



## **ANÁLISIS ÉTICO ANTE LA RETIRADA DE ASISTENCIA SANITARIA A INMIGRANTES SIN PERMISO DE RESIDENCIA**

**Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Bioética  
de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

La situación generada por la retirada súbita del derecho a la asistencia sanitaria completa en el SNS a personas sin permiso de residencia, que hasta ahora tenían reconocido este derecho, plantea cuestiones en las que existen conflictos entre principios éticos que afectan a los médicos de familia, tanto en su condición de profesionales como de ciudadanos. El ejercicio de la profesión médica conlleva unas obligaciones éticas de las que los médicos no pueden desprenderse a conveniencia personal, de la organización, ni siquiera de las disposiciones gubernamentales. Como ciudadanos, los médicos de familia pueden y deben tener una posición en relación con normas que afectan de manera muy relevante el contenido de su labor. La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, como asociación civil, debe asumir su responsabilidad social y liderazgo; como órgano de representación profesional, si finalmente se concluye que la norma que nos ocupa puede estar atentando contra principios éticos profesionales básicos, debe posicionarse públicamente y realizar propuestas concretas, tanto en el sentido de tratar de influir para que la norma se modifique, como en el de informar a sus asociados sobre procedimientos encaminados a atenuar sus efectos sobre los pacientes afectados por ella, entre los que se encuentra la posibilidad de la objeción de conciencia.

Se acepta la legitimidad del Gobierno para establecer criterios con los que distribuir o priorizar las políticas públicas. Sin embargo, los objetivos sociales generales – como los motivos relativos a “la sostenibilidad del sistema” que justifica, en su preámbulo, el RD Ley 16/2012 - tienen una importante limitación: deben respetar los derechos fundamentales de los individuos, aquéllos que hacen referencia a la “igual consideración y respeto”. Una persona tiene un derecho fundamental si ese derecho es necesario para proteger su dignidad o su estatus, como acreedor de la misma consideración y respeto que el resto de la comunidad. ¿Es la asistencia sanitaria un derecho fundamental de las personas? Si es así, ¿cuál es su alcance? Si no lo es, ¿cómo puede limitarse?

### **EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA**

Nuestras leyes, hasta el momento, habían ido desarrollando dos ideas reguladoras de los derechos individuales: la dignidad de la persona y la igualdad. Las leyes en España, fruto del desarrollo moral de nuestra sociedad, han reconocido, hasta el momento, la especial fragilidad como personas de los ciudadanos extranjeros en una situación administrativa irregular (voluntaria o sobrevenida), por lo que han gozado de una especial protección, en su condición de personas, ante el Ordenamiento español.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el derecho a la protección de la salud en sentido estricto, tal como se recoge en el **art. 43 de la Constitución**, no constituye un derecho fundamental. En la Carta Magna 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. Por su parte, la **OMS** reconoce el derecho a la salud como un derecho humano que impone a los Estados ciertas obligaciones para darle efectividad, aunque aceptando el "principio de realización progresiva", es decir, "avanzar lo más expedita y eficazmente posible, hasta el máximo de los recursos de que dispongan".

Por tanto, **el derecho a la asistencia sanitaria no es un derecho fundamental; sí lo es el derecho a la protección de la salud**. Hasta dónde cada Estado avanza en la protección de dicho derecho es algo que debe decidir cada gobierno. La OMS establece unas "**obligaciones básicas**" para hacer efectiva esta protección de la salud: atención primaria de salud esencial, alimentación esencial mínima nutritiva, saneamiento, agua limpia potable, medicamentos esenciales, y los aspectos relacionados con la salud pública y la prevención.<sup>1</sup>

### **Los criterios para establecer limitaciones**

Por tanto, aceptando que el Gobierno tiene legitimidad para establecer el contenido y distribución de la asistencia sanitaria, **¿son correctos los criterios utilizados para imponer la limitación?** La *regla de la oportunidad justa*, desarrollada por Rawls y aplicada a las prestaciones sanitarias por Daniels, expresa que "*a nadie se le debería negar beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas*"<sup>2</sup>. Los autores consideran condiciones no merecidas aquellas distribuidas por la lotería de la vida social o biológica. Así, no se podría limitar la atención sanitaria considerando la raza, el sexo, el nivel sociocultural... ¿y la regulación administrativa de un extranjero? La ley interpreta que la libre decisión, la voluntariedad de las personas en establecerse de forma irregular en un país no constituye una condición desventajosa inmerecida, por lo que limita la asistencia sanitaria de una manera que no pudiera considerarse injusta desde un punto de vista formal.

Pero, **¿qué se puede limitar?** Todo, excepto los mínimos. Y estos mínimos superarían los que ha establecido el Gobierno, que es claramente insuficiente. Por una parte, se limita la atención sanitaria a los casos urgentes, lo que lleva a plantearse qué es urgente o no. Está claro qué es una urgencia vital, pero en el resto de los casos es un concepto subjetivo difícilmente delimitable para pacientes y profesionales, por lo que la decisión del carácter urgente de la demanda quedará al arbitrio de cada profesional, lo que introduce una discrecionalidad potencialmente muy poco equitativa y proyecta sobre los profesionales una responsabilidad que no les corresponde: ser jueces sobre quién y hasta dónde un paciente tiene derecho a que se le atienda. Además de lo ambiguo del término "urgente", la discrecionalidad inevitable y el papel de jueces que se impondría a los profesionales, esta atención es insuficiente si atendemos a las recomendaciones planteada por la OMS. Por ello, entendemos que **la limitación de la atención sanitaria a los casos urgentes debería ampliarse a una "atención sanitaria básica", atención primaria, asistencia preventiva, medidas de salud pública, asistencia urgente, servicios especiales para los discapacitados y acceso a la medicación básica**. Reconocer esta atención sanitaria básica tendría unas consecuencias prácticas relevantes: en términos de salud pública, porque se conseguirían más garantías de protección para el resto de la sociedad en relación

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

<sup>2</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. Principios de Ética Biomédica Masson: Barcelona, 1999, pag 326.

con enfermedades infectocontagiosas potencialmente transmisibles; en términos organizativos, porque se evitaría colapso de los servicios de urgencia; por último, en términos de eficiencia económica, porque disminuiría el gasto mayor que supone derivar toda la atención sanitaria a los dispositivos urgentes (más caros que atención primaria o la prevención) y asumir sólo las complicaciones derivadas de haber dejado de atender las condiciones crónicas en etapas precoces de su evolución.

## **Inmigrantes no regularizados actuales vs potenciales**

Ahora bien, una cosa es que los inmigrantes que a partir de ahora decidan residir de manera ilegal en nuestro país vean limitado su derecho a una asistencia sanitaria básica en virtud de una condición elegida por ellos (y vengan a nuestro país conociendo esta circunstancia) y otra es que el colectivo de inmigrantes que hasta ahora tenían reconocido dicho derecho lo vean limitado. Esto plantea más problemas, ya que **la situación generada es arbitraria** y se estarían negando, de hecho, beneficios sociales sobre la base de "condiciones desventajosas no merecidas". Sobre todo en aquellos extranjeros que de manera sobrevenida pasan a una situación de ilegalidad por haber perdido su trabajo, lo que sería en las actuales circunstancias una consecuencia no merecida y azarosa. También la limitación del derecho a la atención sanitaria de los inmigrantes irregulares voluntarios que ya lo tenían reconocido parece una situación sobrevenida y azarosa, y plantea, además **problemas éticos profesionales**, como veremos, **relacionados con la obligación de no abandono y lealtad debida** a que no deberían verse forzados por la autoridad. En ambos casos, se está, en la práctica, vulnerando la norma jurídica general, proclamada en el artículo 9.3 de la Constitución y el 2.3 del Código Civil de que **las leyes no tendrán carácter retroactivo**. Este principio de irretroactividad se asienta en la necesidad de seguridad jurídica y de respeto de los derechos adquiridos, que en este caso se están vulnerando claramente.

Los puntos clave de este primer apartado acerca del derecho a la asistencia sanitaria serían:

1. Es legítimo, se compartan o no las razones, que el Gobierno determine el alcance y distribución de la asistencia sanitaria porque ésta no es un derecho fundamental de las personas, sí lo es el derecho a la protección de la salud. El contenido de las prestaciones sanitarias necesarias para garantizarlo debe ser establecido por cada sociedad a través del Gobierno legítimo, considerando los condicionamientos socioeconómicos.
2. Existe un importante consenso de que deben existir unas mínimas prestaciones sanitarias para garantizar la protección efectiva de la salud. El RD 16/2012 no cumple con estas mínimas condiciones (ya que las limita a la atención urgente) y, por tanto, creemos que semFYC debe reclamar del Gobierno **la ampliación del derecho de asistencia sanitaria a un "mínimo decente" que incluya: atención primaria, salud pública y prevención, asistencia urgente, atención a la discapacidad y acceso a medicamentos esenciales.**
3. Esta **ampliación del derecho a la asistencia sanitaria básica** tendría la ventaja de **minimizar los riesgos para la salud pública** que tendería a dejar a un colectivo especialmente frágil sin atención sanitaria, **impedir el colapso de los dispositivos de atención urgente y mejorar la efectividad económica de la ley.**

4. Es necesario aceptar que existen diferencias entre el colectivo de inmigrantes que hasta ahora tienen reconocido el derecho a la asistencia (no regulares actuales) de los que están por llegar (no regulares potenciales). **Lo dicho hasta ahora se puede aplicar a los inmigrantes no regulares potenciales, pero no es posible aceptar su aplicación al colectivo inmigrante no regular actual** por varios motivos: es una limitación que no cumple con el criterio de "oportunidad justa", fuerza un conflicto ético profesional grave vulnerando los principios de no abandono y lealtad debida, y vulnera el principio legal general de la no retroactividad de las leyes.

## LA ÉTICA PROFESIONAL

Consideraremos los problemas éticos profesionales que van a surgir con el colectivo de inmigrantes no regularizados que hasta ahora tenían reconocido su derecho a la asistencia (no regulares actuales). En nuestra opinión, esta norma, vulnera gravemente los principios éticos de beneficencia, justicia y no maleficencia.

El **principio de beneficencia** que ha regido la actuación médica desde hace siglos no es absoluto y debe estar modulado por los otros principios, como hace el principio de autonomía, es decir, el médico no puede hacer lo mejor por el paciente sin su consentimiento. En este caso, no es el paciente quien rechaza la atención sino que la Administración impone que el médico no le siga atendiendo. Estamos hablando de ciudadanos que hasta ahora estaban siendo atendidos normalmente en las consultas de atención primaria, a los que una norma impide que se les siga atendiendo, aunque no han perdido su calidad de pacientes. Porque lo que define a una persona como paciente no es su condición administrativa sino que se haya establecido previamente una relación clínica que está presidida, desde el principio y como un valor básico, por la fidelidad.

La relación médico-paciente es una **relación fiduciaria**, es decir, es una relación basada en la confianza o confidencia. La fidelidad o lealtad se concibe como dar prioridad a los intereses del paciente en dos sentidos: (1) el profesional prescinde de su propio interés en cualquier conflicto con los intereses del paciente y (2) los intereses del paciente tienen prioridad sobre los intereses de terceras partes. Este principio, está protegido expresamente por el Código de Deontología Médica (CDM), en cuyo Artículo 11 se establece que el médico debe preservar "la continuidad asistencial", de ello se puede inferir que, si se llegara a producir una interrupción del derecho a la asistencia de un paciente por razones ajenas a la voluntad del mismo, como ocurriría con un cambio legislativo de aplicación inmediata, el médico no puede interrumpir sin más la atención del paciente.

En general, la reflexión ética acepta que pueda existir una **lealtad dual**, es decir, que el médico se deba a su paciente pero también a su institución. Pero, ¿qué pasa cuando ambas lealtades se contraponen? Beauchamp y Childress proponen que, si es posible, sea el profesional quien haga compatible ambas lealtades, por ejemplo, informando previamente al paciente de los límites "impuestos" de su actividad. Pero, en este caso, dado que la relación clínica se estableció en unas condiciones, no es posible cambiarlas sin atentar contra el principio de lealtad y no abandono. **La norma solo deja el recurso a la desobediencia del profesional.** No es posible aceptar lo que la institución le pide: romper la alianza de confianza establecida entre el médico y el paciente. En este caso, por tanto, la norma está forzando la ética profesional en un principio básico, la lealtad, la confianza y la promesa de no abandono.

La **justicia** alude al trato imparcial sin discriminaciones. La solidaridad completa a la justicia, dando más a quien más lo necesita, para superar la inequidad social. La ley, negando el derecho a una asistencia sanitaria de pleno derecho, incrementa la desigualdad social discriminando, precisamente, al que más lo necesita. El Código de Deontología Médica (CDM) incluye tratar con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna (Art.2). El principio de no maleficencia exige no aumentar el mal de los que ya están mal, ni crear mal nuevo. En este sentido, el CDM, en su artículo 5, nos recuerda que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y que no se puede negar la asistencia del paciente aduciendo temor a las consecuencias que su atención puedan reportarle. El capítulo X dedicado al ejercicio en instituciones, insta al deber de prestar a todos los pacientes una atención de calidad humana y científica (Art. 21). Los profesionales con responsabilidades en dirección y gestión de recursos están llamados también a la actuación por el bien colectivo y la equidad (Art 23).

Las conclusiones, tras la reflexión ética y deontológica son:

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).
2. **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.
3. **La semFYC debe exigir al Gobierno que sea posible mantener las prestaciones sanitarias con el colectivo de inmigrantes no regulares actuales.** En caso contrario, la única salida posible para no vulnerar la ética profesional es la **objeción de conciencia** al cumplimiento de la ley.

## ÉTICA CÍVICA

¿Qué se debe hacer cuando una norma legítima atenta contra principios éticos fundamentales que rigen la actuación profesional? **Cuando existen lealtades contrapuestas, es la promesa de no abandono, la lealtad para con el paciente, la que debe prevalecer.** La ética civil reconoce el derecho de las personas a mostrar su objeción al cumplimiento de la norma por motivos de conciencia. **La objeción de conciencia es un derecho básico por el cual un ciudadano y los profesionales somos ante todo ciudadanos, puede decidir no aceptar una ley que se le impone por considerar que su cumplimiento atentaría contra su dignidad como persona.**

La conciencia puede ser descrita como el juicio reflexivo por el que cada persona distingue interiormente el bien del mal, la actuación correcta de la incorrecta, la acción honesta de la deshonesto, la conducta ética y moral de la inmoral y la contraria a la ética. La conciencia designa los compromisos éticos últimos de una persona. Es un acto de oposición de la ley de la conciencia a la ley oficial, de afirmación de la preeminencia de la ley moral sobre la ley jurídica establecida. La **objeción de conciencia**<sup>3</sup>, tal como se entiende actualmente en el contexto de la actividad profesional, es la negativa, por motivos de conciencia, a someterse a una conducta jurídicamente exigible, ya sea por tratarse de una obligación que

<sup>3</sup> Altisent R, Rubio M, Buil B. Objeción de conciencia en la profesión médica: propuesta de validación. Med Clin (Bar) 2011;137(8):366-369.

proviene de una norma legal, de un mandato de la autoridad o de una resolución administrativa, tomando la forma de omisión del presunto deber, del cual se solicita ser eximido sin ser penalizado.

La **desobediencia civil** es la oposición activa y enfrentamiento a la norma que se considera injusta, con la intención de derogarla, aceptando las consecuencias de la represión, e incluso provocándola, como medio de lucha.

La objeción de conciencia es pues un tipo de desobediencia civil individual y autónoma a la ley, abierta y pública, no violenta, que acepta las consecuencias personales derivadas de la misma, que refleja una conexión directa entre la objeción y la ley concreta a la que se objeta, que se justifica en la propia conciencia y que pretende provocar en los demás la conversión o la persuasión<sup>4</sup>.

El Código de Deontología Médica entiende la objeción de conciencia como "la negativa del médico a someterse por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violentamente seriamente su conciencia" (Artículo 32.1).

En el Artículo 33. 3. se establece que el médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación (en este caso al inmediato superior), y potestativamente, al Colegio de Médicos, su condición de objetor de conciencia para una determinada situación, con el fin de recibir el asesoramiento y la ayuda necesaria. Esto es relevante, pues "de la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventajas para el médico que la invoca" (Artículo 35).

Es conocido que la objeción de conciencia presenta varios riesgos, como son el enmascaramiento, la banalización y la intransigencia. Por eso, la objeción de conciencia debe satisfacer las condiciones de legalidad y de legitimidad. La primera exige la manifestación previa de la condición de objetor a aquellas personas a quienes la objeción de conciencia puede provocar un daño o molestia y la exposición de los motivos en que se fundamenta tal objeción. Pero, la objeción de conciencia ha de ser además legítima, esto es, debe estar basada en la honestidad; debe ser coherente con la actitud y el comportamiento habitual del objetor; ha de estar relacionada con algún componente clave del marco moral de la persona que objeta. Cuando la objeción es a no dejar de prestar un servicio (como en este caso), el objetor debe intentar no perjudicar a otros usuarios que conservan ante la ley todos sus derechos a una atención sanitaria.

Y es que, al igual que el respeto por la conciencia, **el respeto por la aprobación democrática de las leyes forma también parte de lo que supone tratar a los ciudadanos como iguales**. El respeto por la conciencia debe ser, pues, de doble dirección. Los objetores de conciencia tienen para con la democracia la responsabilidad general de respetar las leyes democráticamente aprobadas que son legítimas, por el bien de la sociedad que las apoya. Del mismo modo, la sociedad democrática tiene para con ellos la responsabilidad de acomodar sus compromisos de conciencia en la medida en que esas acomodaciones no impliquen injusticias para otros, o no creen discriminaciones, o no socaven el proceso democrático de toma de decisiones.

Las conclusiones tras la reflexión acerca de la objeción de conciencia serían:

1. Existen razones muy profundas para considerar inmoral la aplicación de la norma al colectivo de inmigrantes no regulares actuales. De persistir la

---

<sup>4</sup> <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/n2/revis1a.html>

norma como hasta ahora, **la objeción de conciencia sería la única alternativa individual de cada profesional.**

2. La **objeción de conciencia profesional debe hacer compatible la continuidad de la asistencia de los pacientes a los que se les retira el derecho con el no perjuicio del colectivo que lo conserva.** Es decir, un profesional objetor, además de declarar públicamente su condición y comunicárselo tanto a sus superiores jerárquicos como a los órganos colegiales pertinentes, debería garantizar un mínimo daño en términos de tiempo y dedicación sustraída, a los ciudadanos que mantienen el derecho a una atención completa.

## ÉTICA INSTITUCIONAL

La semFYC considera específicamente que los cambios sociales no pueden ser ajenos y “frente a ellos... los Médicos de Familia deben potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad”. Entre esos valores, la semFYC señala (el énfasis es nuestro)<sup>5</sup>:

1. **Compromiso con las personas:** El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el Médico de Familia; sus actuaciones, *por encima de cualquier otro interés*, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud.
2. **Compromiso social:** El Médico de Familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, *adquiere un compromiso social* en el uso eficiente de los recursos sanitarios y *en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.*
3. **Compromiso ético:** El Médico de Familia es *exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario*, reivindicando su buen funcionamiento. *Las limitaciones de dicho sistema no le impiden mantener una actitud ética irreprochable* en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica.

Por tanto, parece esencial que semFYC se posicione públicamente en relación a cómo afecta una norma legítima del Gobierno a los valores que la distinguen como institución, es decir, a su compromiso con las personas por encima de cualquier otro interés, a su compromiso social evitando la discriminación y a su compromiso ético por encima de las limitaciones del sistema.

La reflexión desde los principios pone en evidencia que esta norma va en contra del compromiso que define la actuación de los Médicos de Familia miembros de la semFYC y, por tanto, entra en conflicto con los valores éticos de esta Sociedad. ¿Cuál debería ser la posición de la semFYC?

**Una organización debe emplear todas las presiones en los distintos ámbitos (sociales, profesionales, políticos y legislativos) para conseguir que se modifique la ley en base a consideraciones éticas y deontológicas así como legales.**

---

<sup>5</sup> Tomado de [http://www.semfy.com/es/informativo/valores\\_profesionales/](http://www.semfy.com/es/informativo/valores_profesionales/) (consultado el día 21 de junio de 2012)

**Una organización debe informar y asesorar a los socios de las acciones legales que se pueden emprender a título individual (como la objeción de conciencia), facilitando y apoyando como Sociedad las opciones personales,** siempre que la norma atente contra los valores explícitamente reconocidos por dicha institución y, por tanto, aceptados por los socios que libremente decidieron asociarse, lo que en este caso claramente sucede.

El resumen de las reflexiones sobre la ética institucional sería:

1. Como institución civil y profesional, **la semFYC debe intentar influir en el Gobierno** para que realice los cambios necesarios en dicha ley que permitan la no vulneración de los principios éticos profesionales de confianza, no abandono y lealtad, el respeto de criterios de justicia distributiva que deben presidir las políticas públicas y, finalmente, la preservación de los valores que la semFYC ha comprometido ante sus socios y ante la sociedad española.
2. Si el Gobierno no realiza los cambios argumentados en este documento, nuestra recomendación es que, como institución, la Sociedad **declare públicamente las razones para su oposición a la aplicación de dicha norma** en los artículos que atañen a esta reflexión, **facilite y apoye la objeción de conciencia de los socios que así lo decidan,** y **promueva acciones encaminadas a reducir el impacto del cumplimiento de la ley.**

30 de junio de 2012