

**Tras un análisis ético de esta decisión a través de su Grupo de Trabajo de Bioética, semFYC defiende que la lealtad al paciente debe prevalecer y asume la necesidad de presionar en diferentes ámbitos para cambiar la norma**

**LA SOCIEDAD MÁS REPRESENTATIVA DE PRIMARIA ANIMA A LOS MÉDICOS A OBJETAR ANTE LA LEY QUE RETIRA LA ASISTENCIA AL INMIGRANTE SIN PERMISO DE RESIDENCIA**

- **El informe del Grupo de Bioética concluye que el profesional vive como un verdadero conflicto ético dos lealtades que chocan: la que debe al Servicio de Salud y la que merece el paciente**
- **La semFYC recuerda que es precisamente en tiempos de crisis cuando más presente hay que tener los principios y valores que definen la labor del médico de familia**
- **Adoptará diferentes medidas para tratar de reducir el impacto derivado de cumplir este aspecto del Real Decreto**
- **Asesorará a los interesados sobre las acciones legales que pueden emprender a título individual, entre ellas la objeción de conciencia**
- **Crearé una Red de Médicos de Familia alrededor de la Objeción de Conciencia**

**Madrid, 11 de julio de 2012.-** La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) tuvo claro desde el principio que el Real Decreto Ley 16/2012 que incluye la retirada de asistencia al inmigrante sin permiso de residencia es contraria a la lealtad que el médico debe tener a su paciente y que siempre debe prevalecer. La disconformidad de esta sociedad médica, la más representativa de Atención Primaria con unos 20.000 profesionales socios, fue comunicada por diferentes vías a la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Ana Mato. La petición de cambio en la Ley no surtió efecto. Ahora la semFYC y las 17 sociedades federadas que la integran han dado un paso más animando a los médicos a emprender acciones legales a título individual, entre ellas la objeción de conciencia, para oponerse a una norma que consideran que *“vulnera gravemente los principios éticos de beneficencia, justicia y no maleficencia”*.

Como asegura el presidente de esta sociedad científica, el doctor **Josep Basora**, dejar de forma súbita sin asistencia sanitaria a personas que hasta entonces habían gozado de ese derecho plantea *“serios conflictos éticos”*. *“Nos pone en una tesitura complicada porque no podemos dejar de atender a quien ha sido nuestro paciente. Si seguimos la ley, estaríamos vulnerando el código deontológico médico. Las normas internacionales establecen el valor de la continuidad de nuestra labor asistencial”*, asegura el doctor Basora. Por este motivo, la semFYC encargó a su **Grupo de Trabajo de Bioética** el documento ***“Análisis Ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia”***.

El informe concluye que el profesional vive como un verdadero conflicto de lealtades: la que debe al Servicio de Salud y la que merece el paciente, que es la que a juicio de semFYC debe prevalecer. *“Si olvidamos esto”*, insiste el doctor Basora, *“estaremos pasando por alto los valores y principios que definen la labor que realizamos a diario en nuestras consultas los médicos de familia. Precisamente es en los tiempos duros de crisis como éstos que atravesamos cuando más presente debemos tener estos principios”*.

### **Triple compromiso: con las personas, contra la discriminación y frente a las limitaciones**

*“Nos parecía esencial”*, insiste el doctor Basora, *“posicionarnos públicamente en relación a cómo afecta una norma legítima del Gobierno a los valores que nos distinguen como institución; es decir, a nuestro compromiso con las personas por encima de cualquier otro interés, a nuestro compromiso social que busca evitar la discriminación y a nuestro compromiso ético, el cual debemos colocar por encima de las limitaciones del sistema”*.

Según uno de los autores del informe y miembro del Grupo de Bioética, el doctor **Abel Novoa**, una de las recomendaciones incluidas en el informe es la necesidad de hacer presión frente a la ley desde ámbitos muy diversos, sociales, profesionales, políticos y legislativos, con el objeto, en todos los casos, de conseguir cambiar la norma. Desde semFYC se desea informar y asesorar a los socios que quieran objetar y se le va prestar todo el apoyo necesario. De hecho, se va a crear una *Red de Médicos de Familia alrededor de la Objeción de Conciencia* y un *modelo de voluntad de parte del médico de familia* para los que quieran objetar contra este aspecto del RD. *“A través de las sociedades nacional y federadas vamos a transmitir todo ello a la Organización Médica Colegial, a los Colegios Médicos Provinciales y a los Servicios de Salud que acaten el Real Decreto. Bajo criterios de profesionalidad y rigor ético animamos a los médicos que se sumen a esta presión absolutamente necesaria”*, anuncia el doctor Basora.

### **Conflictos para el profesional**

Con la aprobación del Real Decreto aparecerán los conflictos entre principios éticos que afectan a los médicos de familia tanto en su condición de profesionales como de ciudadanos. El doctor Novoa recuerda que el ejercicio de la profesión médica conlleva

unas obligaciones éticas de las que los facultativos no pueden desprenderse a conveniencia personal, de la organización ni siquiera de las disposiciones gubernamentales. *“Como ciudadanos”, apostilla este experto, “los médicos de familia pueden y deben tener una posición en relación con normas que afectan de manera muy relevante al contenido de su labor. Por eso, es bueno que la semFYC, como asociación civil, asuma su responsabilidad social y su liderazgo haciendo pública su posición y aportando propuestas concretas”.*

En el análisis que ha hecho el Grupo de Bioética, se indica que si bien hay una legitimidad por parte del Gobierno para establecer criterios con los que distribuir o priorizar las políticas públicas, lo cierto es que los objetivos sociales generales incluidos en el preámbulo del Real Decreto Ley chocan contra *“una importante limitación: deben respetar los derechos fundamentales de los individuos, aquellos que hacen referencia a la igual consideración y respeto”.* En ese sentido, como señala el doctor Novoa, *“cabe preguntarse si la asistencia sanitaria es o no un derecho fundamental de las personas. Si es así, habrá que determinar cuál es entonces su alcance. Y si no lo es, entonces la pregunta es cómo puede limitarse”.* El derecho a la protección de la salud, tal como figura en el artículo **43 de la Constitución**, no constituye un derecho fundamental, pero se establece que serán los poderes públicos quienes, con el objeto de protegerla, adopten las medidas oportunas para eliminar las deficiencias de salud, prevenir enfermedades y fomentar la educación en estas materias. Y así ha sido hasta ahora, con la llegada de esta nueva norma.

Durante este tiempo las leyes españolas han reconocido, con una protección especial, la vulnerabilidad de los ciudadanos extranjeros que arrastran una situación administrativa irregular, ya sea voluntaria o sobrevenida. Aunque la Carta Magna no reconoce el derecho a la asistencia sanitaria como derecho fundamental, sí lo es el derecho a la protección de la salud. Por tanto, como razona el doctor Novoa, *“cabría aceptar que el Gobierno tiene legitimidad para establecer el contenido y distribución de la asistencia sanitaria. La cuestión es si son correctos los criterios utilizados para imponer la limitación. O dicho de otro modo: qué se puede limitar. La respuesta es todo excepto los mínimos. Y creemos sinceramente que esos mínimos no se respetan con la nueva ley”.*

### **Atención urgente sí, pero quién decide qué es urgente**

En el Real Decreto se limita la atención sanitaria a los casos urgentes, lo que a su vez lleva a plantearse qué es urgente y qué no. *“No tenemos”, opina el presidente de semFYC, “ninguna duda respecto a lo que es una urgencia vital pero en el resto de los casos el asunto se convierte en algo demasiado subjetivo; al final la decisión del carácter urgente de la demanda quedará al arbitrio de cada profesional. El resultado de esto es echar sobre los hombros de los médicos una responsabilidad que no les corresponde: ser jueces sobre quién y hasta dónde un paciente tiene derecho a que se le atienda”.*

### **Propuesta semFYC: atención sanitaria básica**

En el documento de semFYC se opta por recomendar que la limitación al caso urgente se amplíe a una *“atención sanitaria básica”*, que debería englobar atención primaria, asistencia preventiva, medidas de salud pública, asistencia urgente, servicios especiales para los discapacitados y acceso a la medicación básica. *“Si se hiciera como proponemos”*, apunta el doctor Basora, *“obtendríamos unos beneficios inmediatos: se conseguirían más garantías de protección para el resto de la sociedad en relación a procesos infecciosos; se evitarían colapsos en los servicios de urgencia; se disminuiría el gasto mayor que supone derivar a los dispositivos urgentes, que son más caros que la atención primaria o la prevención”*.

### **Ética profesional**

La ética profesional tiene un capítulo específico dentro del informe. En él se indica a modo de resumen que 1) los deberes profesionales con los pacientes con los que se ha iniciado una relación clínica (colectivo de inmigrantes no regulares actuales) son superiores a los que se puedan establecer con pacientes todavía no conocidos (inmigrantes no regulares potenciales); y 2) que equiparar ambos colectivos en la limitación de la atención sanitaria supone ignorar y atentar contra principios éticos básicos que no pueden ser aceptados por los profesionales. De ahí que a este respecto, el documento concluya que es preciso exigir al Gobierno que se mantengan las prestaciones sanitarias con el colectivo de inmigrantes no regulares actuales. *“En caso contrario”*, sostiene el doctor Basora, *“la única salida posible para no vulnerar la ética profesional es la objeción de conciencia al cumplimiento de la ley”*.

### **Grupo de Inmigración y Salud**

El pasado mayo, el Grupo de Trabajo de Inmigración y Salud de la semFYC también expresó su rechazo a la ley. Los motivos para oponerse a la norma que esgrimieron son los siguientes:

- La sostenibilidad del Sistema Sanitario no se va a conseguir limitando o impidiendo el acceso a las prestaciones sanitarias a una población vulnerable, cuyo uso del Sistema Sanitario -en relación a la población general es mucho menor.
- Esta medida además de ser injusta es económicamente ineficiente, pues el consumo que hacen estas personas de los recursos sanitarios es notablemente inferior al de la población autóctona, al tratarse de personas jóvenes y sanas cuyo nivel de salud es en general bueno.
- Aunque en términos de Salud Pública los resultados de su aplicación van a ser intrascendentes, su repercusión a nivel individual puede ser relevante: el diagnóstico precoz y el control de determinadas enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes...) o degenerativas (cuidados paliativos en pacientes con cáncer, por ejemplo) no se puede realizar desde los Servicios de Urgencias.

- Se les impide el acceso a las medidas más rentables dentro de los cuidados de salud: actividades de educación para la salud o vacunaciones.
- La creación de estructuras paralelas de atención sanitaria para estas personas constituye por sí misma una discriminación que añade más dificultades para su integración en la sociedad.

**\*Para más información, Gabinete de Prensa semFYC –91/787.03.00**