanitarios de sus centros que se habían inscritos en el enlace web que habilitó por el Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT). La orden de citación, fecha y hora, se estableció de acuerdo con las funciones que llevaban a cabo los trabajadores del centro, citando en primer lugar aquellos profesionales con funciones asistenciales y, posteriormente, los que llevan a cabo funciones no asistenciales.
6. La fecha de inicio de la vacunación según el manual de vacunación contra el SARS-Cov-2 (Servicio de Salud de las Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo. Última versión de 21 de mayo de 2021) fue el miércoles día 13 de enero de 2021.
7. El conjunto de personas encargadas de las funciones directivas, logísticas y de gestión de los centros hospitalarios y gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) fueron consideradas como pertenecientes al grupo 2, es decir, personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario, dado que las excepcionales circunstancias de la COVID-19 obligaron a ampliar las funciones y competencias propias del alta dirección, reguladas en el Real Decreto 521/1987 de 14 de abril *por el cual se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud* hasta incluir responsabilidades en algunos casos asistenciales y en otros a desarrollar su tarea en entornos definidos dentro del

---

14 Estos grupos se corresponden con el Hospital Universitario de Son Espases (HUSE); Hospital de Son Llàtzer (HSLL); Hospital Comarcal de Inca (HCIN); Hospital de Manacor (HMAN), Hospital Mateu Orfila (HGMO); Hospital Can Misses (HCMI); Hospital de Formentera (HFOR); Hospital General (HG); Hospital Joan March (HJM); Hospital Psiquiátrico (HPSQ); Servicios Centrales (IB-SALUT) (SSCC); Gerencia 061 (G061); Atención Primaria de Menorca (APMEN); Atención Primaria de Ibiza-Formentera (APASEF) y Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM).



- Grupo 2 como propio del personal que trabaja en la gestión directa de la pandemia en función del riesgo de exposición.
8. Los directores gerentes y otros altos cargos de los centros hospitalarios que acontecieron referencia absoluta en sus respectivos sectores sanitarios se vieron obligados a asumir en el control y coordinación de los recursos humanos, a supervisar los circuitos de pacientes COVID en las áreas de urgencia y centros de salud de atención primaria ; a celebrar reuniones diarias con equipos médicos y de enfermería, a supervisar la apertura de nuevas zonas de acogida de infectados, etc. de forma que su riesgo de exposición aumentó exponencialmente a medida que las nuevas actividades y funciones acrecentaban el riesgo de transmisiones cruzadas.
  9. En los escritos de alegaciones, las personas investigadas confirman que no solicitaron ser vacunadas de forma prioritaria, sino que recibieron la citación de la unidad de planificación de vacunación de su centro de trabajo.
  10. Una buena parte de las alegaciones se acompañan de un certificado emitido por el Director General del Servicio de Salud de las Illes Balears al cual se especifica:

«Que de acuerdo con la estrategia de vacunación para hacer frente a COVID-19 en España aprobada por el Consejo Interterritorial de fecha 18 de diciembre de 2020, el señor/a [alto cargo] pertenece al grupo 2 de vacunación (Personal en el ámbito sanitario que trabaja de cara en el paciente, en los siguientes entornos incluidos los que desarrollan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios – administrativo, limpieza, voluntariado, estudiante, etc. Personal sanitario de salud pública que trabaja en la gestión directa de la pandemia y en función de su riesgo de exposición.

Que la fecha de inicio de la vacunación según el manual de vacunación contra el SARS-\*Cov-2 (Servicio de Salud de las Illes Balears Consejería de Salud y Consumo. Última versión de 21 de mayo de 2021) fue el 13 de enero de 2021 y lo [alto cargo] fue vacunado el día [fecha] de 2021 Y, para que conste, expido este certificado acreditativo que todos los datos expuestos son ciertas y que el señor/a [alto cargo] no ha incumplido el protocolo de vacunación, ni ha habido ningún abuso de poder ni situación de prevalencia para obtener en beneficio propio la inmunización de la COVID 19.»



### 3.2.2. Motivación de las conductes

La Estrategia de Vacunación y su actualización 1 estableció, como hemos visto, hasta 4 grupos prioritarios. Los hechos denunciados se centran en la inclusión dentro del grupo 2 de personas con responsabilidades dentro del organigrama del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) que recibieron la vacuna cuando, a juicio de los denunciantes, no se los correspondía. Toda la cuestión se centra pues en saber, en primer lugar, si los altos cargos que recibieron la vacuna tenían derecho o no a ser vacunados prioritariamente para pertenecer al Grupo 2; segundamente, si la decisión de considerar estos altos cargos como integrantes del Grupo 2 puede ser considerado un abuso de poder, un mal uso de recursos públicos o una carencia de transparencia y, finalmente, si estas conductas vulneraron o no el Código Ético.

En relación a la primera cuestión, tenemos que recordar que el Grupo 2 como hemos visto en 3.1.4, se reservaba para el personal sanitario y sociosanitario de «primera línea», entendiendo por «primera línea» las funciones que comportan un mayor riesgo de exposición porque suponen un contacto estrecho con pacientes con COVID o para tener una mayor probabilidad de entrar en contacto en personas infectadas por SARS-CoV-2. La adscripción de personas al Grupo 2 tenía que hacerse pues atendiendo las funciones específicas que llevaban a cabo cada una de ellas, para lo cual se definieron nueve entornos donde el personal sanitario y sociosanitario trabaja de cara en los pacientes. En una primera aproximación podríamos afirmar que resulta sencillo distinguir entre los profesionales sanitarios y sociosanitarios que trabajan en contacto estrecho con los pacientes COVID, de aquellos otros que no lo hacen. También en una primera aproximación podemos pensar que las tareas de dirección, gestión y administración de los hospitales, de los servicios centrales o de las gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) permanecen alejadas de los potenciales pacientes COVID, de forma que las personas que ocupan estos cargos no están expuestas al contagio, no son trabajadores esenciales y no pueden ser priorizados en el protocolo de vacunación. No obstante, cuando nos aproximamos a la realidad del contexto hospitalario, descubrimos que las funciones directivas, administrativas y de gestión cobraron una relevancia esencial en el desarrollo de la Estrategia de Vacunación y en el buen funcionamiento de los complejos hospitalarios, centros de atención primaria y servicios centrales, sin los cuales no podía lograrse ni el objetivo primordial de reducir los contagios y parar la transmisión logrando lo más bien posible la inmunidad colectiva, ni el objetivo máximo de proteger la salud pública brindando la mejor calidad asistencial posible a toda la ciudadanía.

Considerar los responsables de los centros hospitalarios, directores, gerentes, coordinadores médicos, directores de enfermería, de urgencias, de atención primaria etc. piezas clave de un organigrama que tenía que funcionar a la máxima potencia



dando respondida eficaz, coordinada e inmediata a problemáticas insospechadas que iban suscitándose a medida que aumentaban los contagios, las cifras de muertes, se retrasaban la recepción de vacunas o se complicaban los escenarios, no es en absoluto desproporcionado. La pandemia puso a prueba la resistencia individual de las personas y comportó a todos los niveles esfuerzos sobrehumanos, pero también puso a prueba la estructura organizativa y logística del Servicio Público de Salud de las Illes Balears, el éxito del cual dependía del mantenimiento de equipos coordinados capaces de poder decidir y dar respuesta a cualquier eventualidad. En el contexto de la pandemia no podemos pensar en cargos directivos de los complejos hospitalarios y gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) como simples burócratas que trabajaban de 8h a 15h desconectados del primer frente de batalla, que sin duda se libraba a los servicios de urgencias, a las UCI y a otros servicios asistenciales, y tampoco podemos imaginar un correcto funcionamiento de la maquinaria del Servicio Público de Salud sin la participación directa y en contacto estrecho con cada una de las áreas logísticas de los directivos responsables de su dirección

La descripción que hacen las personas investigadas en sus alegaciones de qué fueron los motivos que los llevaron a vacunarse ofrece pruebas suficientes como para inferir que el proceso de inclusión de las personas con funciones directivas no pasó desapercibido ni oculto y fue el resultado de una decisión colegiada prisa en el ejercicio de las competencias que la legislación vigente otorga a la administración pública en materia de salud. Ya hemos comentado (3.1.4.) que la Ley Orgánica 3/1986 reconoce la potestad de las autoridades sanitarias de adoptar las medidas oportunas para proteger la salud pública, en especial frente a enfermedades transmisibles. No podemos dudar que la decisión de considerar personal sanitario de primera línea las personas que ocupaban lugares de responsabilidad directiva, logística y gestora en el frente de los distintos sectores sanitarios fue una decisión consciente y responsable, que fue además aplicada en todas las islas y centros hospitalarios de referencia.

Una vacunación irregular, la inclusión forzada de una persona en el listado de vacunación, la alteración o la manipulación de las listas de vacunación para favorecer personas concretas sin justificación legal, hubiera exigido sigilo y encubrimiento, lo cual no resulta compatible con el envío de una circular masiva a los trabajadores sanitarios y sociosanitarios invitándolos a inscribirse rellenando un formulario; ni con la citación por escrito de las personas que ocupaban cargos directivos, dejando constancia del día, la hora y lugar de citación para recibir la vacuna; tampoco resultaría coherente con la emisión de certificados que identifiquen las funciones de determinados altos cargos como propias del «personal sanitario de salud pública que



trabaja en la gestión directa de la pandemia y en función de su riesgo de exposición» y, por lo tanto, justificando su inclusión en el grupo 2 de prioridad.

El informe de la directora de Asistencia Sanitaria sobre la vacunación de los profesionales que trabajan a las gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (DOC038. Carpeta 07) resulta aclaratorio del contexto en el cual se tomó la decisión de vacunar a todos los profesionales de los hospitales –sanitarios o no-. En principio, las gerencias confeccionaron listas de profesionales de primera línea que fueron vacunados en turnos para evitar las consecuencias derivadas de posibles reacciones adversas a las vacunas<sup>15</sup>. El Servicio de Prevención y Riesgos Laborales analizó qué zonas de los centros sanitarios se podían clasificar como «zonas COVID» y qué otras podían ser consideradas «no COVID» pero vista la imposibilidad de trazar de forma limpia esta divisoria se tomó la decisión de considerar que los centros sanitarios eran zonas de alta incidencia de exposición a la infección por SARS-CoV-2 y, en consecuencia todos los profesionales, empezando por los que trabajaban en primera línea, fueron considerados del grupo 2. La vacunación respetó la preferencia de los servicios y unidad de primera línea (urgencias, UCI, Medicina interna, Laboratorio, Radiología, Personal polivalente, Admisión de Urgencias y Atención Primaria) y siempre en función de las dosis disponibles.

En el caso concreto de un centro hospitalario al cual se vacunaron también dentro del Grupo 2 priorizado personas con funciones administrativas y de asesoría legal que no ocupaban ningún cargo directivo, hay que explicar que las motivaciones de la inclusión de estas personas aportadas por el máximo responsable del centro resultan convincentes. Lo centro en cuestión se vio obligado a habilitar una planta de hospitalización para enfermos de COVID en un área del centro inicialmente no prevista como zona de hospitalización y, por lo tanto, sin el debido aislamiento del resto de áreas del centro destinadas a los servicios administrativos y de asesoría legal. El hecho que la nueva planta habilitada por enfermos infecciosos compartiera pasillo, escalas y ascensores con la planta administrativa situaba los trabajadores de esta planta bajo un nivel de exposición al contagio que nada tenía que ver con las funciones que desarrollaban, sino con la ubicación física de sus espacios de trabajo. Atendida la transmisibilidad aérea del virus SARS-CoV-2 y el riesgo que estos trabajadores se convirtieran en nuevos focos propagadores de la infección, la decisión de incluirlos en el Grupo 2 para constituir un grupo con alta probabilidad de transmisión y exposición, parece del todo acertada. En relación a la segunda cuestión, para determinar si la decisión de considerar los

---

15 Estos turnos pueden haber generado la percepción de la existencia de grupos preferentes al grupo propio de inclusión de algunos profesionales sanitarios.



altos cargos de las gerencias de Salud como personal de primera línea dentro del Grupo 2 es un abuso de poder, un mal uso de recursos públicos o una carencia de transparencia, se hace necesario ver qué motivó su inclusión y qué fue la finalidad de dicha inclusión. En principio la vacunación de los equipos directivos tuvo como principal finalidad el mantenimiento operativo de los propios equipos, de forma que si hubiera existido abuso de poder tendríamos que poder demostrar que los únicos beneficiarios fueron las personas vacunadas. Tenemos que recordar que en la primera etapa dentro de la cual se produjeron los hechos, el simple contacto con una persona contagiada obligaba a guardar cuarentena durante 10 días. Resulta fácil de imaginar qué hubiera podido ser el resultado de la gestión en los centros hospitalarios si los equipos directivos hubieran dejado de formar parte del organigrama operativo por haber enfermado o para restar aislados en cuarentena. La vacunación de las personas que formaban parte de estos equipos directivos beneficiaba principalmente el funcionamiento de los centros sanitarios y garantiza la posibilidad de mantenerlos a pleno rendimiento durante el máximo de tiempo posible. No puede afirmarse, por lo tanto, que la decisión de considerar los altos cargos de las gerencias de Salud como personal de primera línea dentro del Grupo 2 fuera un derroche de recursos públicos, especialmente cuando las personas que formaban parte del Grupo 1 (Personas mayores en residencias y grandes dependientes) tenían garantizado el suministro de vacunas y el personal sanitario y sociosanitario de primera línea (Grupo 2) fue vacunado en todos los hospitales durante la primera semana después de iniciarse la vacunación el 13 de enero de 2021.

Respecto de la carencia de transparencia, sí hay que reconocer que la información interna y externa hubiera tenido que ser más clara, porque del contrario no se entiende que se fueran recibiendo denuncias ante la OAI B llevarán en 2021, que, por su contenido, parecen haber surgido desde los propios centros de trabajo. El hecho que las denuncias, en muchos de casos, identificaran con nombres y linajes determinados a los cargos, hace pensar que los denunciados muy probablemente formaban parte del propio organigrama de la Consejería de Salud, motivo por el cual tuvieron acceso a una información que no estaba al alcance de la ciudadanía en general y que los permitió presentar las denuncias. Este hecho constituye un indicio de que el proceso de comunicación interno no fue suficientemente transparente y probablemente no resolvió las dudas que legítimamente se plantearon algunos de los profesionales sanitarios que conocieron el contenido de los listado de los grupos priorizados. Tampoco el proceso de comunicación externo resultó suficientemente aclaratorio, dado que los medios de comunicación se avanzaron a la Consejería de Salud en la hora de informar de la vacunación de determinados a los cargos, lo cual



construyó a la polémica y a la confusión.

Respecto de la tercera cuestión, si las conductas analizadas vulneran o no el Código Ético, remitimos al apartado siguiente

### **3.3.Confrontación de las conductas contextualizadas y justificadas con el que dispone el Código Ético**

La Comisión de Ética Pública tuvo ocasión de manifestarse en relación al proceso de vacunación a raíz de una consulta formulada por un partido político (Acuerdo 2/2021 de 6 de julio). La consulta se planteó a todos los efectos en relación a si acontecería o no una vulneración del Código Ético las presuntas vacunaciones no ajustadas a la Estrategia de Vacunación aprobada. La CEP ya dejó claro entonces que «no puede hacer juicios morales de las actuaciones de personas concretas sin conocer a fondo las circunstancias que en cada caso hayan motivado sus comportamientos y que las informaciones aparecidas a los medios de comunicación, por más que puedan ser consideradas de interés público y que señalen las justas preocupaciones de la ciudadanía, no pueden ser el único elemento a considerar para que la CEP pueda pronunciarse.»

Como supuesto general, la CEP afirmaba que cuando las dosis no eran todavía suficientes y se había adoptado la estrategia de vacunar en primer lugar el más vulnerables y al personal sanitario en riesgo por su exposición, vacunarse sin formar parte de estos colectivos tenía que considerarse una conducta poco ética y si la persona que se recibiera la vacuna hubiera estado firmando del Código Ético «estaría incumpliendo claramente su compromiso de actuar con integridad» (Anexo II. Artículo 5.5. del Código Ético).

La vulneración del Código Ético se produciría pues en el supuesto de que personas firmantes del Código Ético hubieran incumplido la Estrategia de Vacunación abusando o haciendo un uso inadecuado de su posición institucional o de su cargo para obtener una dosis de vacuna que no se les correspondía de forma prioritaria. Ahora bien, al mencionado Acuerdo, la CEP también explicaba que *«en un contexto epidemiológico cambiante y en circunstancias excepcionales pueden haber existido casos de personas que se hayan vacunado sin, aparentemente forma parte de los grupos establecidos como prioritarios y que esta vacunación irregular haya estar fruto de una decisión pragmática y no consecuencia del ejercicio abusivo de un cargo, o de la exigencia de prerrogativas directas o indirectas en el ejercicio de un cargo o de una posición de poder»* y ponía algunos ejemplos de situaciones en las que hubiera sido un comportamiento poco ético haber derrochado dosis que no se habían podido utilizar vacunando a las personas previstas. Finalmente, la CEP especificaba que si quedaba



demostrado que se había incumplido la Estrategia de Vacunación por parte de algún alto cargo, *«habrá que conocer de forma precisa las circunstancias que lo hayan conducido a tomar la decisión»* porque de las circunstancias que rodean la decisión derivará la valoración de su conducta.

En este nuevo caso que nos ocupa, disponemos de información suficiente como para analizar las conductas de los altos cargos que fueron vacunados dentro del Grupo 2 durante la primera etapa de la Estrategia de Vacunación. Hay que recordar que la OAIB, que es el ente que solicita este informe, ha archivado los casos relativos a todos los altos cargos que fueron investigados. En unos casos, porque la OAIB ha considerado que la inclusión en un grupo de vacunación preferente (1 ó 2) estaba justificada; en el resto de casos, porque los altos cargos *«no lo hicieron por propia decisión, sino que recibieron instrucciones de la dirección general del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT)»*, y en este último caso porque no ha encontrado causa administrativa o económica que pudiera ser considerada vulneración de ningún principio legal, restante, por lo tanto, exclusivamente analizar si ha existido un eventual incumplimiento del Código Ético por parte del alto cargo que parece haber asumido de forma personal la decisión.

En relación a esta última causa de archivo, la CEP quiere hacer constar que el cumplimiento de órdenes de superior jerárquicos no puede ser un eximente de responsabilidad, tal y como ha tenido ocasión de explicar el Tribunal Supremo. En el supuesto de que nos ocupa, tenemos que tener en cuenta que la vacunación era voluntaria y no obligatoria y que a pesar de en sus alegaciones las personas investigadas afirman que no tomaron la decisión de ser incluidas dentro del Grupo 2 ni lo pidieron, sino que fueran directamente citadas, esto, al fallo desde el punto de vista ético no resultaría un eximente

Se entiende que como estrategia de defensa los altos cargos investigados adoptaran este argumento y que su superior jerárquico haya querido asumir de forma personalísima una decisión que parece más que evidente que fue colegiada, en un intento de salvaguardar todos los equipos directivos de las gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) de la responsabilidad que eventualmente pudiera derivar la OAIB. Es obvio que la estrategia de defensa ha funcionado porque de hecho la OAIB ha archivado la causa contra los altos cargos que motivó el apertura del expediente I/DE/20/2021, pero tiene que tenerse en cuenta que desde el punto de vista del cumplimiento del Código Ético el “cumplimiento” de órdenes dadas por un superior jerárquico no son, por regla general, eximentes de las conductas que puedan ser consideradas vulneradoras del Código Ético, porque se entiende que las



conductas son siempre individuales y fruto del libre ejercicio de la libertad que permite los individuos actuar en un sentido o en otro.

Por lo tanto, caso de existir un incumplimiento del Código Ético, entendemos que los altos cargos investigados serían por igual responsables, porque el compromiso de cumplir con el Código Ético se adquiere de forma individual y las conductas y acciones de los firmados del Código Ético son consideradas igualmente fruto de una decisión propia y no trasladable ni imputables a terceros.

A su informe razonado, la OAIB concluye que las instrucciones dadas por [alto cargo] «no fueron ajustadas a los términos establecidos a la Estrategia de Vacunación vigente en la fecha de los hechos denunciados (Actualización 1 de 18 de diciembre de 2020) y que sus instrucciones supusieron el adelanto en la vacunación de determinadas personas en el Grupo 2, cuando no cumplían los requisitos pertinentes de acuerdo con la estrategia de vacunación vigente». La Comisión de Ética Pública no tiene que entrar a valorar si el tratamiento casi conjunto y simultáneo del personal sanitario y sociosanitario de primera línea (Grupo 2) con el resto de personal sanitario y sociosanitaria restando (Grupo 3) es una alteración sustancial de la Estrategia de Vacunación tal y como considera la OAIB, o si, por sus funciones asumidas, la multiplicidad de tareas realizadas y la imposibilidad de separar de forma eficiente el personal de primera línea del resto de personal, los equipos directivos y de gerencia de los servicios sanitarios tenían que considerarse integrados dentro del Grupo 2, tal y como sostienen los altos cargos investigados en sus alegaciones, la CEP tiene que limitarse a valorar si la decisión que de vacunar los equipos de gerencia comportó una vulneración del Código Ético

Para poder valorar si la decisión de considerar como personal sanitario de primera fila los altos cargos que ocupaban lugares relevantes en los equipos de gerencia del sistema sanitario es una decisión ajustada o no al Código Ético tenemos que valorar: a) si la decisión ha comportado en exclusiva la defensa de un interés particular o, por el contrario, ha constituido una medida que haya redundado al satisfacer el interés general; b) si los cargos afectados por las denuncias han ejercido sus funciones teniendo como objetivo la eficiencia en el uso de los recursos y han velado para satisfacer las exigencias de la ciudadanía en la prestación de los servicios públicos; c) si los cargos públicos han adoptado conductas necesarias para reforzar la imagen institucional de la Administración que representan.

La CEP considera que a pesar de que la vacunación de las personas que integran los equipos de las gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) pueda haberlas beneficiado de forma individual, la decisión de vacunarlas no se tomó con esta exclusiva finalidad, sino que el motivo principal fue el de garantizar el



mantenimiento de los equipos directivos estables y coordinados como garantía del despliegue eficiente de la Estrategia de Vacunación y de la gestión de la pandemia después del inicio de la tercera oleada. El beneficio individual no fue el objeto de la decisión, cosa que podría considerarse si nos encontráramos ante un caso puntual, injustificable y aislante, pero que deja de resultar razonable cuando nos encontramos ante la vacunación de equipos directivos completos de los distintos complejos hospitalarios

La consecuencia de la vacunación de los equipos de las gerencias del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) ha estado beneficiosa por la ciudadanía en general en la medida que ha permitido que los organigramas de funcionamiento de las urgencias, las UCI, las áreas de hospitalización y en general todas las unidades que atienden pacientes COVID frente a frente hayan funcionado sin interrupción, cosa que no se hubiera podido asegurar si los equipos directivos hubieran resultado contagiados y la coordinación de las unidades asistenciales se hubiera tenido que improvisar.

El beneficio derivado de un funcionamiento continuado y ejemplar de todas las unidades asistenciales, atención primaria, UCI, urgencia, laboratorios, radiología y el largo etcétera que completan el conjunto de servicios integrados dentro del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) ha reforzado la confianza de la ciudadanía en su sistema público de Salud y, contemplado en la distancia de más de un año, tenemos que concluir que el nivel de satisfacción de la población balear con la gestión de la pandemia es alto.

Por todo esto, la Comisión de Ética Pública llega por unanimidad a las siguientes:

## V. CONCLUSIONES Y ACUERDOS

1. Los hechos constitutivos de la primera denuncia, referidos a la vacunación de personal directivo y responsables políticos de residencias para personas mayores, fueron asumidos por la Consejera de Salud en la sesión de día 9 de febrero del pleno de Parlamento y quedaron explicados por la carencia de previsión en relación a qué era el procedimiento a seguir si después de la recomposición de los viales existían dosis sobrantes no transportables. Ante la duda de si las dosis tenían que usarse o rechazarse, entendemos que los equipos de vacunación decidieron correctamente aprovechar las vacunas ya reconstituidas.
2. Los hechos constituidos de las denuncias presentadas el mes de febrero/marzo de 2021, referidos a las vacunaciones de directivos perteneciente a los equipos de gerencias del Servicio de Salud de las Illes



Balears (IB-SALUT) han sido desestimados desde el punto de vista administrativo y desde cualquier otro orden jurisdiccional, dado que la Estrategia de Vacunación no es un documento normativo sino un plan de acción vivo y necesariamente adaptable en las circunstancias cambiantes de la pandemia y al contexto territorial concreto que tienen que definir e interpretar las Comunidades Autónomas.

3. El principios éticos y procedimentales definidos a la Estrategia de Vacunación y las actualizaciones que se aprobaron durante los meses de diciembre a marzo de 2021, periodo en el cual se produjeron los hechos denunciados, en especial los principios de beneficio social y reciprocidad, permiten entender los equipos gerenciales del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT) como personal en el ámbito sanitario de primera línea, tal y como hizo su dirección general.
4. Una correcta comunicación interna y externa hubiera eliminado susceptibilidades y hubiera permitido explicar porque se adoptó la decisión de vacunar los equipos directivos, explicando la arquitectura del sistema público de Salud y la necesidad de mantener a pleno rendimiento los equipos existentes, garantizando la coordinación y un adecuado nivel de respuesta por parte de los equipos humanos que mejor conocían el funcionamiento de todas las unidades asistenciales y no asistenciales que tenían que actuar conjuntamente e ininterrumpidamente.
5. La vacunación de los altos cargos afectados no puede analizarse de forma aislada, sino como resultado de una estrategia operativa que tenía como finalidad garantizar la prestación sanitaria para toda la ciudadanía en un contexto incierto, cambiante y lleno de imprevistos que mantenía la Comunidad Autónoma paralizada y el sistema sanitario funcionado a un ritmo que pudo ser soportado gracias a la enorme profesionalidad de todos los trabajadores sanitarios, sociosanitarios y otros de carácter general implicados.
6. La CEP considera probado que el alto cargo sobre el cual recae la solicitud de informe en el expediente I/DE/09/2022 ha actuado según el código deontológico propio de su condición de profesional médico, no se ha beneficiado personalmente de ninguno de las decisiones tomadas y tampoco ha tomado decisiones que hayan tenido por objeto favorecer o conseguir trato de favor para jefa otra persona, antes al contrario ha actuado conforme a una interpretación posible de la Estrategia de Vacunación, ajustada a derecho, consensuada con los equipos directivos del resto del organigrama del Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-SALUT), procurando y buscando en todo



momento salvaguardar y proteger la salud pública de la población de las Illes Balears.

7. Estos objetivos y las consecuencias beneficiosas que han comportando para el mantenimiento del Servicio Público de Salud, destierran la idea de un uso ilegítimo, interesado, carecido de probidad, equidad o integridad de las decisiones que adoptó en el ejercicio de su cargo. A la luz de todo el anteriormente exponiendo no consideramos que se haya producido una vulneración del Código Ético.
8. Se acuerda comunicar el contenido de este pronunciamiento a la persona afectada por el expediente I/DE/90/2022, al titular de la OAIB y a la presidenta del Gobierno de las Illes Balears.
9. Se acuerda publicar este acuerdo en la página web propia de la Comisión de Ética Pública, porque pueda ser de público conocimiento.

Palma, 27 de diciembre de 2022

La Presidenta, en representación de la

Comisión de Ética Pública