

"Tu cuerpo es tuyo, eso es socialista"

07/09/2008

Pregunta. Esta legislatura va a abordar cambios en las leyes sobre aborto y muerte digna. ¿Le presiona la idea de encontrarse otra vez a los obispos encabezando manifestaciones?

Respuesta. No, en absoluto. Como ministro de un Gobierno y diputado socialista, el único mandato que tengo es el de los ciudadanos. No sé qué estrategia pueden tener la Conferencia Episcopal, el Partido Popular y otros grupos, pero no tiene nada que ver.

P. ¿Qué modificaciones prevé en relación con la muerte digna?

R. Que el derecho del paciente sea un derecho real. Ésa es la primera. Porque si uno coge las leyes tal y como están, posiblemente no hay que hacer ninguna otra para que la gente muera sin dolor. Y lo que sabemos es que la gente muere sufriendo. Eso no puede ser. La batalla contra la muerte no la vamos a ganar, pero la batalla contra el dolor, sí.

P. ¿La ley actual del PP no garantiza que se muera sin dolor?

R. Las leyes actuales, sí; las normativas actuales, posiblemente no. Por eso hemos trabajado en una Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, en la cual estamos de acuerdo todas las comunidades, que incluye la formación de los profesionales, facilitar la asistencia domiciliaria, regular los momentos terminales, la muerte digna y el derecho que tiene cualquier ciudadano a decir, cuando llegue ese momento: "No quiero ser sometido a una tortura". Para que todo eso sea un derecho real, el testamento vital tiene que ser accesible desde cualquier punto de España. Porque una persona puede depositar uno en Navarra, y acabar muriendo en Murcia. Eso es lo que dice la Ley de Autonomía del Paciente: que el ciudadano decide. Hay un principio básico que separa dos formas de pensar: quien piensa que el propietario del cuerpo es uno mismo, y quien piensa que es alguien, una iglesia, una institución o un partido político. El Partido Socialista dice: el propietario de tu cuerpo eres tú. Tú eres quien toma decisiones.

P. Ese principio implicaría mucho más que regular los cuidados paliativos.

R. Eso es ideología socialista. Nosotros respetamos la opción del ciudadano, que puede decir que no quiere ser sometido a la tortura que significa muchas veces el esfuerzo terapéutico, que a veces atenta contra su deseo. Traducir eso en un derecho significa hacer una serie de actuaciones.

P. ¿Hasta dónde va a llegar?

R. Es el paciente el que decide si desea o no recibir un tratamiento. Por tanto, en primer lugar, hay que asegurarle que muere -o vive- sin dolor. Muchas veces la sedación terminal significa la pérdida de la vida, pero eso lo sabe el paciente convenientemente informado. Y cuando se hace

bien, permite que tome la decisión. Hay que decirle que cuando empiece el proceso puede haber un momento en que no recupere la consciencia. Y se le da la oportunidad para que se despida de su familia, para que arregle sus asuntos y para que no sufra.

P. Si el propietario del cuerpo es uno mismo, ¿tendría sentido abordar el suicidio asistido?

R. La reflexión está abierta. El suicidio asistido no es legal en este país. Pero el Código Penal se ha cambiado ya muchas veces. Es un tema que pertenece más al Ministerio de Justicia. Vamos a iniciar con Justicia una reflexión confidencial con un equipo de expertos sobre suicidio asistido. Lo que no me gustaría es que esa reflexión impida que el resto de las actuaciones las hagamos ya. La impresión que tengo es que esa reflexión va a necesitar más tiempo que las otras actuaciones en las que ya estamos.

P. Entonces ¿va a cambiar el Código Penal sobre este asunto?

R. No vamos a decir a la comisión cómo debe acabar, pero sí creo que ofrecerá elementos suficientes para una decisión política.

P. ¿En esta legislatura?

R. Por lo que es mi experiencia, la reflexión nos puede llevar un año o un año y medio. Por tanto, yo no excluyo que sea en esta legislatura. Además, eso sigue la reflexión que hizo el Congreso Federal [del PSOE], que no es un mandato, pero es el partido que soporta al Gobierno.

P. Por tanto, no es disparatado pensar que España pueda llegar a un marco como el de Suiza o de Holanda.

R. No [es disparatado] que se pueda llegar. Pero todo no se puede hacer el primer día.

P. ¿Está preparada la sociedad para hablar de esto?

R. Nuestra sociedad ha demostrado ya en varias ocasiones que es una sociedad moderna, que es madura y que está preparada para cualquier tipo de debate.

P. ¿En este tema quiere el consenso del PP?

R. El consenso existe en torno a la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, que se aprueba por unanimidad en el Consejo Interterritorial. La mayor parte de las cosas que estamos discutiendo son más operativas que ideológicas. Es poner los medios para que esto realmente llegue a un ciudadano de un pueblo de Segovia. Lo que ocurre es que el término eutanasia se utiliza para nombrar cosas muy distintas, y, por tanto, el que haya un grupo de reflexión viene bien para, en primer lugar, ponerse de acuerdo en los términos y en hasta dónde se puede llegar sin cambiar la norma. Y, si hay que cambiar la norma, en cómo habría que cambiarla.

P. ¿Va a haber una ley de plazos para el aborto?

R. No quiero adelantar el trabajo del comité de expertos. Yo he manifestado que es bueno

mirarse en el espejo de Europa. Es probable que la solución más adecuada, viéndonos en ese espejo europeo, sea una combinación de una ley de plazos -que no lo garantiza todo-, y unos supuestos que permitan garantizar el derecho. Y, al mismo tiempo, incorporar los conocimientos técnicos que se tienen, que en este momento son superiores a hace 20 años, sobre la viabilidad del feto. Ese comité es el que nos tiene que decir la propuesta que garantice todo esto.

P. ¿Será necesario un amplio consenso?

R. Me parece que es lo mejor. Y estoy seguro de que un sector amplio de votantes del PP piensa lo que yo pienso, pero lo que no voy a garantizar es qué va a votar el PP.

P. La cifra de 100.000 abortos al año ¿no revela graves deficiencias en educación sexual, en prevención?

R. Revelan deficiencias, pero creo que la palabra "graves" es demasiado fuerte.

P. ¿Se está relajando el uso de anticonceptivos, el sexo seguro?

R. Hay que hacer un esfuerzo en educación sexual y reproductiva que debe de estar dentro de la campaña del trabajo del ministerio, y también dentro del Ministerio de Educación. Y creo recordar que Educación para la Ciudadanía incluye también varios capítulos de salud sexual y reproductiva. Y lo digo como padre.

P. En el último Consejo Interterritorial acordaron hacer una propuesta sobre financiación sanitaria. ¿En qué situación se encuentra?

R. Está hecha. He mandado el primer borrador a [el vicepresidente económico, Pedro] Solbes. Lo asumo con sus pros y sus contras. Los principios generales que tiene son los siguientes: en primer lugar, la suficiencia financiera del sistema; en segundo lugar, los criterios tienen que incorporar qué condiciona el gasto (población, envejecimiento, dispersión, insularidad, incorporación de tecnologías); en tercer lugar, la cohesión.

P. ¿Va a afectar la crisis al sostenimiento del sistema de salud?

R. Lo que busca el Pacto por la Sanidad, igual que el Pacto de Toledo garantizó las pensiones, es que nuestro sistema nacional de salud sea algo incorporado a los genes del Estado. La situación económica es mala, pero no tan mala. Si lo que me está preguntando es si este sistema será viable dentro de 20 años, el Pacto por la Sanidad busca eso.

P. Ese pacto ya se le ofreció por la oposición a su antecesora, Elena Salgado, y no se hizo. ¿Qué ha cambiado?

R. No sé en aquel momento por qué no entró. Pero en este momento hay unanimidad en los consejeros y consejeras, que es el primer paso. Los partidos políticos están de acuerdo, y los sindicatos quieren incorporarse. Se dan las condiciones para un pacto que garantice que este sistema es viable y que lo heredarán nuestros hijos.

P. Muchos ciudadanos sufren las urgencias colapsadas, largas listas de espera... Envejece la población, y han llegado millones de inmigrantes, pero los recursos no han aumentado tanto.

R. La inmigración nos ayuda. Si miramos la pirámide de población española, niños tenemos pocos, de edad intermedia tenemos más y está aumentando una población envejecida. ¿Qué ha hecho la inmigración? Dos efectos positivos: aumenta el segmento que paga impuestos, y crece la base, que será al final quienes mantengan la sanidad.

P. ¿Plantea algún copago por el usuario para frenar la demanda de servicios sanitarios?

R. Algunas autonomías lo han planteado. Cataluña ha hecho algunos gestos. De hecho, en la compra de un medicamento hay un copago. Son gratis para los jubilados y los que no estamos jubilados pagamos un porcentaje. Y no nos estamos planteando cambiar el sistema, porque cuando se estudia vemos que no supone un gran ahorro: son 1.000 millones de euros, y eso, para un gasto sanitario de 82.000 millones, no significa un cambio que haga el sistema sostenible.

P. ¿Qué le parece el modelo de gestión privada de la sanidad de Madrid o Valencia?

R. Eso merece una reflexión más detallada. Gestión privada es la interrupción del embarazo o la diálisis que se hacen de forma concertada en una clínica privada. Otro nivel es la gestión privada de una determinada institución. Eso tampoco supone una dificultad mayor para un sistema público, pero hay que diferenciar cuando lo gestiona una fundación y cuando lo hace una empresa. Una empresa tiene que generar beneficios, y parece más razonable que esos beneficios, en vez de ir a un bolsillo privado, vuelvan al sistema. Y el tercer nivel, que es el más preocupante, es cuando las decisiones sobre la salud las toma una entidad privada, como las compañías de seguros en Estados Unidos. Ahí es donde no estoy de acuerdo. ¿Eso está pasando en España? Aún no.

P. ¿Cuándo tendremos listas de espera transparentes?

R. Las listas sí que las sabemos, excepto las de Madrid.

P. El detalle lo saben ustedes, no el ciudadano.

R. Lo que se ha conseguido, con la excepción de Madrid, es un acuerdo con las comunidades de que comunicaremos un dato global. ¿Es ocultismo? Yo creo que la transparencia tiene también sus límites. A mí me ha preocupado cómo se han comunicado los datos médicos de los heridos en el accidente de Barajas. El ejercicio de transparencia es cada vez mayor. A mí me gustaría llegar a regular por decreto las garantías en tiempos máximos de espera.

P. ¿Esta legislatura?

R. Sí.

P. ¿Sabe ya cuánto personal sanitario hace falta?

R. Tenemos ya los datos para hacer la predicción para los próximos 25 años. Espero tener este

otoño el registro. Eso permitirá que tengamos una planificación. Y, a corto plazo, hemos desarrollado un decreto que nos permite incorporar a profesionales extracomunitarios, que espero que salga en los próximos meses. No hay una solución mágica para un problema que se tenía que haber previsto hace 10 años.

P. Haciendo autocrítica, ¿admite que se gestionó mal la crisis del aceite de girasol?

R. A mí me gusta ser crítico conmigo mismo, sobre todo para no volver a caer en el mismo error. Hubo casi unanimidad en todos los medios criticando al ministro. Por tanto, tengo que reflexionar mucho sobre ese momento. Pero recuerdo perfectamente la secuencia, y asumo la decisión: está entrando aceite de girasol contaminado. Cuando me lo dicen, están hablando de 120 o 125 toneladas. Los datos que tengo ahora son 30.000 toneladas. La toxicidad aguda por hidrocarburos es nula, pero la crónica puede ser preocupante. Lo normal en cualquier Gobierno es decir que aquí no pasa nada. Y ésa no fue mi actitud. Es cierto que en la nota primera que sacamos -que yo sostengo- aparecía una disparidad: usted me dice que lo está retirando, y al mismo tiempo me dice que si tengo una botella, que no me preocupe. Eso parece una contradicción. Y la contradicción era entre toxicidad aguda y toxicidad crónica. Al final de la historia, ¿qué pasó? Que yo asumí el chaparrón, pero hay varias cosas que tengo en el haber: ni un solo caso de intoxicación, el sistema económico no se ha resentido en nada, y he garantizado que ni una sola de esas 30.000 toneladas están ahí. Por último, la Comisión Europea nos dio la razón, y acabó recomendando a los demás países que hicieran lo mismo.