

Trinidad Jiménez: "La discusión sobre el aborto está superada"

El aborto está socialmente superado

BERNA GONZÁLEZ HARBOUR - Madrid - 20/04/2009

Trinidad Jiménez (Málaga, 1962) no ha perdido un minuto en siete días para aprenderse -e inventarse- un ministerio que intenta aunar el sistema sanitario público con la atención al dependiente. La misión es hercúlea: consolidar el cuarto pilar del Estado de bienestar en plena recesión. Vamos al grano.



Trinidad Jiménez

A FONDO

Nacimiento: 04-06-1962

Lugar: Málaga

"El paso del hospital al geriátrico debe ser de gestión pública"

"No hay demanda para legislar sobre muerte digna y suicidio asistido"

"Hay que buscar un equilibrio entre las chicas que quieren abortar y sus padres"

"Las cajetillas de tabaco tendrán imágenes que causen impacto"

Pregunta. La ley antitabaco prohíbe fumar en los lugares de trabajo, pero viola el espíritu de la propia ley al permitir que los trabajadores de la hostelería respiren humo, y además se incumple. ¿Tiene planes para resolver esta contradicción y ampliar la ley?

Respuesta. Estamos en fase de evaluación. Somos conscientes de que todavía no se cumple en todos sus términos, entre otras cosas porque algunas comunidades autónomas han legislado con un marco más flexible, y esto está recurrido ante el Constitucional. Lo positivo es que ya hay espacios públicos

libres de humo y que un millón de personas han dejado de fumar. A partir de ahora, veremos si es necesario algún tipo de modificación. Estamos pensando en cambiar el formato de cajetillas de tabaco introduciendo algún elemento visual que disuada.

P. ¿Otro más? Ya está escrito que "el fumar mata".

R. Lo que se hace en países de nuestro entorno es introducir imágenes que causen impacto y reduzcan el hábito del consumo. El tabaco causa 50.000 muertes al año, más que el sida, drogas, alcohol y accidentes juntos.

P. Madrid no cumple esta ley, legisló para incumplirla, y tampoco la de Dependencia. ¿Cómo le hará cumplir la ley?

R. Con todas las comunidades hay que establecer un mecanismo de cooperación. Algunas competencias están transferidas y eso exige un esfuerzo permanente de diálogo. Yo llego con esa actitud y así trabajaré con las comunidades. Hemos tenido un primer contacto, con muy buen clima, hemos llegado a un acuerdo para el reparto de las ayudas de dependencia y pretendo seguir con esta dinámica porque mi único objetivo es garantizar la llegada de las prestaciones a todos los ciudadanos. En el caso de la dependencia, esta ley lleva sólo dos años. Al principio se destinó dinero en función de la población, y desde esta semana una parte de las ayudas se dará en función de los dependientes ya evaluados. Hemos pedido a la Comunidad de Madrid que realice las evaluaciones para que pueda obtener esas ayudas.

P. Pero el nuevo modelo de financiación premia la evaluación de dependientes, no la ayuda real. Hay comunidades que aún no han dado un euro al 80% de los dependientes ya evaluados. El 42% de los evaluados aún no ha visto la ayuda.

R. Con el tiempo podremos revisar e introducir las correcciones necesarias.

P. ¿Cuál es su objetivo para lograr el punto de inflexión y que funcione la ley?

R. Tiene que pasar un tiempo hasta que quede consolidado el derecho, como llevó tiempo consolidar el derecho universal a la salud, el derecho a la educación y el derecho a las pensiones. Estamos hablando de un cuarto pilar del Estado de bienestar y estamos hablando de su consolidación en un contexto de crisis económica. El presupuesto de 2009 aumenta un 78% respecto a 2008, lo que

refleja que hay una apuesta clara. Hay que ampliar el presupuesto, hay que reforzar el trabajo con las comunidades y esperar a que se alcance una decisión sobre financiación. El gran objetivo es crear un espacio sociosanitario integrado, donde se integren las políticas de sanidad y las políticas sociales. Con ello conseguiremos una respuesta ágil y eficaz a esas prestaciones que tenemos que dar. Se trata de que una persona mayor ingresada con un tipo de dolencia y que luego no pueda valerse por sí misma, en lugar de dejarla en el hospital, cuya plaza es enormemente cara, vaya a un centro adecuado donde no necesite una asistencia sanitaria permanente pero sí una atención. Se trata de crear esos centros y de que el sistema público coordine y gestione esa prestación. Ése es el enfoque que hay que ofrecer hoy.

P. ¿Podemos esperar entonces que el sistema público de salud que da el alta hospitalaria a una persona le dé también entrada a un geriátrico u otro centro?

R. Podríamos tender a ese esquema. El puente entre la asistencia sanitaria y social debe ser público. Y el paso del hospital a la dependencia tiene que ser cuestión pública. El objetivo es que éste se convierta en un ministerio de referencia ligado al bienestar y calidad de vida del ciudadano. La persona mayor que se opera de cadera, en lugar de un mes en el hospital, se le lleva a algún tipo de residencia o se le presta algún tipo de asistencia en su domicilio. Es racionalizar los recursos, integrar las políticas con una visión más moderna que corresponda al mapa poblacional que tenemos hoy. Tenemos la cuarta esperanza de vida más alta del mundo y hay que gestionar ese tramo de vida en el que la persona tiene salud pero necesita prestaciones que el Estado tiene que ofrecerle.

P. ¿Y cuál es el mayor obstáculo para ello?

R. No existen obstáculos. Sólo tiempo para que se consolide.

P. ¿Cree que las chicas de 16 años pueden y deben abordar solas el aborto, o que esto debe ser una excepción?

R. La mayoría de las mujeres de 16 años están en condiciones de tomar una decisión sobre su sexualidad y la posibilidad de interrumpir un embarazo. Ahora bien, no todas las mujeres lo están y, como siempre, hay que buscar

equilibrio y correcciones. La ley está en manos de la comisión de los expertos y el Parlamento tendrá la última palabra.

P. ¿Una salida puede ser que esa autonomía sea excepcional?

R. Dejarlo de forma excepcional puede ser una salida, pero no quiero adelantarme.

P. ¿No cree que darles la potestad de abortar solas a los 16 privaría a los padres que las pueden ayudar de la ocasión de hacerlo y a ellas de esa ayuda?

R. Es evidente que el apoyo y consejo de la familia es fundamental y el Gobierno lo quiere tener en cuenta. Pero, ¿qué ocurriría si hay una divergencia total entre lo que quiere esa chica y sus padres? Ése es el supuesto en el que hay que buscar un equilibrio.

P. ¿Cree que los hospitales públicos asumirán el aborto, como pretende la ley?

R. Derecho a la objeción de conciencia sí, pero siempre que se garantice el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo.

P. ¿Teme una nueva movilización de la Iglesia en las calles a raíz de la reforma del aborto?

R. Tiene poco sentido el debate al que estamos asistiendo hoy y que se tuvo ya hace muchísimos años. En España se despenalizó el aborto, se hizo la ley que se podía hacer en ese momento y hoy nos encontramos con una realidad diferente y con un tiempo de experiencia para ver sus fallos. No estamos discutiendo si se puede interrumpir o no el embarazo, eso ya lo discutimos y socialmente está muy superado. Ahora se trata de aprobar la ley para ofrecer más seguridad a mujeres y profesionales. Y la prioridad debe estar en la educación sexual.

P. Pero no me ha contestado. ¿Teme una movilización de la Iglesia?

R. No lo temo. El debate social está muy superado, y la prueba está en que estas primeras reacciones no han tenido respuesta. Se produciría un divorcio demasiado grande entre lo que la sociedad ya ha superado hace años y lo que puede decir la Iglesia. La Iglesia tiene legitimidad para opinar, pero el legislador legisla.

P. En esta misma mesa, el ministro Soria me contó los planes para legislar sobre muerte digna y suicidio asistido. Aquello quedó aparcado por Zapatero. ¿Usted tiene planes en este sentido?

R. No forma parte de una prioridad en el debate social ni político; por tanto, no tengo intención de avanzar en este aspecto. No existe un clima social que demande este tipo de legislación.

P. Ni muerte digna ni suicidio asistido.

R. En ninguno de los dos casos hay demanda. Sí hacemos un esfuerzo para que haya cuidados paliativos que permitan a los pacientes morir sin dolor. Y un registro de voluntad previa.

P. Pero en España también hay rendijas para un caso *Eluana*. Está prohibido el encarnizamiento terapéutico, pero esto no ha impedido el caso de Inmaculada Echevarría o el caso *Leganés*, donde se persiguió a los médicos. Por ello el PSOE en su último congreso aprobó una moción para avanzar en una ley para la muerte digna. Y luego ha puesto el freno.

R. Ha sido objeto de reflexión, pero no hay una demanda social. El caso *Leganés* fue basado en denuncias falsas, se sobreseyó la causa. Lo que allí se hacía era lo que nosotros queremos: cuidados paliativos que no permitan que el paciente sufra dolor insoportable. Ahí la ley es segura y clara.

P. El Gobierno comenzó con fuertes avances sociales y después echó el freno por temor a la Iglesia. ¿No cree que el Gobierno está más influido por la Iglesia que la propia sociedad?

R. Estamos ampliando derechos como nunca se había hecho en este país: matrimonio gay, ley de violencia de género, igualdad, subida de pensiones mínimas, salario mínimo, Ley de Dependencia, reformas del divorcio, aborto... No hay obstáculos en ese sentido. Sabemos que el Gobierno es representante de la voluntad popular y la Iglesia tiene otro espacio reservado en la sociedad, no hay más consideraciones.

P. ¿Qué leyes podemos esperar de su mandato?

R. Estamos trabajando en el Pacto por la Sanidad para conseguir la equidad en prestaciones en todas las comunidades. Antes del verano presentaremos un proyecto de real decreto que regule los tiempos máximos de las listas de espera en casos de lesiones graves o muerte. También un calendario de vacunas común. Y una ley de salud pública.

P. El ex ministro Soria no daba a conocer las listas de espera en España. ¿La ministra Jiménez ofrecerá esa transparencia?

R. Utilizamos los datos para dar los servicios, y si no los comunicamos es porque la complejidad nos exige cierta reserva para que no sean malinterpretados. Se mantendrá la política de Soria.

P. ¿Está dispuesta a replantear la vacuna del papiloma, que suma miles de firmas en contra?

R. La comisión de expertos está evaluando los dos casos de afectadas en Valencia, pero por ahora contamos con todas las garantías. No hay razón para paralizarlo.

P. Faltan 3.000 médicos ahora mismo en España. ¿Qué hará?

R. Trabajaremos, colaborando con Educación, para ampliar las matriculaciones, en el reconocimiento de títulos y un plan de fidelización para que permanezcan. Podemos atraer también a los españoles que residen en el exterior, pero por mi sensibilidad especial en mi responsabilidad anterior quiero llamar la atención de que si traemos médicos de otros lugares del mundo debemos ser conscientes de que sus Estados han gastado dinero en formarlos. Hay que buscar el equilibrio.

P. Usted es miembro de un Gobierno paritario, pero la sociedad está aún muy retrasada en ese sentido. ¿Cómo se realizará el camino hacia la paridad real?

R. Hemos legislado mucho en favor de la paridad, pero hace falta también un cambio cultural en hombres y en mujeres, un cambio que se verá a través de la educación. Los cambios no se producen porque se apruebe una ley. El punto de inflexión lo veremos cuando la cuestión de género no sea una cuestión.

P. ¿Cree que será más criticada por ser mujer?

R. Se me observará con más detenimiento y se me harán comentarios que no harían a mis compañeros por el hecho de ser mujer, pero no me preocupa especialmente. Lo doy por supuesto.

El País