

LOS DEBATES DE REDACCIÓN MÉDICA

EL REAL DECRETO PRETENDE MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

La asistencia sanitaria a inmigrantes irregulares en el SNS queda garantizada

Recibirán atención en Urgencias aunque los médicos de Familia prefieren atenderles en consulta.

María José Puertas. Imagen: Adrián Conde y Diego S. Villasante

El último debate de Redacción Médica se ha centrado en un tema de máxima actualidad: la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares. En plena crisis económica, hacer sostenible a un sistema sanitario que tiene una deuda descomunal es una prioridad. Sin embargo, las medidas para hacer frente al turismo sanitario afectan a uno de los colectivos más débiles al cambiar sus prestaciones sanitarias y empezar a proporcionarles una asistencia que si bien algunos profesionales la consideran básica, para otros no llega a los mínimos requeridos por la OMS.



Abel Jaime Novoa, Jerónimo Fernández, José Javier Castrodeza, Rafael Lletget, Alberto García de Alcaraz y Ricardo de Lorenzo.

Ricardo López, director general de Sanitaria 2000: Hoy tratamos un asunto de actualidad que ha generado un montón de informaciones en las últimas semanas: la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares.

Novoa, Fernández y Castrodeza.

José Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: La ministra Ana Mato ha dejado claro el posicionamiento del Ministerio. Ha habido un importante avance en los últimos meses a partir de la publicación del decreto ley y de la publicación del decreto que regula el aseguramiento en España. Ha habido un debate, probablemente desde mi modesta opinión excesivo, antes de la entrada en vigor el 1 septiembre. Este país ha demostrado, demuestra y demostrará un principio de solidaridad que es ejemplo para una gran parte de los países desarrollados. El debate debe ser sosegado y reconducido a un problema que tiene el SNS y es que todos debemos trabajar para hacerlo sostenible y por tanto para identificar situaciones que se han

demostrado que no son adecuadas por la carencia de información, las irregularidades y sobre todo para mantener el espíritu solidario que en ningún momento se ha puesto en tela de juicio. Las comunidades autónomas que son las que gestionan la prestación de los cuidados ya están tomando medidas desde la lealtad institucional para que este país siga manteniendo este sistema tan importante que nos ha dado tanta salud a los ciudadanos.

Jerónimo Fernández Torrente, vicesecretario de la Organización Médica Colegial: La OMC comparte el punto de vista de Sanidad. El compromiso de la ministra con la atención de cualquier tipo de ciudadanos me parece muy relevante, da sosiego y tranquilidad. Los dilemas éticos y profesionales que se les planteaban al personal sanitario y concretamente a los médicos han sido transferidos a los colegios profesionales, lo que ha sido una noticia muy bienvenida. El Real Decreto toca cinco leyes ni más ni menos. La parte profesional, que ha sido criticada en primera instancia y donde después se ha modificado en el aspecto de recursos humanos, también tiene aspectos positivos como el desarrollo de las áreas de capacitación, los registros profesionales y la ordenación. Pero con estos matices de poca comunicación se prestó a confusiones entre las normas de actuación profesionales por un lado y las normas de actuación de las comunidades en aspectos que poca relación tienen con lo profesional, como es el caso de las posibles facturaciones y posibles reintegros si procede. En cualquier caso se aleja del espíritu de la corporación médica que engloba más de 230.000 médicos y que es la atención y el cuidado.

Ricardo López: Semfyc ha liderado el movimiento de objeción de conciencia para los médicos.

Abel Jaime Novoa, miembro del Grupo de Bioética de Semfyc y uno de los autores del informe 'Análisis Ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia': El derecho a la atención sanitaria básica y su regulación nos parece esencial en Semfyc. Yo trabajo en un pueblo de la Vega Baja de Murcia con un 20 por ciento de inmigrantes de los que probablemente la mitad sean ilegales. Son pacientes que yo estaba atendiendo en mi cupo y que según el Real Decreto ya no pueden venir a consulta de manera normal. En Semfyc esto nos supone un problema ético profundo y grave pues incide en una relación clínica que habíamos establecido en unas condiciones y deberes morales de cuidado y lealtad y ahora de manera imprevista no podemos seguir atendiéndoles como lo hemos estado haciendo hasta ahora. Esto supone cambiar las reglas de juego a mitad de partido y nos sitúa ante un conflicto profesional muy difícil de solucionar. La Semfyc ha optado por hacer una declaración solicitando la objeción de conciencia al cumplimiento de esa ley. Podemos hablar de todos los flecos que eso tiene pero parte de una convicción de un conflicto ético profesional importante y que ahora no se está garantizando la atención a los inmigrantes irregulares aunque haya diferentes desarrollos en las distintas comunidades para garantizar de una u otra manera la atención. El hecho es que hay enormes desigualdades y al menos en Murcia no hay un procedimiento por el cual podamos atender a esos pacientes de una manera normalizada.

Ricardo López: Hablamos de ética, de deberes morales. Ricardo de Lorenzo, como experto en derecho sanitario de nuestro país, ¿qué opinas?

Ricardo de Lorenzo Montero, socio director del bufete De Lorenzo Abogados: Desde un punto de vista técnico debo valorar que tanto el Real Decreto de medidas urgentes para la sostenibilidad como el establecimiento de asegurado y beneficiario, ambas disposiciones suponen que el sistema sanitario público español ha dado un gran paso hacia la universalidad. Con esto, debo decir a título profesional mi sorpresa ante esta campaña o valoración que olvida aspectos de grandes colectivos profesionales como son los abogados, que no tenemos cobertura de seguridad social. Esta normativa ha dado un paso gigante al incluir a los abogados con ingresos menores de 100.000, pero nos olvidamos de 55.000 psicólogos, arquitectos y algunos médicos que deben estar cubiertos según la mutualidad correspondiente. Se ha dado un gran paso técnico porque había una laguna legal que era

De Lorenzo, Lletget y García de Alcaraz

necesario cubrir.

Con el tema de la inmigración ilegal hay una utilización de terminología incorrecta. Los inmigrantes ilegales no respetan la normativa legal de un país. No es cierto que no tengan cobertura. Tienen garantizada la cobertura porque España es el país más garantista de toda la UE. Primero, no solo tienen la garantía por vía de urgencia, sino además en el desarrollo de la normativa, por ejemplo en la Comunidad de Madrid, está perfectamente garantizado. Pero hay una normativa en la Ley de Salud Pública. Y luego el inmigrante ilegal no pide hora porque no puede acceder desde un punto de vista administrativo. Y ahí entramos en el tema de la objeción de conciencia. Como abogado dedicado al derecho sanitario, he sido un defensor a ultranza de la objeción de conciencia por parte de las profesiones sanitarias y además he apoyado la posibilidad de que exista una normativa específica por la propia especificidad del acto sanitario. Me sorprende que se pueda plantear una objeción de conciencia primero con recursos ajenos y después porque desde un punto de vista técnico-jurídico supone un no hacer, no puede ser colectiva, ni institucional, ni encaja en una acción.

Rafael Lletget, director general del Consejo General de Enfermería: Algo va a cambiar, está claro. Pero entre seguir igual que antes y encontrarnos a inmigrantes irregulares enfermos por las calles, pues tiene que haber un término medio donde esté la realidad. La población inmigrante está en torno los 5.200.000 de las que 500.000 serían irregulares y de esos, más de 350.000 son ciudadanos de la UE. Así que es una problemática que afecta directamente a unos 150.000 personas que antes gozaban de las mismas prestaciones sanitarias que cualquier ciudadano español que paga sus impuestos a través de la seguridad social. En este país el sistema de salud nunca ha sido universal y nunca ha sido gratuito, si no que lo pagamos todos entre nuestros impuestos. Es verdad que si multiplicamos esas 150.000 personas por el coste unitario que según el Ministerio es de 1.600 euros per capita anual nos sale una cantidad importante. La cuestión es que es el Ministerio de Sanidad quien tiene que establecer las reglas del juego y las condiciones en las que se prestan los servicios sanitarios a través del estatuto marco. Los problemas surgen porque hay una gran mayoría de profesionales sanitarios a los que nos repele la idea de encontrarnos un paciente al que no le podemos prestar un servicio sanitario que está en la base de nuestra profesión. Aquí de pronto tenemos un problema ético y jurídico.

Yo trabajo para una empresa que se llama SNS pero tengo unos problemas éticos y morales. Yo no puedo atender a una persona porque me sienta éticamente obligado a ello y hacerlo dentro de mis horas de trabajo y con los medios y los recursos de la empresa para la que yo trabajo y que no pago yo sólo si no todos los ciudadanos. Por tanto, deberán ser los ciudadanos los que renuncien a una prestación para que ese dinero se destine a la prestación de atención a los inmigrantes irregulares.

La objeción de conciencia es un derecho individual, no un derecho colectivo. Si pudiésemos objetar de cualquier norma se pondría en crisis el Estado de derecho. Por tanto no creemos que la objeción de conciencia sea de aplicación en este caso y sí pensamos que podemos ser objeto de un expediente sancionador por no cumplir las reglas que marca el empleador y sí estamos en un momento de crisis ética y deontológica para entender que tenemos la obligación de defender el derecho de la salud. Por eso nos hemos atrevido a sugerir el poner nuestra estructura como organización colegial de Enfermería al servicio de las posibles carencias derivadas de esta medida para los inmigrantes ilegales porque no haya consulta de Enfermería en nuestras propias instituciones. En síntesis, las pautas las marca el Ministerio de Sanidad, y además, estamos frente a un conflicto entre eficiencia y justicia.

Ricardo López: Con respecto a las diferencias entre comunidades, contamos con Alberto García Alcaráz.

Alberto García de Alcaraz, director Territorial de Sanidad y Consumo en Álava: Desde el departamento de Sanidad del Gobierno vasco no hemos compartido las normas que se han ido promulgando. Hemos pretendido hacernos oír antes de que las iniciativas tomaran forma. Lo hemos intentado de mil maneras haciendo valer nuestra experiencia de tres años y medio de Gobierno que nos avalan tanto en resultados de prestación económica como de sostenibilidad del sistema. No compartimos este Real Decreto por razones clínicas. Después de ver la realidad de nuestra comunidad autónoma y comprobar algunos datos de este colectivo como el gasto, vimos que más bien se aconsejaba que la asistencia fuera realizada a través de otros dispositivos alternativos y no desde Urgencias, para que no fuera un servicio de referencia para este colectivo. Además, para nosotros estas medidas no colaboran en la sostenibilidad del sistema. Lo que sí

colabora en esa línea es implementar medidas de tipo estructural que transformen el modelo de provisión. La realidad social y la demografía han cambiado y en todos los estudios aparece una alta prevalencia de las enfermedades crónicas. Con este marco, la estrategia que hemos seguido a la hora de desarrollar cambios estructurales en el modelo de provisión, ha dado resultados para atacar la cronicidad y el envejecimiento. Esas iniciativas chocaban con esta estrategia. Además, este cambio cuenta con la colaboración de los profesionales sanitarios en general, en especial de los médicos y sobre todo del personal de Enfermería.

Para poder seguir así, se publicó un decreto autonómico que se recurrió y que actualmente está suspendido y esperamos que el Tribunal Constitucional nos permita levantar la suspensión cautelar. Este decreto ha sido avalado a nivel de la comunidad autónoma por todos los colegios profesionales, los sindicatos y organizaciones de consumidores que participan en el consejo vasco de Sanidad. Además, ha habido un posicionamiento a nivel político. La diputación foral de Vizcaya liderada por el PNV y la de Guipúzcoa liderada por Bildu se abstuvieron. Y sólo votó en contra la de Álava que está gobernada por el PP.

Nosotros estamos trabajando en un modelo de sostenibilidad y en la transformación del modelo de provisión. Estamos con un chasis de hace muchos años y la sociedad ha cambiado. Si no cambiamos el modelo, por más dinero que metamos en la hucha, tiene un agujero por el que se va. Los resultados nos avalan.

Ricardo López: Tras esta primera ronda, ¿podemos decir que se pone fin a la universalidad del sistema o no?

Jerónimo Fernández: Por un lado, todos debemos coincidir en que tenemos un excelente modelo de sistema sanitario que garantiza la equidad, la universalidad y la solidaridad. Por otro lado, tenemos un sistema sanitario con una asimetría autonómica que los políticos deben tratar de resolver y es algo que todavía no está resuelto. Tenemos leyes que no se han desarrollado todo lo que debían como la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema. Nosotros apoyamos en su momento lo que dice el compañero de Semfyc porque el código deontológico ya existía antes de cualquier sociedad científica pero el fundamento profesional no quiere decir que no debemos intervenir en lo social, y en lo crítico, en lo profesional y en lo ético. El código deontológico dice que los dilemas que se pueden plantear con actuaciones, intervenciones o con las tipologías de los distintos ciudadanos queden al margen de cualquier tipo de consideración pero sí que también hay que hacer una reflexión crítica desde la política y desde todos los sectores profesionales y desde la ciudadanía sobre el tratamiento que se ha dado a este Real Decreto. Sí que se han producido preocupaciones y disensiones en los grupos profesionales y se ha creado cierta inquietud.

Aparte, el turismo sanitario ha lastrado al sistema y su eficiencia con un coste desproporcionado y acumulativo y que está sin resolver desde hace décadas. Los mecanismos de control y revisión hay que revisarlos. Hay un fallo y no se ha transmitido de forma clara a la ciudadanía. La reacción de los profesionales está en un fallo de comunicación. La ministra y demás altos cargos del Ministerio garantizan que ningún médico será sancionado por atender a un paciente sea cual sea su situación, que los pacientes serán atendidos y que los problemas administrativos coyunturales deben ser de otra esfera.

Ricardo de Lorenzo: La asistencia sanitaria básica a extranjeros en situación irregular está garantizada por el Estado y corresponde las comunidades facilitarla. Aparte, ha habido situaciones que conducen a confusión y error. He oído el planteamiento del País Vasco y recuerdo que el 1 septiembre 2011 la Consejería de Salud establecía que aunque estuvieran empadronados que no se les diera la tarjeta sanitaria a los irregulares, y ahora nos encontramos un posicionamiento en contra.

En Europa no existe una normativa específica de asistencia sanitaria para los inmigrantes. Y en cuanto a países tenemos la legislación más garantista desde el punto de vista técnico. Hay que tener en cuenta que España era el paraíso del turismo sanitario y eso no podemos soportarlo desde el punto de vista económico y menos en estos momentos. Había un vacío legal que desde mi punto de vista se ha cubierto.

José Javier Castrodeza: Este Real Decreto da lugar a un conjunto de situaciones como la objeción de conciencia, es un hito muy relevante y sólo el paso del tiempo nos hará obtener de él una dimensión real de lo que ha supuesto. La ministra Ana Mato y su secretaria general han aportado al SNS un garante de sostenibilidad y racionalidad. El SNS, según los datos aportados por el tribunal de cuentas, tiene un agujero en la facturación no cobrada a personas tanto europeas como de otros países y esto es algo que el sistema

no se puede permitir. Es un sistema nacido, crecido y entre todos tenemos que defenderlo y corregir las deficiencias que tiene. El tema del aseguramiento nos ha permitido identificar casi un millón de tarjetas que no sabemos qué pasa con ellas. No solo se usan para utilizarlas de cara a una atención sanitaria sino que generan un derecho más allá de nuestras fronteras y un derecho que los ciudadanos españoles tienen que contribuir a financiar. De ese millón de tarjetas, 500.000 no sabemos a quién corresponden. Tenemos un nombre pero no tenemos más datos. Y esto se corrige con la entrada en vigor del aseguramiento. Y con respecto a los inmigrantes ilegales, repito que nadie ha pedido a un médico que no atienda a un paciente. Un médico debe atender y el principio de la atención es lo que va a guiar las actuaciones. Otra cuestión son los procesos administrativos que haya que llevar a cabo para avanzar en esa regularización.

Por cierto, el artículo 16 de la Ley General de Sanidad ya obliga al Estado español a facturar toda la prestación de servicios que se haga. Por lo tanto contemplamos un marco jurídico que como Estado tenemos que respetar. Pero con respecto al tema de la inmigración irregular, el núcleo del debate no es si el módulo crónico funciona o no funciona. Evidentemente hay dos comunidades cuyo principio de lealtad institucional se ha puesto en duda. Las condiciones para obtener una tarjeta sanitaria en el País Vasco son las mismas que las que contempla el decreto ley. Éste no es un problema de la Administración y las comunidades autónomas. Es un problema del Estado. Y el Estado somos todos, Administración y comunidades autónomas.

Por otra parte, cuando hablamos de inmigración irregular debemos reflexionar sobre qué personas estamos hablando, porque pueden ser personas en una situación muy lamentable y no es deseable que nadie tenga que trasladarse de país en las condiciones en que se están trasladando o pueden ser personas con recursos económicos, o que pertenecen a países con los que tenemos convenios de colaboración bilateral, o a países con los que establecemos a través del Ministerio de Asuntos exteriores programas de colaboración. Yo creo que debemos saber y definir a qué nos referimos con esta situación. Algunos datos son contundentes y lo primero que debe velar un Estado es por la regularización. Y hay que avanzar para que estas personas estén reguladas. En Alemania hasta los servicios sociales están obligados a declarar esa situación de irregularidad para que se normalice. Tenemos que avanzar en los principios de reciprocidad con los Estados miembros con los que tenemos colaboraciones. Algunos sólo se basaban en la existencia de un contrato laboral porque daban por hecho que como la prestación sanitaria en España es gratuita, no entraban en estos convenios. Algunos países como Inglaterra en su página web dan recomendaciones sobre cómo venir a España. Y ahora estamos trabajando en otra información que tenemos: presumiblemente hay compañías de seguros sudamericanas y centroamericanas que financian los viajes de sus asegurados para que les intervengan aquí porque les resulta más barato que el coste de allí.

Yo creo que debemos ser conscientes y atender a las personas que lo necesiten. Vuelvo a reiterar que la ministra lo ha dicho bien claro: nadie quedará sin atención sanitaria. Y evidentemente la gestión corresponde a las comunidades autónomas. Es verdad que puede haber una gestión algo diferente en función de las peculiaridades porque no todas tienen la misma problemática. Y son aspectos que todos debemos tener presentes.

Con respecto a todos los colectivos, debemos saber ocupar el rol que cada institución o grupo tiene que jugar. La Administración y las autonomías a gestionar, a legislar, a promover; los colegios profesionales a definirse sobre los aspectos de la profesión; las sociedades científicas a trabajar en los avances y la mejora de las guías de práctica médica; y los sindicatos a definir las condiciones laborales. Pero da la impresión de que en el sector sanitario hay una especie de totum revolutum. Todos opinamos sobre todo y generamos mucho ruido pero poca claridad en la información. Yo vuelvo a reiterar que este Real Decreto no ha impedido a ningún médico atender a esas personas, por tanto creo que entre todos debemos volver a un debate mucho más sosegado y trabajar en la sostenibilidad de nuestro SNS. Se ha avanzado en universalidad y les invito a que comparen lo garantista que es nuestro sistema en relación a Europa. Yo creo que en estos momentos ocupa el número uno.

Rafael Lletget: Nadie se va a quedar sin asistencia sanitaria y habrá que ver si cubre todas las situaciones. Los profesionales sanitarios no podemos convertirnos en agentes dobles o triples que debemos ser fieles a los pacientes, a los gestores, a los políticos, a nuestras convicciones porque al final no llegamos a ningún sitio. La solidaridad del sistema no debe ser un arma arrojadiza entre los partidos políticos. Es necesario

impermeabilizar la gestión sanitaria de la invasión política.

Alberto García de Alcaráz: Desde el Gobierno vasco apostamos por mantener la sanidad con los principios básicos que parece que todos queremos mantener pero creemos que con determinadas iniciativas se van a debilitar. Estamos en contra de esta regulación que dice que es para defender la sanidad pública. El decreto vasco nada tiene que ver con el decreto de la Administración del Estado porque se ha recurrido. Reconocemos prestaciones al colectivo de inmigrantes irregulares. Es una regulación en base a unos principios diferentes. El Real Decreto da cobertura de Urgencias, Obstetricia, Pediatría, si son menores. Pensamos que derivar a estos pacientes a los servicios de Urgencias no es lo más razonable y no se va a sostener mejor el sistema. Nosotros tampoco queremos que esto sea una agencia de viajes, pero por esa coartada se pasan algunas rallas que son rojas. En cuanto a la atención, hay riesgo sanitario de que el lugar donde determinados asuntos vayan a ir sean los servicios de Urgencia. La problemática de la comunidad no ayuda a la hora de concentrar esa ayuda en esos servicios por sentido común. Este colectivo tiene mayor prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y los servicios de Urgencia no hacen seguimientos y además son costosos e ineficientes para este tipo de problemas. Tras analizarlo nos hemos posicionado.

Ahora hasta hablar de facturación parece que no toca cuando hay que facturar. Cuando nos vamos de viaje nos llevamos la tarjeta sanitaria europea. Por eso creemos que se puede regular la realidad que ahora tenemos pero no por la vía de la que se habla ahora e incluso dando de baja en los listados a determinados ciudadanos. Apostamos por la sostenibilidad pero no creemos que se logre de esta manera. El problema lo tenemos con el modelo de provisión, en la segmentación de la atención, con lo que es primaria, especializada, urgencia ambulatoria y en medio ni continuidad de cuidados ni seguimiento de las patologías. El ciudadano y sus procesos están fragmentados. Ahí hay mucho dinero perdido y en el País Vasco es por donde estamos atacando.

Abel Jaime Novoa: Ha habido un cambio trascendente, sustancial e importante. Yo tengo muchas dificultades reales para ver a mis pacientes. Se han quedado sin tarjeta y sin tarjeta no pueden pedir cita. Personas diabéticas que ya no pueden venir a consulta y a cuya historia clínica ya no puedo acceder. Es un cambio que atenta contra un colectivo especialmente frágil. No creo que hayamos avanzado en universalización con esto. Yo no me niego a que los derechos sigan aumentando; el problema es quitarlos, que es lo que ha pasado aquí. Esto es un problema administrativo que se ha tratado de solucionar con un debate de derechos. Por supuesto que había que regular, pero era un problema administrativo: que la Administración funcionara bien e hiciera su trabajo. Pero se ha generado un debate de derechos y cuando vemos las consecuencias de ese debate empiezan a salir flecos que no se han tenido en cuenta y son muy importantes porque afectan a personas.

Nosotros somos profesionales, no es un problema laboral porque si así lo fuera por supuesto que yo me atengo a las condiciones de mi empresa. Yo puedo estar de acuerdo con lo que me pagan o no, pero obedezco. Me gustaría tener más días de vacaciones pero son los que me da mi empresa y eso no se puede objetar. Pero esto no es un problema laboral, es un problema profesional donde hay un colectivo que modula los excesos que se puedan producir en la regulación. Y ahora el estado me obliga a dejar de atender a unos pacientes en las condiciones en las que yo les estaba atendiendo porque han cambiado la ley. Nosotros aceptamos la legitimidad del estado para cambiar las leyes y por supuesto que hay que obedecerlas como principio máximo y más cuando obedecer esa ley supone un conflicto.

Ya hay más de 2000 objetores. Nos sentimos vulnerados. Si hay excesos deben regularse. Si es un problema administrativo que cada uno haga su trabajo pero no lo planteen de esta forma porque lo único que nos queda es la objeción de conciencia y atender a estas personas en el tiempo que nos queda de nuestro horario laboral y sin perjuicio del resto de los pacientes. Es un problema ético. Se ha roto la continuidad de la asistencia de manera arbitraria con un Real Decreto aprobado con carácter de urgencia y sin haber discutido lo suficiente. Los flecos se van solucionando sobre la marcha. Además, sobre un colectivo que no va a defender sus derechos. Los médicos defendemos los derechos de los pacientes y los gestores establecen continuamente marcadores y regulaciones que cuando se llevan a exceso perjudican a los pacientes. Si se obliga a los profesionales a que cumplan con la estancia media hospitalaria se puede perjudicar a los pacientes si se da un alta precipitada. Entiendo las obligaciones de los gestores pero yo soy un profesional y me debo a mis pacientes. Esa es la modulación profesional y parte de un compromiso moral con la sociedad

que hemos adquirido por encima de nuestros deberes contractuales con la empresa.

Por desgracia el Gobierno sólo ha dejado la vía de la objeción de conciencia. También hay que separar entre los inmigrantes irregulares que ya están aquí y los que puedan llegar. Entendemos que ahora se establecen unas nuevas normas y las acepto, el problema es que me han cambiado las normas que afectan a las relaciones clínicas que yo ya tenía con unos pacientes que atendía y que ahora ya no puedo atender. Esta es la diferencia.

Ricardo de Lorenzo: Hay que diferenciar entre objeción de conciencia y desobediencia civil. Pueden decir que están objetando como decir que están en desacuerdo. Las corporaciones de derecho público y las sociedades han avisado sobre lo que marca el código deontológico en cuanto a la atención. Pero es más, hay un delito de omisión de socorro sanitario previsto y penado en el código penal que nadie ha dicho. Por otra parte, nadie ha planteado que el profesional sanitario se convierta en gestor. No hay ninguna regulación que establezca cómo se debe cobrar. El problema profesional parte de una situación que hay que regular con respecto a las capacidades del Estado: queda garantizada la asistencia básica sanitaria de todo el mundo, incluso sin tarjeta sanitaria. Y las comunidades autónomas tienen que regular las condiciones específicas como la asistencia de continuidad y demás. Yo defiendo que el médico es el garante de los derechos de los pacientes y me parece muy bien que estén preocupados por determinadas circunstancias, pero de ahí al planteamiento genérico de que a los inmigrantes los estamos echando al río o de que no tienen asistencia sanitaria, es absolutamente falso que el Reino de España no garantice la asistencia sanitaria básica y me parecen palabras mayores. Y sobre todo no llevar a la confusión de los profesionales sanitarios con la utilización de términos como la objeción de conciencia que después podemos tener planteamientos de negativa de la objeción de conciencia individual realmente y nos encontramos con situaciones muy graves.

Abel Jaime Novoa: ¿Y cuál es la atención sanitaria básica? Según la OMS, consta de atención primaria, servicios preventivos, medicación esencial, atención a la invalidez y problemas graves y la atención de urgencia. Y aquí no se garantiza la asistencia sanitaria básica, y salvo a determinados grupos, sólo se garantiza la asistencia de urgencias, lo que es claramente deficiente. Y más en atención primaria, donde vemos muchas urgencias y no podemos acceder a su historia clínica. Y usted me dirá, señor Lorenzo, si la Administración me puede quitar los datos que yo he metido en la historia clínica o si el paciente por muy irregular que sea ya no tiene derecho a tener esos datos.

Ricardo de Lorenzo: Los datos no son propiedad del médico. La privacidad de los datos es siempre en beneficio del paciente. Los derechos de acceso son diferentes. Quien organiza la atención y dice cómo deben ser atendidos es la Administración.

Abel Jaime Novoa: Pero se están vulnerando los derechos profesionales.

Ricardo de Lorenzo: Pues acudan a los tribunales. No se ha vulnerado nada. Con respecto al aborto hay incluso situaciones de confrontación en la OMC pero hay una normativa. No se puede decir que se vulnera. En ningún lado ha habido una vulneración. En cambio si se está vulnerando la capacidad organizativa de un Estado diciendo que se objeta. Usted no puede objetar. Los médicos que objetan están incurriendo de buena fe. Para obtener la declaración de vulneración tienen que acudir a los tribunales de justicia por la vía contencioso administrativa. La objeción de conciencia sólo se contempla en determinadas circunstancias.

Abel Jaime Novoa: La Constitución contempla el derecho a la objeción de conciencia de todos los ciudadanos cuando sienten vulnerados principios éticos fundamentales.

Ricardo de Lorenzo: Si fuera así no hubiera sido necesario regularlo en el tema del aborto o que yo solicitara públicamente la regulación de la objeción de conciencia. Ha habido interpretaciones del TC y precisamente ha sido el TC en repetidas resoluciones el que ha dicho que lo que ustedes hacen no es objeción de conciencia.

Jerónimo Fernández: Entiendo las posturas de los compañeros de las distintas comunidades autónomas y tiene que ver con la comunicación y la gestión. Todos los problemas no son solo profesionales. La atención sanitaria de los irregulares debe ser contemplada desde otros prismas. La legitimación democrática para un ejercicio consciente nos lo da el acercamiento al ciudadano. No hay otro argumento más importante de cara

a los ciudadanos, a la Administración y a la propia profesión que la defensa de los ciudadanos. Confundir sistema con modelo hay que tenerlo en cuenta. En mi opinión, la asistencia básica está plenamente garantizada y en todo caso dependerá de la cartera de servicios en cada comunidad autónoma. Nosotros no estamos de acuerdo con las listas de objetores pero sí con el recurso de inconstitucionalidad en lo referente a recursos humanos, colectivos profesionales, titulares, zona y vía de acceso; pone encima de la mesa que las Administraciones autonómicas deben preocuparse de si hay algún colectivo que no tienen garantizada su prestación de asistencia. Y yo disiento en que las patologías crónicas de los irregulares deban atenderse en Urgencias. El centro de salud debe ser la puerta de entrada al sistema para cualquier tipo de paciente. Entiendo que las especificidades para abordar esto en las comunidades autónomas serán distintas pero el código deontológico debe ser el referente en las actuaciones.

José Javier Castrodeza: La OMS da recomendaciones, no pautas de actuación. De todas formas invitaría a cualquier profesional sin apasionamientos comparar la oferta de servicios y prestación sanitaria que ofrece el Reino de España a las personas de las que estamos hablando con cualquier país europeo, que esa es la prueba para saber el nivel de solidaridad en que estamos. El modelo es el SNS, que se financia con los impuestos de los ciudadanos –y hace tiempo que se deberían haber regulado algunos aspectos fundamentales-, sirve a los ciudadanos de un país y colabora solidariamente con aquellas personas que careciendo de recursos necesitan una prestación sanitaria. Pero hay que avanzar en verificar esos aspectos porque no todos los inmigrantes en vías de regularización están en la misma situación, por lo que también debemos darnos un poco de tiempo para ir solventando singularidades que se van a producir, ¡cómo no se van a producir! Cualquier decreto ley, cualquier Real Decreto, cualquier ley por muy bien que se haya hecho su planificación las tiene, y yo garantizo que ésta acota cada una de las singularidades que pueda tener. Por una vez se ha contribuido entre toda la sociedad a tener un sistema y una regularización jurídica del mismo que nos va a garantizar sostenibilidad. Yo pediría que este debate se vaya sosegando y cerrando, que vayamos trabajando juntos. Todo es Estado: comunidades y Gobierno. Y además, los ciudadanos cada cuatro años pueden con su voto tomar las decisiones que estimen oportunas.

Rafael Lletget: El sistema sanitario de este país tenía una deuda de 22.000 millones de euros, por lo tanto yo no sé si esto es lo mejor. Probablemente haya que hacer más cosas. Se ha dicho que es necesario cambiar el modelo de provisión. Tampoco es de recibo que en el mismo sitio el mismo cirujano opere dos cataratas por la mañana y siete por la tarde cobrando con precio unitario, lo que es un despilfarro. U otras cosas como que haya 17 agencias de salud y otras instancias que se multiplican y replican.

Por otra parte no podemos invadir la libertad del resto de los ciudadanos que están cotizando. Yo no voy a negar la asistencia sanitaria a nadie pero hay que tener cuidado con llevarlo al extremo y que el señor que cotiza pueda ver sus recursos mermados. Hay que plantear una ética de máximos. Desde la perspectiva de Abel, que comparto desde el sentido ético más profundo de mi profesión, estoy dispuesto a atender a mis pacientes si es necesario fuera de mi horario laboral y fuera de mi consulta donde yo ya no tengo obligaciones contractuales. Hay que evitar que esa deuda nos lleve al extremo por el que nadie en este país pueda tener una asistencia sanitaria universal, solidaria y equitativa como hasta ahora.

Alberto García de Alcaraz: Las consecuencias de la actual regulación tiene como origen que no ha sido participativo, ni consensado, ni discutido, ni compartido y que ha sido muy rápido. Hay un cierto quirigay entre las comunidades autónomas de todos los colores y como consecuencia de una falta de discusión y consenso lo que ha generado incertidumbre y confusión en muchos colectivos diferentes. Se ha abierto un melón por la parte más fea y más difícil. Y algunas responsabilidades hay.

Por otra parte, estamos de acuerdo en que hay que hacer más cosas, y en el País Vasco las estamos haciendo y no vamos a retroceder. Este decreto también dirige hacia los dispositivos. Y tropezamos con criterios clínicos de garantía asistencial y de responsabilidad en el seguimiento y de seguridad clínica cuando esa persona salga con un tratamiento tuberculoso. Organizativamente es poco apropiado. Es un choque de trenes estructural, no simplemente de matriz o de acomodo. Por eso hemos tenido que oponernos, al igual que con el copago. En el País Vasco hay una sostenibilidad real a nivel de Sanidad y es una de las comunidades que no ha ido al fondo de garantía. Y esto pasa porque hemos implantado un modelo que nos da estos resultados.

José Javier Castrodeza: Hay que recordar que este Real Decreto ha sido consensuado y aprobado por el Consejo Interterritorial. En el copago farmacéutico, el País Vasco no cumple las normas que se han aprobado y es un ejemplo de lo que no se debe hacer. Los ciudadanos del País Vasco no pagan, pero los ciudadanos de otras comunidades cuando van al País Vasco sí pagan.

Conclusiones:

Las conclusiones del debate.

Alberto García de Alcaraz: En cuanto a las responsabilidades que tenemos hay un desacuerdo en cuanto a los irregulares que tiene unas consecuencias organizativas propias y en las que trabajamos desde hace tres años y medio y que tiene claros beneficios de sostenibilidad, eficiencia y seguridad clínica. En ese contexto apostamos por seguir haciendo esfuerzos sin perder de vista que lo esencial es en lo que estamos avanzando.

Rafael Lletget: Cuando se adaptan medidas siempre hay peligro de que el más desfavorecido salga más perjudicado. Ahí hay que profundizar para que no caigamos en esa posible pendiente resbaladiza y colaborar entre todos para que esto siga así. Habrá que

conjuguar la eficiencia en la gestión con los recursos disponibles y también con la solidaridad.

Ricardo de Lorenzo: La asistencia sanitaria básica para extranjeros en situación irregular en España está perfectamente garantizada con el Real Decreto de 16 de julio. Mi preocupación y de ahí mi apasionamiento es la confusión de términos jurídicos que no siempre son coincidentes con los conceptos y valoraciones éticas que pueden llevar a confusiones a los profesionales sanitarios y a la propia población.

Abel Jaime Novoa: De un problema administrativo y de facturación para mejorar la eficiencia del sistema porque ha habido abusos, sin duda, se ha hecho un problema de derechos para un colectivo frágil y un conflicto profesional ético. No creo que sea un problema ético de máximos, sino de mínimos. Hay que saber conjuguar la lealtad dual entre la institución y el paciente. La aplicación de este decreto no garantiza la asistencia sanitaria básica como recomienda la OMS y por tanto se ha condicionado una respuesta profesional y un llamamiento para representar ante la sociedad el desacuerdo ante esa ley y presionar con esta campaña de Semfyc. Espero que estos matices sirvan para que avancemos en estos flecos con nombre y apellidos se puedan solucionar bienamente. Creo que el Estado tiene la responsabilidad de obligar a que las comunidades no generen más inequidad y el Gobierno no puede lavarse las manos diciendo que ahora regule cada comunidad y esta regulación debe ser lo más uniforme y consensuada posible.

Jerónimo Fernández: La OMC como corporación de derecho público está comprometida con los ciudadanos, los profesionales y el sistema. El médico debe rendir cuentas a la comunidad y al sistema y hay que pensar en los recursos. La OMC también reclama que se respeten nuestras actuaciones basadas en el cumplimiento de los deberes deontológicos de atención tanto urgente como de estado de necesidad o requerimientos de continuidad asistencial en el caso de los crónicos independientemente de la situación legal del paciente. Esto se aprobó por unanimidad en la asamblea del 1 septiembre y fue corroborado por la ministra y el Ministerio. En el fondo, el problema es la inmigración, que debe ser regular. Esto favorece a los inmigrantes, al conjunto de la sociedad y al arraigo social como vía de procedimiento ordinario de regulación. Cualquiera que sea el camino elegido, el inmigrante no es ilegal, es su situación.

José Javier Castrodeza: Reitero las palabras que la ministra, la secretaria general y el director general de Cartera Básica y Farmacia ya han manifestado. Con este Real Decreto y las medidas de aseguramiento, los inmigrantes irregulares tienen la prestación sanitaria más importante y amplia del ámbito europeo. Estas medidas están encauzadas a que nuestro SNS sea universal, público, gratuito, y tenga características de equidad. No cambia el modelo. Se apuesta por reforzar el SNS donde hay dos protagonistas fundamentales: los ciudadanos que sustentan el SNS y los profesionales médicos y otros colectivos que forman parte. El

paso del tiempo dará una dimensión más precisa de sus resultados, pero los resultados previos que estamos alcanzando demuestran que sí era necesario introducir algunos elementos modificadores en el marco legislativo que corrigieran situaciones que podían poner en peligro la sostenibilidad del SNS por la que todos los ciudadanos hemos apostado y por la que este Gobierno evidentemente ha apostado también. Además, ha habido total colaboración de todos los colectivos profesionales y en íntima colaboración con las comunidades autónomas.

Acceda al video completo del debate en Sanitaria TV