CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002 **VII Legislatura** **Núm. 659**

NO PERMANENTE PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL PACTO DE TOLEDO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JESÚS MERINO DELGADO

Sesión núm. 33

celebrada el miércoles, 11 de diciembre de 2002

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias:

— **De la señora secretaria general de Asuntos Sociales (Dancausa Treviño). (Número de expediente 212/001396.)** **21402**

— **Del señor Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Cantabria (Barrio Seoane). (Número de expediente 212/001395.)** **21416**

Se abre la sesión a las once y diez minutos de la mañana.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS:

— DE LA SEÑORA SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES (DANCAUSA TREVIÑO). (Número de expediente 212/001396.)

El señor **PRESIDENTE:** Vamos a iniciar la celebración de las comparecencias que teníamos previstas en el día de hoy.

En el orden del día figuran, en primer lugar, la comparecencia de la secretaria general de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo, a la que agradecemos su presencia y que, sin esperar más, damos la palabra para que inicie su intervención.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES** (Dancausa Treviño): Buenos días, señor presidente, señorías, me resulta muy grato comparecer por primera vez en esta Comisión del Pacto de Toledo. Y comparezco para informarles sobre aquellos aspectos del Pacto de Toledo y de los acuerdos adoptados posteriormente entre el Gobierno y los interlocutores sociales que guardan relación con el área de Asuntos Sociales y que, básicamente, se refieren a las recomendaciones sobre la atención a la dependencia y servicios que complementan las distintas prestaciones del ámbito de la Seguridad Social. No debemos perder de vista que el referente en que se instrumenta el Pacto de Toledo y acuerdos posteriores es el marco de la Seguridad Social, y que el fenómeno de la dependencia es un fenómeno real, complejo, que está asociado básicamente a problemas o cuestiones derivadas o relacionadas con el envejecimiento y con la discapacidad. Se trata de personas afectadas por serias dificultades para ejercer su autonomía personal y funcional y que, por tanto, precisan atenciones especiales.

Al igual que en otros países de nuestro entorno, España está experimentando un crecimiento en el número de personas dependientes, es decir, de personas que necesitan una ayuda de otras personas para desarrollar los actos esenciales de la vida diaria. Contamos con datos que pueden ser de gran utilidad a la hora de centrar la cuestión. La población mayor de 65 años ha experimentado un fuerte crecimiento en el siglo pasado. Si en 1900 la población mayor de 65 años era del 5,2 por ciento, en el año 2000 alcanza el 16,6, lo que supone algo más de 6,5 millones de personas. Las previsiones del INE para los próximos 25 años apuntan a un fuerte crecimiento de mayores de 65 años, cuyo peso total se elevará hasta el 19,8 por ciento en el 2020, lo que supondrá 7,8 millones de personas. Éstos son los datos que da el Informe 2000 elaborado por el Inserso.

La encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999 elaborada por el INE con la colaboración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y de la Fundación ONCE ha investigado tanto el número de personas con discapacidades y deficiencias padecidas, así como la severidad de las mismas. Los datos que arroja nos dicen que el número total de personas con discapacidades en España es de 3,5 millones de personas, lo que supone aproximadamente un 9 por ciento de la población. A partir de los datos que aporta la encuesta, se estima que existen en España prácticamente 822.000 personas dependientes gravemente afectadas. Este número se incrementará en los próximos años debido, por un lado, al envejecimiento de la población y, por otro, a la elevada tasa de siniestralidad por accidentes en personas jóvenes y maduras. De ello se estima en 227.099 el número de personas dependientes graves menores de 65 años, y en 487.843 los dependientes graves mayores de 65 años. A estas cifras hay que añadir otro grupo de personas no computadas en esta encuesta, pero que están atendidas en centros residenciales, tanto de mayores, alrededor de 80.000 personas, como de menores de 65 años, alrededor de 27.000 personas.

El aumento de las personas mayores que constituyen un segmento de la población con un peso específico cada vez más grande en las pirámides demográficas de nuestras sociedades es por tanto uno de los rasgos definitorios de nuestro tiempo. Por otro lado está también el hecho de que la edad de vida media de las personas con discapacidad también está aumentando, por lo que es importante avanzar en soluciones. También hay que tener en cuenta que los efectos del envejecimiento en España se van a producir con más retraso que en países de nuestro entorno, dado que las generaciones que alcancen los 65 años próximamente son menos numerosas, fundamentalmente porque son personas nacidas después de la guerra civil. Y por otro lado, los cambios que se están produciendo en las familias, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la variedad de modelos familiares, con la tendencia a los cambios también en los sistemas de apoyo informal y la necesidad de compatibilizar la vida familiar y laboral, son cuestiones que también van a incidir en los sistemas de protección.

Cuando hablamos de dependencia debemos, por tanto, de considerar que estamos ante una cuestión de múltiples dimensiones, no sólo por lo que se refiere a las distintas situaciones de dependencia de las personas mayores y discapacitadas, sino también porque es necesario una coordinación entre las distintas administraciones que se ven relacionadas entre sí por sus propias competencias. A su vez, la necesidad de seguir avanzando en fórmulas de apoyo a las familias cuidadoras y la conciliación de la vida familiar y laboral es también una cuestión importante, de la misma forma

que también lo es impulsar y mantener una colaboración con la sociedad civil y con el sector privado.

Como recoge el propio acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social, al estar transferidos los servicios sociales a las comunidades autónomas, y en algunas materias a las corporaciones locales, culminadas ya las transferencias sanitarias, la atención de la dependencia debe ser impulsada y compartida por las tres administraciones públicas, sin perjuicio de que la Administración del Estado deba jugar un papel de impulso de la cobertura social de esta contingencia. Estoy segura de que en el marco de la comisión de trabajo que se va a constituir en breve, con la participación de los componentes de las tres administraciones públicas implicadas, obtendremos conclusiones que nos permitirán avanzar en el establecimiento de un sistema de protección de las situaciones referidas en concurso y con el compromiso de todas las voluntades, lo que le dará a los resultados el valor añadido del consenso social. Esta comisión de trabajo podrá reflexionar acerca de esta cuestión, teniendo en cuenta que la dependencia ha de ser tratada no solamente desde el puro aspecto económico de una prestación que se pueda crear o mejorar, sino también desde la vertiente de la atención social y sanitaria, cuyas competencias hoy también están básicamente en el ámbito de las comunidades autónomas. Se hace necesario que, además de garantizar el sistema de prestaciones para la disponibilidad de los recursos necesarios para vivir, podamos avanzar en el desarrollo de políticas que faciliten a las personas, y en este caso a los dependientes, la atención, los cuidados y servicios necesarios.

Si miramos hacia Europa como un referente, vemos que no existe un modelo homogéneo. Unos países insertan las cuestiones relativas a la dependencia en el ámbito de los servicios sociales con carácter no contributivo universal (modelo nórdico y británico); otros, en los sistemas de seguridad social (modelos alemán, austríaco y Luxemburgo), con cotizaciones por ella; y un tercer modelo, como el desarrollado en Francia en 1997, que puso en marcha la prestación social a la dependencia, que es una ley de tipo asistencial financiada por impuestos y que limita el acceso al derecho a los mayores de 60 años. Esta ley sabemos que está en un proceso de readaptación y que podría evolucionar hacia una ley desde el ámbito de la seguridad social.

En España tenemos la oportunidad de valorar los distintos sistemas de países del entorno europeo por lo que he dicho antes, porque nos va a afectar el envejecimiento más tarde que a los otros países. Y además partimos de una serie de recomendaciones y compromisos previos, como son los siguientes:

La recomendación de la ponencia especial constituida en el Senado de la IV Legislatura, dentro de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales, que recomendó al Gobierno de la nación, las comunidades autónomas y las corporaciones locales que colaborasen para la adopción de medidas legislativas y de orden económico y social que garantizaran y cubrieran la atención social de los mayores en los casos de dependencia.

El Defensor del Pueblo, que en el contexto de las recomendaciones a distintos ministerios ha planteado también al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo, la implantación de medidas necesarias para dar a la situación de dependencia una regulación coherente, eficaz y eficiente en el marco de la Seguridad Social.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, que ha venido recomendando el establecimiento de cauces adecuados para una efectiva coordinación de los servicios sanitarios y profesionales.

Y por último, las partes firmantes del acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social, que han considerado conveniente abrir un período de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a las personas dependientes y sobre el papel que ha de jugar el sistema de protección social, en orden a que antes de finalizar la presente legislatura pueda estar diseñada y aprobada una política de atención a la dependencia.

Y a nivel europeo, tanto los consejos de Laeken y Barcelona, aprobaron una serie de objetivos comunes para garantizar unas condiciones de vida digna a las personas mayores.

También la Comisión Europea ha hecho igualmente una serie de recomendaciones sobre medidas de protección para la dependencia en el ámbito de la organización de la protección social, insertándolas en un sistema de protección universal, o bien llevándolas a cabo en un régimen autónomo especializado o incorporándolas en el marco de una de las ramas de la Seguridad Social.

Y por último, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento 2002, adoptado en la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, que se celebró durante la presidencia española de la Unión Europea, que identificó entre sus ejes de acción prioritaria el refuerzo de los entornos de apoyos esenciales en un marco de cohesión e inclusión social, resaltando la importancia de consolidar los vínculos y relaciones entre generaciones, de apoyar a las familias en sus funciones de estructuración social y de suministro de cuidados a sus miembros dependientes.

Señoras y señores, la cobertura de protección en el riesgo de la dependencia en España en la actualidad es parcial, no existe un marco jurídico o una cobertura específica del riesgo de la dependencia. Pero también es cierto que la protección de las personas dependientes se contempla tanto en algunas prestaciones de la Seguridad Social, en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios, y también a través del sistema tributa-

rio. Tenemos que tener en cuenta que en las políticas de protección social conviven prestaciones básicas de seguridad social, prestaciones contributivas y no contributivas, con otras prestaciones y servicios complementarios gestionados por las distintas administraciones (general, autonómica y local), todas ellas de naturaleza pública y parecidas en su naturaleza y finalidad.

En la actualidad podríamos decir que contamos con tres guías de atención a las situaciones de dependencia. Por una parte, en el sistema de seguridad social se contempla la cobertura de la dependencia en los siguientes supuestos: tanto en la prestación de gran invalidez, como en la pensión de invalidez en su modalidad no contributiva, como en las prestaciones familiares por hijo a cargo minusválido se da cobertura para quienes requieren la ayuda de otra persona para la realización de las actividades esenciales de la vida diaria. La prestación se complementa con un 50 por ciento de su valor, y permanecen también como beneficiarios del suprimido subsidio de ayuda a tercera persona de la Lismi los discapacitados que precisan la atención de otra persona para actividades de la vida diaria. En segundo lugar, a través de las prestaciones sanitarias, sociosanitarias, mediante servicios como centros residenciales y de día, atención domiciliaria y teleasistencia y servicios análogos. Y por último, en el sistema tributario, ya que el mínimo familiar se incrementa en los supuestos de personas de discapacidad: en los términos previstos en la Ley 40/1998, del IRPF, se establecen deducciones por mayores a cargo y también por personas con discapacidad. Por otro lado, la nueva reforma de la Ley del IRPF que entrará en vigor en el año 2003 incorpora nuevas mejoras en el tratamiento fiscal a la familia, en línea también con medidas del Plan Integral de Apoyo a la Familia. Destacan fundamentalmente las deducciones para familias con mayores de 65 años o discapacitados, y se crea una nueva deducción por gasto de asistencia a personas mayores de 75 años de 1.000 euros, y por asistencia a discapacitados de 2.000 euros.

Por tanto, para diseñar las líneas básicas de atención a la dependencia en el futuro hay que partir de lo que ya tenemos, ver las necesidades a cubrir, atendiendo a los compromisos y a las recomendaciones a los que he hecho referencia. En términos generales cabrían distintas alternativas. En el campo de las prestaciones, desde un seguro privado al establecimiento de un sistema de prestación económica en el ámbito de la Seguridad Social o de un posible sistema mixto, complementario entre ambos sistemas y el establecimiento de medidas específicas en el marco sociosanitario. Si bien la conclusión final no depende sólo del Gobierno. Consideramos que una ley básica de dependencia, consensuada entre el Gobierno, agentes sociales, comunidades autónomas y ayuntamientos probablemente sea la mejor solución, con un respeto escrupuloso de las competencias de todos y cada uno de ellos, pero siendo capaces de determinar un nivel de atención a situaciones como éstas, que en ningún caso, creemos, puede ser vulnerado.

La atención a la dependencia, como señalaba también antes, no puede ser solamente la prestación económica; está también la atención sociosanitaria y los servicios sociales. Y junto a ello hay que tener en cuenta otros programas, como son los de apoyo a familias cuidadoras y actuaciones y medidas para la conciliación de la vida familiar y laboral. En cuanto a prestaciones y servicios sociales, como datos de referencia, diremos que, de acuerdo con las recomendaciones del Defensor del Pueblo y de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, realizadas en el año 2000, los *ratios* que deberíamos alcanzar como mínimo en relación a la población mayor son los siguientes: en plazas residenciales, el 3,5 por ciento; en ayuda domiciliaria, el 4 por ciento; en teleasistencia, el 2,5 por ciento; y en centros de día para dependientes, el 1 por ciento. Pues bien, según datos del Observatorio de las personas mayores, obtenidos en función de los aportados por las comunidades autónomas que, como decía, son las competentes en materia de asuntos sociales con respecto a este tipo de servicios, a enero de 2001, es decir, hace dos años, los *ratios* de cobertura eran de 3,18 en plazas residenciales; de 2,07 en ayuda a domicilio; de 0,94 en teleasistencia; y de 0,13 en centros de día para personas dependientes. Sabemos que a lo largo de 2001 y 2002 ha habido nuevos incrementos de plazas y servicios, que lógicamente habrán mejorado estos *ratios*. Pero en este momento no disponemos de esos datos.

Vemos, por tanto, que los índices de cobertura se van acercando a los estimados necesarios por los citados informes, pero que aún son insuficientes respecto a lo que entendemos que debería ser la atención. Si miramos los países de nuestro entorno (no hay una media de los países europeos, puesto que no hay tampoco ningún estudio que determine cuál es esa media), vemos numerosas diferencias por cuanto que así como en plazas residenciales Alemania alcanza el 5 por ciento, Italia está en el 1,8; y en ayuda domiciliaria Alemania está en el 3 por ciento, mientras que hay otros países, como Noruega y Suecia, que están en unos *ratios* mucho más elevados.

También había que señalar que es importante en este entorno determinar que las políticas de protección social cubren prácticamente a toda la población (las pensiones ya están universalizadas), y que en prestaciones no contributivas de jubilación e invalidez son beneficiarias 598.033 personas; que hay 203.500 beneficiarios de las prestaciones por hijo a cargo, y que de los complementos de estas prestaciones por acreditar necesidad de otra persona para las actividades esenciales de la vida diaria son beneficiarias 90.216 personas. Además estas personas tienen (sean contributivas o no contributivas) la prestación sanitaria y la farmacéutica,

es decir, tienen la farmacia gratuita. Ello nos lleva a la conclusión de que el nivel de desarrollo en nuestro país en prestaciones y asistencia sanitaria es bastante satisfactorio, pero que los servicios sociales, si bien están en continuo incremento, están por debajo, aunque cada vez más cerca, de los *ratios* a los que he hecho referencia. Sin olvidar que las competencia en materia de servicios sociales están en el ámbito de las comunidades autónomas y corporaciones locales, y que, por tanto, son ellas las que disponen de la legislación, de la competencia y del conocimiento de los datos y de las previsiones que tienen en estas cuestiones, desde la Secretaría General de Asuntos Sociales venimos trabajando en la promoción e impulso de diversos servicios de atención a dependencia a la familia con nuevas iniciativas también para su atención. Contamos con marcos de referencia conocidos por todos ustedes, como son la Lismi, como son los distintos planes de acción para la discapacidad (Plan gerontológico, Programa de Alzheimer), y también planes que tienen una incidencia transversal en estas cuestiones, como es el programa de atención a la primera infancia, conciliación de la vida familiar y laboral, el Plan nacional de acción para la inclusión y el Plan integral de apoyo a la familia. A través de ellos, mediante convenios de colaboración con las comunidades autónomas, a partir de los acuerdos adoptados en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, estamos financiando programas de atención, fundamentalmente a las personas más afectadas y dependientes, con la creación y adaptación de plazas residenciales, de centros de día, mantenimiento de plazas asistidas y desarrollo de programas y servicios de atención personal.

Los créditos aplicados por el Ministerio para este tipo de acciones dentro de estos planes han tenido incrementos sustanciales. Así el crédito del Plan de discapacitados, plan puesto en marcha en 1997, ha tenido hasta el 2003 un incremento del 106 por ciento; el Plan gerontológico ha tenido un incremento en el período, de 1996 al 2003, puesto que está aprobado anteriormente, del 168 por ciento; y el programa de Alzheimer, que se inició en 1999, tiene un incremento entre dicho año y el 2003 de 412 por ciento. Creo que son incrementos importantes y también quizá lo que es más importante destacar es que el presupuesto para el 2003 da un impulso especial fundamentalmente al Plan gerontológico y al Programa de Alzheimer, con objeto de incrementar el número de plazas residenciales y de día. El Plan gerontológico para el presupuesto del año 2003 se incrementa un 39,47 por ciento, lo que supone 17 millones de euros, alcanzando los 60 millones de euros, de los cuales 16 se van a destinar a creación de plazas residenciales y de día, con un incremento sobre el año anterior de 5 millones de euros para este fin. Y el Programa del Alzheimer se incrementa un 75,63, pasando a un importe total de 9.300.000 euros, incorporando por primera vez un capítulo para la creación de plazas de día y residenciales, con un importe de 4 millones de euros.

Como saben, estos programas tienen un efecto multiplicador, por cuanto que las comunidades autónomas que participan aportan al menos el mismo crédito que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, lo que nos va a permitir crear aproximadamente 1.800 plazas en el año 2003. También tenemos previsto y presupuestado dar un importante impulso a los servicios de teleasistencia domiciliaria para personas discapacitadas y mayores que, como saben, se prestan a través del convenio con la Federación Española de Municipios y Provincias. Se va a incrementar el crédito en un 25,15, en el 2003, y queremos dar servicio a unas 10.000 personas más. De los más de 45.000 actuales se llegará a 55.000 mayores y discapacitados atendidos por este programa.

Por otro lado también hay que señalar que en las convocatorias de subvenciones con cargo al 0,52 del IRPF se está dando prioridad en las últimas convocatorias a los programas destinados a mayores y discapacitados gravemente afectados o dependientes, y programas de apoyo a las familias a cuyo cargo se encuentran. En la convocatoria de este año 2002, cuyos programas se realizan en el año 2003, se ha destinado al sector de mayores el 21,5 por ciento del total del crédito (esto es: 19,5 millones de euros); y al sector de personas con discapacidad el 16,7 (esto es: 15,12 millones de euros), siendo ambos colectivos los que más han recibido, con los porcentajes que son los más elevados de todo el crédito.

Hay también que decir, sin embargo, que hay un número muy importante de familias que cuidan a las personas mayores o de cuidadores que son contratados para ello. Es lo que llamamos el apoyo informal, y sabemos que la familia española, y fundamentalmente las mujeres, están asumiendo en buena medida la tarea de hacer frente a la mayoría de las necesidades de cuidado de las personas mayores dependientes. Esta situación sabemos también que está cambiando de forma importante. Como he dicho antes, los cambios en el apoyo informal es una tendencia de futuro indudable, a la vista de los datos que nos ofrecen algunos indicadores, como son las tasas de incorporación de la mujer al trabajo (que afortunadamente en los últimos años se han incrementado en un 8 por ciento), los cambios que están ya produciéndose en los modelos familiares, en la posición social de las mujeres, su papel dentro de la familia, y también en el incremento de la esperanza de vida y el tamaño, por otro lado, de las viviendas, entre otras cuestiones. Por ello también venimos apoyando en los últimos años a las familias cuidadoras. Hay que reconocer que las pensiones mínimas han crecido más del 20 por ciento entre el año 1996 y el 2002, y que las de viudedad van a alcanzar un crecimiento del 60 por ciento, y también que han crecido los programas de información, formación, servicio de apoyo y respiro.

Pero además, dentro del Plan gerontológico, como ya ha anunciado el ministro, vamos a poner en marcha un programa de ayuda a las familias o amas de casa que tengan mayores dependientes a su cargo, en colaboración con las comunidades autónomas.

Por otro lado, otra forma de apoyo que también es para las personas mayores, y fundamentalmente a las familias, es el recién aprobado Plan de vivienda 2000-2005, que ha incorporado por primera vez medidas que favorecen el acceso de las familias a las viviendas protegidas, creando un tramo singular de beneficios para aquellas cuyos ingresos son más reducidos, si bien son las comunidades autónomas quienes tienen que poner en marcha estas medidas. Se establecen en este plan de vivienda ayudas adicionales para determinados colectivos (como familias numerosas, familias monoparentales y familias con personas mayores y con minusvalías). Ayudas que son acumulables entre sí, y a las generales, y que suponen entre 3.000 y 4.200 euros para las familias numerosas, y 900 euros para las demás circunstancias especiales. Este plan tiene un mayor impacto en las familias con menores rentas o con mayores necesidades sociales. Por otro lado, también para seguir avanzando en lo que es la investigación en atención más especializada, vamos a incrementar la red de centros de referencia, y en el año 2003 tenemos la previsión de comenzar la construcción de dos centros de atención especializada, uno sobre Alzheimer en Murcia y otro sobre salud mental en Valencia. El presupuesto previsto para el centro de Alzheimer para el 2003 se eleva a 9 millones de euros y el de salud mental a 12 millones de euros. Son programas y acciones que facilitan la atención a las personas dependientes y que favorecen también su permanencia en el entorno familiar cuando así lo deseen y cuando sea posible. Pero también hay otra cuestión esencial que he señalado antes, y es la cuestión de la naturaleza o de la prestación sociosanitaria, que también debe darse a las personas dependientes, y que es muy importante puesto que es una cuestión que va a ser de gran relevancia en lo que es esta atención.

Para la búsqueda e implantación de este modelo de atención sociosanitaria venimos colaborando con la subsecretaría de Sanidad y Consumo; constituimos un grupo de expertos, con el encargo de realizar un informe y avanzar sobre esta cuestión. Este grupo, que se reunió a finales de 1998, elaboró unas primeras conclusiones y puso en marcha dos comisiones técnicas con representación de todas las administraciones autonómicas y del Estado en materia de salud y social. Y han venido trabajando en la elaboración de un borrador de documento, que se llama «Bases para un modelo de atención sociosanitaria», con el objeto de configurar lo que puede ser este modelo y que va a ser sometido a la aprobación del Consejo Interterritorial de Salud y a la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales. A la vista de todo ello parece claro, y así lo reflejan las diversas planificaciones realizadas hasta el momento, que en los próximos años los programas y servicios dirigidos a los grupos de población de personas dependientes van a ocupar un lugar prioritario, fundamentándose en criterios como el de diversificación de los servicios, en su mayoría de carácter comunitario, y que den respuesta a las distintas necesidades.

Tenemos un mapa de recursos diversificado, pero insuficiente y no homogéneo. El criterio de coordinación, o mejor, de complementariedad tiene que estar presente en la planificación y el desarrollo de la intervención con las personas dependientes a todos los niveles, entre las diversas administraciones, los profesionales, la iniciativa privada y muy especialmente el ámbito de actuación de lo social y lo sanitario.

La integración de los esfuerzos no nos parece que sea una opción, sino que nos viene impuesto por la realidad de los hechos. Indudablemente creemos necesario el fortalecimiento a la protección social pública. Pero también un aprovechamiento eficaz de los recursos disponibles y una racionalización y ordenación de los medios y servicios existentes, si queremos poner en práctica criterios como optimación y eficacia. Ésta podría ser también una de las finalidades de la futura ley que regule la protección de las personas en situación de dependencia, con el objeto de hacer un mejor aprovechamiento de todos ellos y con el objetivo de hacer posible una atención sociosanitaria y de calidad. A su vez el conjunto de prestaciones para la atención a la dependencia debe garantizar el equilibrio entre las distintas comunidades autónomas y la equidad en el conjunto del Estado, evitando que existan diferencias en razón del territorio en el que cada persona dependiente resida.

Y de cara al futuro, y también en el presente, debemos seguir avanzando, y sabemos que tenemos que seguir avanzando, y realizar las reformas necesarias para mejorar nuestro sistema de protección a las personas dependientes. Indudablemente nos encontramos ante un reto de gran magnitud si queremos hacerlo dignamente. Pero yo no quiero terminar esta intervención sin hacer una última reflexión.

Si bien es indudable que alcanzar coeficientes de cobertura de atención y servicios con una calidad adecuados a la demanda y necesidades de los usuarios supone un gran incremento de costes, también es importante tener en cuenta la generación de los nuevos empleos que se crearían con el crecimiento de estos servicios. Estamos hablando de una fuente de generación de empleo claramente recomendada por la propia Unión Europea, que también supondrá afiliaciones a la Seguridad Social, que reducirá los costes de desempleo y también de más cotizaciones e impuestos. Por lo tanto, creemos que estamos en el camino para que España aborde los retos que tenemos hacia el futuro, y que los avances que se consigan como consecuencia del Pacto de Toledo, de los acuerdos de desarrollo, son

una muestra muy significativa que debemos tener en cuenta en esta cuestión. Y en lo que se refiere a la dependencia, el Gobierno está trabajando, si bien creo que debe de mantenerse a la espera de las decisiones que se tomen en esa comisión tripartita, precisamente por todo lo que he relacionado y por avanzar en el futuro diseño de nuestro sistema de protección.

El señor **PRESIDENTE:** Vamos a iniciar un turno de intervenciones. Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista, Elvira Cortajarena.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ:** Gracias, señora secretaria general por su intervención y por su participación en esta Comisión del Pacto de Toledo.

En primer lugar le quiero trasladar que me parece que dentro de toda su intervención falta un elemento importante, que además es el que nos tiene que alumbrar, y es que el envejecimiento de la población es un logro social. Es decir, no podemos, cada vez que se habla de la dependencia o cada vez que se habla de las personas mayores, estar siempre con la idea de que lo que se va a generar es un mayor gasto, que se rompe la convivencia familiar, etcétera. Creo que España es el segundo país del mundo en esperanza de vida, y éste es un logro social del cual nos tenemos que sentir francamente orgullosos. Y éste es un elemento previo que nos tiene que hacer enfrentarnos al tema de la dependencia o al tema del envejecimiento de la población desde una posición más positiva y desde un cierto reconocimiento de que se pueda producir esta situación en nuestro país. Es muy claro, tiene mucho que ver la dieta mediterránea, también tiene que ver que en España se ha universalizado desde hace casi 20 años la asistencia sanitaria, que las condiciones de acceso y de convivencia y las relaciones de familia son muchísimo más fuertes y que los cuidados informales suplen en muchas situaciones y en muchas circunstancias aquellos elementos en que desde el ámbito de la cobertura pública existen lagunas, deficiencias o no se llega. Por lo tanto, éste sería para los socialistas un primer parámetro de enfoque de la dependencia.

En segundo lugar, señora Dancausa, le quiero comentar que la atención a la dependencia ha existido siempre, aunque el nombre parece que es nuevo y estemos todos inventándonos el Mediterráneo cada día. Dependientes ha habido ni le cuento desde cuándo, porque todos recordamos que las personas mayores, por lógica, tienen una situación de deterioro, de enfermedad, etcétera, que les va llevando a tener un acceso mayor a la red sanitaria, porque tienen mayores enfermedades, o un acceso mayor a cuidados, porque son personas en situaciones de dependencia. Por lo tanto, antiguamente se las ha llamado personas no válidas, se les ha llamado personas minusválidas, etcétera. Creo que el término dependencia tampoco es el más preciso, porque serían personas en situaciones de dependencia, porque uno puede ser dependiente en un momento determinado, si se cae y se rompe la cadera, y automáticamente, cuando supera esa situación, volver a ser una persona totalmente autónoma. Por lo tanto, es un matiz también importante que la dependencia no puede ser tratada como si fuera un todo del cual no se sale, sino que en el itinerario vital uno puede tener una situación de dependencia y salir de ella.

En relación a lo que planteaba la secretaria general vinculado con los elementos de países de la Unión Europea, sí que es verdad que nos podemos comparar con algunos países, con muy pocos, señora Dancausa, solamente con Portugal. Como usted ha dicho, en Italia la ayuda domiciliaria funciona muy mal, pero la teleasistencia es un sistema extendido y de carácter universal, con lo cual esto también garantiza muchísimo que la prestación de teleasistencia pueda concitar que en cualquier momento, cuando una persona tiene algún tipo de problema, pueda acceder con rapidez a lo que es una atención de seguridad o unos servicios sanitarios que puedan atenderle.

Yo diría que en relación a los ámbitos de atención a la dependencia nos tenemos que plantear la situación, primero, con un análisis concreto de en qué mundo estamos, cómo nos estamos moviendo. La verdad es que no es muy halagüeño. Usted nos ha planteado que se sube el 400 por cien, el 500 por cien. Si yo tengo cien pesetas, o si yo tengo un euro y lo pongo en 10, he subido el 100 por cien, pero esto, ¿en referencia a qué, a qué contenidos? Nosotros, en ayuda domiciliaria, señora Dancausa, no hemos crecido, hemos decrecido en los seis años de gobierno del Partido Popular. En las atenciones en los centros residenciales se están incorporando cada vez, y eso es una realidad, menos personas mayores, porque estamos en la fase de que los nacimientos de la postguerra nos están favoreciendo para que se dé un gran número de personas mayores, como también ocurre en la Seguridad Social en relación a las pensiones. Pero esto va a durar muy poco tiempo, porque ya en los años 2005, 2010 nos vamos a encontrar con un gran avance de las personas dependientes.

Entonces, ¿cuál es el problema que yo veo? Pues que la atención a la dependencia no se puede fundamentar sólo en las prestaciones de carácter sociosanitario. En el borrador de la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que se ha remitido al Congreso se sigue viendo la atención a la dependencia como una enfermedad más de carácter temporal, y lo que habrá que hacer es plantear un nuevo sistema para atención a las enfermedades crónicas, no solamente a las personas mayores. La encuesta sobre deficiencias y discapacidades y estados de salud (que por cierto, es la primera vez que tuvo que intervenir la Fundación ONCE y también el Inserso, en su pago porque el INE no tenía dinero) automáticamente nos dice que hay muchas personas, más de medio millón de personas, que tienen unos estados de dependencia. ¿Cuáles fueron las propuestas que

se hicieron a través de la Lismi para atender a este colectivo de personas? Usted lo ha referido: se hizo un decreto por el cual se les daba una prestación económica, una ayuda para tercera persona, cuando tenían algún grado de discapacidad que exigía una mayor ayuda o aportación por parte de la familia. En esta línea también quiero decir que las pensiones de invalidez, en relación a los grandes inválidos, cuando entraban en un centro residencial se les podía reducir en un 50 por ciento.

Por lo tanto, tenemos dos colectivos importantes: unos que van a ser con carácter permanente, que van a ser las personas discapacitadas, que usted ya lo ha referido, y otro colectivo importante, que son las personas que ya van cumpliendo años. Y hay un fenómeno que no ha citado, que es el envejecimiento del envejecimiento. Se calcula que vamos a estar dentro de poco en un millón de personas mayores de 80 años. Y por lo que dicen la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y todos los expertos en esta materia, éste es el colectivo de mayor incidencia en demanda de servicios.

Si hemos diferenciado claramente cuáles son las prestaciones de carácter económico de las prestaciones de carácter técnico, les tengo que decir que la atención a la dependencia para nosotros tiene que ser una atención que concite el apoyo de las instancias administrativas que funcionan en nuestro país. En un primer lugar, yo creo que los servicios sociales en relación a las personas en situaciones de dependencia es el elemento clave, porque es el que favorece los itinerarios de convivencia de personas que están en situaciones que ya no tienen capacidad para seguir con la autonomía personal que han tenido hasta entonces. Estos itinerarios de atención en materia de servicios sociales nos tienen que hacer pensar que siempre se habla de los mismos sistemas (sota, caballo y rey). Aquí se han enumerado: la ayuda domiciliaria, la teleasistencia, el centro de día y las plazas residenciales. Pero hay muchas otras modalidades de atención a los itinerarios de convivencia, y tenemos que ser capaces de empezar a pensar y a reflexionar sobre cómo se pueden ir acomodando los estados de necesidad de las personas en situaciones de dependencia con las prestaciones técnicas que pueden dar los sistemas de protección o de ayuda y de colaboración y de apoyo a estas personas.

Por lo tanto, éste sería un primer elemento que me parece que queda bastante corto en lo que usted nos ha dicho, porque en los centros de referencia, en cuanto a la atención del Alzheimer o en cuanto a la atención de enfermos mentales, sería más un ámbito de carácter sanitario que de carácter social. Y me parece que en la línea de la colaboración entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario tiene que primar la convivencia, porque aunque una persona tenga una enfermedad crónica tiene necesidades de convivir, de comer, de estar atendido, de estar entretenido, de sentirse querido. Y eso forma parte de otro entramado que, por una parte, necesitará una ayuda específica de los servicios sanitarios y, por otra, una ayuda y una colaboración más completa por parte de los servicios sociales.

Otro elemento que creo que es importante es toda la red de servicios sociales, sobre todo la red residencial. Las plazas residenciales que se ofertaban en 1995 eran en un 60 por ciento del sector público y en un 40 por ciento del sector privado. En seis años de gobierno del Partido Popular, señora Dancausa, tenemos un 40 por ciento del sector público y un 60 por ciento del sector privado. ¿Sabe a qué nos está llevando? A situaciones realmente alarmantes. Cuando uno ve residencias de ancianos, de personas mayores, que están abriéndose en la actualidad con 300 plazas, uno piensa que estamos retrocediendo, que no se está avanzando en absoluto. Esto no se puede consentir. Porque ya la Seguridad Social, el Servicio Social de atención a las personas mayores y el Inserso, cuando tenían centros mixtos de atención con más de 500 plazas (5 centros había en España), los cerró o los intentó sectorizar y acomodar para que tuvieran menos plazas. Todas las recomendaciones de expertos y de técnicos nos están diciendo que no se debe mantener más de 120 plazas por residencia. Le digo simplemente, por gusto, que se dé usted un viajecito por algunos sitios, y verá usted cómo en Valencia están abriéndose residencias de 300 plazas, cómo en Madrid se está consintiendo también que se acometan residencias de 300 plazas, y esto no es aportar calidad de vida a las personas dependientes, a las personas mayores. Esto es aportar una disminución y una merma en los niveles de atención y en los niveles asistenciales.

Si nosotros nos planteamos única y exclusivamente la atención a las personas en situaciones de dependencia como un negocio económico, en el que si invierto 5.000 millones, tengo que recuperarlos, cuantos menos años mejor, nos estaremos planteando el acometer centros residenciales de esta envergadura, donde al final los residentes acaban siendo un mero número, y no porque el personal no esté cualificado o porque las condiciones arquitectónicas no reúnan requisitos, como eliminación de barreras, etcétera, pero desde parámetros de expertos en la materia y de la Asociación europea se recomienda que los centros residenciales no tenga más de 120 plazas, y yo creo que éste es un elemento sobre el que tendremos que reflexionar muy seriamente en esta Comisión, para ver si somos capaces también de acometer que los centros y las alternativas a la convivencia de las personas en situaciones de dependencia puedan tener un número determinado de plazas y que no se construyan estos macrocentros, donde al final las personas no tienen una buena calidad asistencial. No lo dice el Grupo Parlamentario Socialista, señora Dancausa, lo dicen todos los expertos.

Como usted sabe, yo suelo hacer bastantes preguntas en relación a todos los programas que existen, tanto el

Plan gerontológico como el Programa de Alzheimer o, como el Plan de acción de las personas con discapacidad. Uno de los elementos que me preocupa es que el Programa de Alhzeimer, como usted conoce, se dio por finalizado en el año 1998 y desde entonces no se ha aprobado un nuevo plan, con lo cual estamos funcionando con un plan 2000-2005, pero que tampoco sabemos qué *ratios* o qué parámetros vamos a acomodar. Me parece que es importante que si se quieren acometer planes, por lo menos se tenga la deferencia de mandarlos a la Comisión, para que podamos conocer cuáles son los objetivos, cuáles son los indicadores, qué tipo de estadísticas o de medición se van a tener en relación a los objetivos que plantea el plan.

Un tercer elemento es que cuando se hacen preguntas de cómo va evolucionando cualquier tipo de prestación o ayuda de servicio, se nos dice que es competencia de las comunidades autónomas y que, por lo tanto, el ministerio no puede contestar. Teniendo en cuenta que la alta inspección y la elaboración de las estadísticas y el seguimiento es una competencia de la Administración central del Estado, yo le pediría que se haga un esfuerzo añadido o que se establezca una unidad administrativa determinada. Tampoco pasa nada, porque hay unidades que se han ido acomodando y que han ido respondiendo a las nuevas estructuras y a las nuevas responsabilidades que se está acometiendo, por ejemplo, el Instituto Nacional de Migraciones y Servicios Sociales, y tendríamos que ser capaces de tener un centro real donde se valorarán cuáles son los indicadores, cuáles son todas las estadísticas que están pululando, con tanto plan, programa, proyecto que estamos organizando por todo el país, y que al final adolece bastante de una falta de información veraz, exhaustiva, que nos pueda permitir evaluar qué dinero estamos invirtiendo, qué esfuerzos, qué indicadores de monitorización nos pueden dar para poder ir avanzando en el desarrollo de las políticas sociales.

Tampoco ha citado mucho a los cuidadores informales. Como usted sabe, la mayor parte de los cuidadores informales en nuestro país son mujeres, y la media de edad es, creo, 52, 53 años. ¿Qué nos está ocurriendo con los cuidadores informales? Pues que se sienten muy desatendidos. Y yo creo que tendremos que ser capaces de abordar el tema de los cuidadores informales y darles una respuesta o una solución, que no vaya tanto en la línea, como ya hizo el ministro actual de Trabajo y Asuntos Sociales, de esa famosa ayuda económica para las mujeres, que normalmente son amas de casa, en un 85 por ciento, sino más en la línea de garantizar un reconocimiento complementario a la labor que están desarrollando, y que no lo hemos visto. ¿Por qué? Porque, señora Dancausa, el problema está en que el crédito para la atención de las prestaciones económicas a las cuidadoras informales no es un crédito ampliable, lo tienen que pedir cada año, y cuando se acaba, ya no hay más crédito, y las cuantías económicas que están establecidas son ridículas, aunque es cierto que si se dan 100 euros, por ejemplo, bienvenidos sean, porque menos es nada; pero la realidad es que no se reconoce ni se abona con equidad el trabajo que estas personas desarrollan de cara a la atención de los mayores o los familiares que tienen a su cargo.

Elemento que también me parecería interesante y que usted no ha citado, en relación a la Unión Europea, son los modelos que se están tomando de atención a la dependencia, que son muy diversos y diferenciados. Usted misma lo ha dicho. Desde esta opción que nos está dando la Unión Europea (igual que se hizo con el Libro Blanco de Delors en cuanto a los nuevos entramados para el empleo) tendríamos que ser capaces también de elaborar un grupo de trabajo en Europa que nos permitiera ver la valoración de los modelos que ya está haciendo cada uno de los países y ver cuáles pudieran ser aquellos referentes que para nosotros tuvieran mayores garantías o que pudiéramos, a la hora de abordar la elaboración de la ley de la dependencia o de la propuesta para la atención integral de la dependencia y de las situaciones de dependencia, hacerlo con un conocimiento más exhaustivo.

Y por último le quiero decir, señora Dancausa, que comparto con usted lo que dice de que los servicios sociales del tercer sector, todo lo que son servicios personales, no son un fondo de gasto, es decir, nos tenemos que olvidar de esa idea, porque cuando uno hace una inversión económica potente e importante (que, por cierto, señora Dancausa, desde que está el Gobierno del Partido Popular hemos perdido dos puntos del PIB en gasto social, o sea, 2 billones de pesetas menos que no se gastan en temas sociales) cuando uno invierte en cuidados o en atención directa en el tercer sector, la verdad es que genera riqueza. Vemos muy claro en un programa que ya establecimos e instituimos los socialistas, que fue el Programa de vacaciones para la tercera edad. Todo el dinero que se aporta para ese programa revierte en las arcas del Estado y a veces hasta genera beneficios. Por lo tanto, la atención integral a las situaciones de dependencia no tiene que ser un tema que nos asuste, pero yo creo que tiene que ser un tema de atención integral, que no solamente abarque los servicios sociales de la sanidad, sino también la justicia, la arquitectura, todo el ámbito de la vivienda, que es muy importante; muchas personas, por tener barreras arquitectónicas tienen que salir de sus domicilios a centros residenciales, y si se pudieran acometer programas menores, como la eliminación de las barreras arquitectónicas en los cuartos de baño, por ejemplo, ralentizaríamos bastante la alternativa de que personas que pueden vivir en su domicilio tengan que salir del mismo. Sé de comunidades autónomas que lo están haciendo.

Por último, señora Dancausa, le quiero manifestar que el Grupo Parlamentario Socialista estaría muy dispuesto, en la medida en que como usted ha dicho quieren seguir estudiando e investigando, a participar a tra-

vés de esta Comisión en todo aquello que suponga la mejora de la calidad de vida de las personas en situaciones de dependencia y de los cuidadores informales.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el representante de Convergència i Unió, señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÈS:** Quiero agradecer a la señora Dancausa su intervención y disculpar al conjunto del Grupo Parlamentario Catalán porque un grupo pequeño como nosotros tiene que estar en varias comisiones y mi compañero el señor Grau me ha pasado un resumen de la primer parte de su intervención y yo he asistido a esta segunda parte.

De entrada, una primera reflexión que creo que el conjunto de la Cámara comparte, y estoy seguro de que el Gobierno también, es que la cuestión de fondo por la que usted hoy comparece forma parte de esa nueva realidad que un sociólogo como Ulrick determina como central en la segunda modernidad en la que están inmersas las sociedades europeas. Los cambios estructurales en el mundo de la familia, los cambios estructurales en el mundo del trabajo y el envejecimiento de nuestras sociedades forman parte de estos elementos centrales que obligan al conjunto de las democracias, basadas en el Estado del bienestar, a profundos procesos de reflexión y de reformulación. Estamos hablando, por tanto, de un aspecto central para el buen funcionamiento de la sociedad desde la perspectiva de la cohesión social de nuestras sociedades y de los modelos europeos de bienestar. En este contexto, mi grupo no va a negar que a lo largo de estos años este Gobierno y los anteriores han ido desarrollando políticas dirigidas a dar respuesta a los problemas derivados del envejecimiento de la sociedad, del envejecimiento de que nos hablaba la señora Cortajarena, de la aparición de nuevas enfermedades asociadas precisamente a este proceso de envejecimiento. Creo que el conjunto de la sociedad y estoy seguro de que el Gobierno también comparten que estas nuevas realidades, los cambios en el mundo de la familia, los cambios en el mundo del trabajo y el propio proceso de envejecimiento son consecuencia del éxito del modelo europeo; un éxito que nos lleva a poner en evidencia la insuficiencia de las perspectivas y de las políticas que sobre estas realidades hemos desarrollado hasta ahora. Es evidente que se hacen cosas y es legítimo que la oposición plantee el debate en unos términos en los que existe un consenso bastante generalizado: que las políticas que tenemos hoy encima de la mesa para dar respuesta a estas nuevas necesidades son insuficientes por la magnitud de lo que estamos analizando. Hasta ahora ha existido una movilización de recursos públicos por parte del Estado, una movilización de recursos públicos por parte de las comunidades autónomas y las administraciones locales, y sobre todo y principalmente un esfuerzo masivo de las familias para dar respuesta a esta nueva situación, un esfuerzo muy centrado en las mujeres que compatibilizan el trabajo informal con la responsabilidad en el seno de las unidades familiares, generando alrededor de una parte de nuestras mujeres, de nuestras madres, de nuestras hermanas, de nuestras abuelas, de nuestras compañeras, seguramente buena parte de las respuestas a los problemas que se generan alrededor de esta nueva realidad, del cambio del mundo de la familia y del proceso de envejecimiento. Ahí está la realidad y desde ahí hay que afirmar con contundencia que lo hecho hasta ahora desde el sector público es insuficiente. Ha dependido de la iniciativa de los particulares dar respuesta a esta cuestión. Esto tiene unos aspectos positivos —ni yo ni mi grupo lo negamos— desde la perspectiva de reforzar los vínculos de afecto, de solidaridad entre las personas. Creo que es un valor especialmente en las sociedades mediterráneas, pero también en la vida moderna hoy implica que buena parte de nuestra población femenina mantiene unas situaciones de mala calidad de vida, de estrés, de dificultades y de nuevas enfermedades brutales, sobre lo que existen numerosos estudios. Por tanto, todo ello nos debe obligar desde el sector público a dar un nuevo impulso a nuestra política en ese ámbito.

Esta legislatura empezó con una amplia expectativa en esa materia. Existía en la pasada legislatura un compromiso de un estudio del Gobierno sobre un seguro de dependencia incorporado en la Ley de acompañamiento y posteriormente el acuerdo social entre Comisiones Obreras, la CEOE y el Gobierno. Se habló por primera vez de la dependencia en acuerdos sociales, se marcaba un plazo determinado para que el Gobierno elaborase un informe sobre esa cuestión, pero ya en la recta final de la legislatura es evidente que junto con el desarrollo de las políticas públicas ya puestas en marcha en los incrementos presupuestarios, de los que nos ha hablado la señora Dancausa, las expectativas que en 1999 se habían generado en relación con la puesta en marcha de una nueva política en dirección a la dependencia no se han cumplido. Mi grupo comparte, estoy seguro, con la señora Dancausa, con el Gobierno y con el Grupo Popular una cierta sensación de frustración.

Dicho esto, en diciembre de 2002, a un año de que la legislatura se nos termine, mi grupo es consciente de que hoy (y en ese sentido creo que es bueno que la señora Dancausa haya comparecido en la Comisión del Pacto de Toledo en estos momentos en que este pacto en sede parlamentaria se encamina hacia su recta final) esta Comisión va a tener la oportunidad de dar a esta cuestión el impulso que necesita en la perspectiva de que el desarrollo normativa que se haga de esta materia se pueda producir en la legislatura siguiente. Mi grupo apuesta —y creo que vamos a coincidir con el Grupo Popular y con el Grupo Socialista— por que la cuestión de la dependencia forme parte del nuevo Pacto de Toledo, y que esa ley básica de dependencia forme parte de los compromisos políticos que el mismo

asuma. Una ley que pueda permitir articular una política potente, global, interinstitucional, basada en el diálogo social y político para dar respuesta a esta realidad de la atención de la dependencia más allá de la prestación económica, que forme parte de una política de servicios compartidos desde el sector público y desde el sector privado, que forme parte de nuestro sistema de protección social, que responda al esfuerzo de solidaridad del conjunto de los ciudadanos hacia los problemas derivados de la dependencia. Mi grupo va a apostar por que este sea el elemento central del diálogo político en la Cámara, del diálogo interinstitucional entre comunidades autónomas y el Gobierno y del diálogo social, entre las asociaciones sindicales y patronales y también con las organizaciones sociales, cívicas, que afectan al mundo de las personas mayores, que afectan al mundo de la discapacidad, que afectan al mundo del tercer sector proveedor de servicios personales. Debemos ser capaces de articular esta cuestión en esos diversos ámbitos y asumiendo que hoy es una realidad urgente. A veces cuando los portavoces hablamos de las cuestiones que afectan al Pacto de Toledo le damos una perspectiva en el medio plazo muy necesaria en el ámbito de las políticas, muy inmediata, en regate corto, en el corto plazo, en las urgencias de la política del día a día, y es bueno que el Pacto de Toledo se sitúe en esa perspectiva del medio plazo, que ofrezca soluciones a cuestiones que vamos a tener que impulsar en los próximos años, pero en materia de dependencia no estamos ante un problema de futuro, estamos ante un problema de presente para nuestras familias. Quizás hoy, por la evolución peculiar de nuestra demografía, tenemos un margen que nos permite dar la sensación de que podemos tener cierta tranquilidad a la hora de abordar la cuestión. El Gobierno, en esa falta de impulso en esta legislatura a esta materia, ha partido de esa percepción, pero las familias, los ciudadanos, las mujeres que hoy tienen personas dependientes no pueden tener la sensación de que los grupos políticos lo dejamos para resolver en los próximos años. Es urgente articular una política de dependencia basada en el consenso; por tanto es urgente que el Pacto de Toledo active esa cuestión. Esa es nuestra apuesta.

Creo que su intervención de hoy avanza en nuevos compromisos políticos del Gobierno e intuyo yo que del Grupo Parlamentario Popular también en esa materia. Bienvenidos sean. Sepa que el Gobierno va a contar con la complicidad de Convergència i Unió para convertir esta cuestión en los nuevos elementos centrales de este Pacto de Toledo, pero con el compromiso de que sea en aquellos aspectos de desarrollo urgente ya en la próxima legislatura. Vamos a tener la oportunidad de debatir la ley de coordinación sanitaria en la que vamos a asumir nuevos compromisos, pero todos somos conscientes de que en este legislatura el tema ya no da mucho más de sí y, por tanto, aprovechemos lo que nos queda de año político para articular un compromiso asumido por todos los grupos políticos, por todas las instituciones, por todos los agentes sociales y convirtamos de verdad la atención a la dependencia en la parte del Estado del bienestar que falta por desarrollar en España, que seguramente en función de nuestra historia colectiva nos sitúa lejos de los estándares de bienestar social que la sociedad española nos exige a todos. Para ello puede contar con Convergència i Unió.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el representante del Grupo Popular, señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Muchas gracias, señora Dancausa, por su presencia, hoy, aquí que reafirma el compromiso de su ministerio con las políticas sociales y con las orientaciones que queremos que presidan y que concluyan los trabajos de esta Comisión. Por eso valoramos especialmente su presencia, como ha dicho algún portavoz, en esta recta final de los trabajos de esta Comisión, que nos permite hacer algunas reflexiones sobre uno de los aspectos esenciales pero muy interrelacionado con otros que están siendo objeto de consideración en esta Comisión, como es el problema de la dependencia. Es verdad que todos los datos de envejecimiento de nuestra población han concluido claramente que la dependencia va a ser una de los prioridades sociales del siglo XXI. Estamos de acuerdo en que la dependencia ha existido siempre, pero han sido los cambios en los modelos sociofamiliares los que la han hecho drásticamente visible en las sociedades modernas.

La dependencia la definen los especialistas como la situación que padecen aquellas personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia o una ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria. Requiere en estos momentos de una ordenación pública muy relevante, y la ordenación pública de cualquier modelo de cobertura de dependencia por el que se opte entendemos desde el Grupo Popular que no ha de contemplar cuestiones de carácter general, sino que ha de cubrir claramente contingencias concretas que establece la Organización Mundial de la Salud. Las actividades básicas se miden en la práctica gerontológica mediante dos grandes grupos de actividades: las básicas de la vida diaria con el llamado índice KATZ, como bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, alimentarse, o las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria con el índice Lawton, como usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, etcétera. Digo esto porque estas definiciones implican que estamos ante un amplio abanico de situaciones que podrían quedar amparadas por la situación de dependencia. Un minusválido físico o psíquico, un ciudadano convaleciente de una enfermedad grave o de un accidente, un toxicómano avanzado o un anciano

que no puede valerse por sí mismo puede dar lugar a atenciones vinculadas de una u otra manera a la situación de dependencia. Por tanto, la primera cuestión que tenemos que abordar al plantearnos este tema de la dependencia es la necesidad de una definición muy estricta de lo que entendemos claramente por dependencia. Del cumplimiento o no de las actividades básicas que he citado se derivaría la declaración de dependencia, pero no deberíamos dejar de lado que la dependencia recorre toda la estructura de edades, por tanto no requiere al menos de forma primordial el concurso de la edad, y que sería complicado que un requisito de edad fuese exigible para acceder a una prestación como la de dependencia si lo entendemos desde un punto de vista más general.

Ahora bien, si nos atenemos claramente a las personas mayores que requieren cuidados de larga duración hay que establecer que alrededor del 80 por ciento de los casos de dependencia se producen en mayores de 65 años y que, según los últimos estudios de su ministerio, uno de cada cuatro mayores sufre algún grado de dependencia. Esto es relevante porque es cierto que el envejecimiento no supone necesariamente un aumento correlativo de los mayores dependientes y que podría darse la paradoja de que la evolución favorable de otros factores como la educación, la vivienda, los hábitos o el estado de salud pudieran incluso hacer revisar a la baja la incidencia de la dependencia en las sociedades modernas. Hay que recordar, por ejemplo, que el arsenal terapéutico que en estos momentos se destina al envejecimiento es enorme. Yo manejaba hace unos días datos que avalan que en el año 2001 existían en el mercado 785 productos para enfermedades que afectan a los ancianos, 261 de ellos específicamente relacionados con el envejecimiento. Es decir que existen importantes avances en esta materia que se van a acentuar aún más en los próximos años. Por tanto, no creo que el problema de la dependencia haya de ser afrontado desde el punto de vista del dramatismo sino, en todo caso, de la necesaria adecuación de nuestros recursos, de nuestras posibilidades. De los años de media que quedan por delante a los ciudadanos de nuestro país tras cumplir 65 años, según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en el hombre 8,2 serán con incapacidad y en la mujer serán 12. Analizando el grupo de mayores de 80 años, que es el que más crece, de cada tres personas dos son mujeres, de las cuales una casi de cada tres necesita ayuda para sus cuidados personales. Varios estudios avalan la correlación estrecha entre la dependencia femenina y la viudedad, lo que a juicio del Grupo Parlamentario Popular exige una atención especial a los varones adultos en las primeras fases de la vejez y a sus causas específicas de morbimortalidad, porque se están produciendo divergencias en función de esa mayor morbimortalidad entre los hombres que les genera un problema evidente que es el de su propio fallecimiento o incapacidad, pero subsidiariamente generan una incidencia mucho mayor de los problemas de dependencia social y económica entre las mujeres. Por tanto, hay un perfil de dependiente, a nuestro juicio establecido con claridad, que refleja precisamente su alta incidencia entre las mujeres mayores que exige una especial atención para garantizar la igualdad de acceso, porque se habla poco del fenómeno de la discriminación en razón de sexo asociada a la dependencia, pero ese fenómeno se pone de manifiesto cada día en nuestras sociedades.

La tercera cuestión —algo se ha comentado aquí por alguno de los portavoces que me han precedido— es que la dependencia debe quedar delimitada en el ámbito de lo sociosanitario, aunque tenga indudables conexiones con lo sanitario, y por eso juzgamos importante que ese proyecto de ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud por primera vez en la historia de este país defina la cartera de servicios de las administraciones sanitarias y de los sistemas regionales de salud, la cobertura de la atención sociosanitaria. Una persona dependiente requiere de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en apoyo y cuidados que claramente quedan incluidos en el ámbito de los servicios sociales. Además, mi grupo tiene claro que la naturaleza de la dependencia es más social y económica que propiamente de salud y, por tanto, los recursos y los ámbitos en que deben ser establecidos los mecanismos de trabajo en esta materia han de quedar claramente establecidos en el ámbito de lo sociosanitario. Es necesario, por tanto —y coincidimos absolutamente y hemos impulsado, como es lógico, esta medida—, adoptar un nuevo marco protector que supere la actual heterogeneidad de prestaciones, que usted misma ha comentado aquí, dirigidas a cubrir la dependencia y que la delimite adecuadamente, desvinculando su cobertura de la establecida para otras contingencias. En estos momentos hay aspectos que cubren situaciones de dependencia vinculados, por ejemplo, al seguro escolar, a las prestaciones del síndrome tóxico o a la normativa que afecta a las víctimas del terrorismo. Nosotros pensamos que toda esta heterogeneidad de tratamientos ha tenido una explicación histórica pero todo ello debe quedar subsumida en una regulación de carácter general sobre la materia de la dependencia y, por supuesto, que esta atención debe ser impulsada y compartida por todas las administraciones públicas, lo cual implica definir un modelo en el que la Administración general del Estado ha de jugar un papel de impulso en la cobertura social que contribuya a la igualdad y a la equidad en el acceso a las prestaciones y a los programas y que defina también los criterios y los mecanismos del reconocimiento de la dependencia, porque ahí es donde tal vez esté la llave de todo el sistema: quién reconoce la situación de dependencia, en base a qué criterios, en base a qué mecanismos. Si eso no es común a todos los ciudadanos del Estado, estaremos incurriendo en unas diferencias de equidad y de

tratamiento que en esta materia en concreto consideramos absolutamente inaceptables.

El debate está claramente planteado y va a dominar la escena —la está dominando ya— en los próximos años. Hay modelos privados de atención en Estados Unidos, hay protección pública en países como Dinamarca, Holanda, Suecia, hay leyes específicas de dependencia en Alemania, Austria, Bélgica, Francia, incluso en Japón hay normativas específicas de dependencia y los modelos que pueden incardinarse todos ellos perfectamente en nuestro sistema pueden ser varios y lo que habrá que establecer entre todos los grupos parlamentarios serán las orientaciones básicas que permitan que el modelo con esos requisitos que he intentado establecer al principio sea compartido por todos y queden claramente delimitadas las responsabilidades de todos los actores, no sólo los públicos sino también los privados, porque nosotros entendemos que en esta materia no sólo existe espacio para los recursos de la iniciativa social y de la iniciativa privada sino que juzgamos que son absolutamente fundamentales si queremos que el tratamiento de la dependencia no sólo responda a unas necesidades sino que cree también nuevos vínculos de solidaridad social, de solidaridad individual y de responsabilidad ante estos fenómenos que nos parecen tan importantes por no decir más que la propia obligación que se les supone a los poderes públicos de intervención en esta materia. Hemos reiterado hasta la saciedad que en España carecemos de una cierta cultura de la previsión. Por tanto, asegurar la dependencia mediante fórmulas voluntarias y privadas no va a ser el camino si somos realistas, pero tampoco lo va a ser depositar en la exclusiva cobertura pública, gratuita y universal para todos y para todo una responsabilidad de esta dimensión y con estas previsiones de futuro. En definitiva, el enfoque del problema desde el punto de vista del Grupo Popular ha de ser necesariamente integral, global, y habrá que saber dar entrada a una razonable presencia de recursos privados con intensas garantías públicas. El Grupo Parlamentario Popular va a ser extremadamente celoso de que esas garantías públicas sean las mayores y las más eficaces posibles, pero sin duda este fenómeno de la dependencia no admite ya dilaciones y mucho menos dilaciones injustificadas, por lo que estamos absolutamente de acuerdo en que cobre un papel protagonista en las recomendaciones de esta Comisión.

No me gustaría desaprovechar su presencia aquí para hacer algún comentario y solicitarle alguna reflexión sobre algo que evidentemente está relacionado con esta materia: los sistemas de Seguridad Social. Nuestro sistema de Seguridad Social, como no podría ser de otra manera, se ha apoyado históricamente en un modelo familiar nuclear tradicional donde se aseguraba al beneficiario y esto generaba unos derechos derivados también en su familia, en su entorno, con una posterior cobertura social de carácter más universal a situaciones específicas de necesidad; pero la transformación de los modelos sociofamiliares va a tener y está teniendo ya una clarísima incidencia en el propio diseño de nuestro modelo de protección social de futuro. Si tenemos un modelo basado de alguna manera, como pilar esencial, en un modelo a su vez familiar y éste nos cambia, necesariamente vamos a tener que reflexionar sobre la posibilidad de adecuar el modelo de protección social. La caída de la natalidad y el envejecimiento de la población nos plantean claramente que si estamos en un sistema de reparto y todos los grupos queremos que sigamos estando por mucho tiempo vinculados a un sistema de reparto en nuestro sistema de protección social, hay que tener en cuenta que se está alterando de forma significativa la relación cuantitativa que existía en ese contrato generacional por el cual los que cotizan en un momento determinado sostienen a los pasivos de ese momento determinado. Esa relación cuantitativa económica y social ha sido fructífera, pero lo ha sido en décadas en que se producía un crecimiento natural de la población, un rejuvenecimiento natural de la población y un crecimiento económico ciertamente significativo. Pese a que en España gozamos afortunadamente de un cierto respiro demográfico para los próximos años, el problema que se nos plantea es que esa relación cuantitativa se va a truncar. La caída de la natalidad y el envejecimiento de la población hace que los activos necesariamente sean menos en relación con los pasivos previsibles y por tanto el modelo de familia, que también está modificándose —es menos dominante y tiene menos vigencia que los modelos de familia anteriores—, no garantiza, no lo está haciendo ya el reemplazo generacional. Por tanto, teniendo en cuenta que quienes mantienen la viabilidad demográfica del sistema de reparto son las familias que tienen hijos, mi grupo entiende que hay que hacer una reflexión en esta sociedad para empezar a reconocer —lo estamos haciendo ya pero tenemos que hacerlo de forma mucho más amplia— la contribución que hacen las familias con hijos desde el punto de vista del sostenimiento del sistema de bienestar.

Quienes optan por tener hijos están haciendo también unas cotizaciones al sistema de futuro, lo que ocurre es que no son unas cotizaciones económicas sino demográficas y de alguna manera creo que en estas orientaciones de futuro haríamos bien en empezar a lanzar el mensaje de que tener hijos no sólo es una decisión personal, sobre todo es una decisión personal, pero tiene indudablemente una vertiente social innegable. Y esto está también asociado, como no puede ser de otra manera, a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, a las obligaciones de conciliación de la vida familiar y laboral, en las que tendremos que seguir incidiendo, pero también a las desigualdades crecientes que se producen entre las mujeres en función de las decisiones que toman sobre la organización de su propia vida. Si las rentas futuras están cada vez más aso-

ciadas a las cotizaciones, sólo cotizan quienes trabajan y sólo ven reconocidas como derecho de sus cotizaciones aquellas personas que trabajan estamos incidiendo creo que desfavorablemente en un tipo de mujer, en un tipo de familia, curiosamente la más tradicional, a la que de alguna forma estamos abocando a una cierta desprotección. Realmente, si las biografías de aseguramiento van a ser más positivas sólo para aquellas personas que trabajan o para aquellas familias en las que los dos miembros trabajan y lo hacen activamente, si no establecemos nuevos mecanismos de motivación para la procreación y el cuidado y la atención de los menores y de los mayores que puedan estar dependientes de esas familias estaremos cuestionando seriamente no sólo el reemplazo generacional sino la propia subsistencia de nuestra sociedad.

Hay un tercer aspecto —y finalizo antes de que me llame la atención el señor presidente— que es una reflexión que también en el Pacto de Toledo tiene que estar presente porque los modelos sociales afectan a los modelos de protección, ya que los modelos familiares son la base sobre la que los modelos de protección históricamente han venido estando influidos. La posibilidad cada vez mayor en nuestras sociedades de ruptura de los vínculos de pareja, ya sean estos institucionales o no, hace aún más costosa para muchas mujeres la asunción de responsabilidades familiares y la dedicación al trabajo familiar no remunerado. Existe una nueva dimensión de riesgo no cubierta. El sistema sólo contempla la ruptura por muerte, por fallecimiento del cónyuge, y a eso están vinculadas las prestaciones históricas de viudedad y de orfandad en nuestro sistema, pero la separación y el divorcio han sustituido a la muerte como la principal causa de monoparentalidad de nuestras familias y por supuesto —usted lo conoce perfectamente— esto afecta esencialmente a las mujeres. Por tanto, desgraciadamente estamos ante una nueva fuente de pobreza en las sociedades avanzadas, en las sociedades desarrolladas, especialmente si se asumieron responsabilidades familiares en exclusiva, porque la mujer cuando se separa carece de protección, carece de cotizaciones anteriores que al menos le den una cierta garantía de cobertura en el futuro y como recientemente reconocían los estudios de Eurostat, los hogares monoparentales se encuentran sobrerrepresentados entre los hogares más pobres de nuestro entorno europeo. Creo que el Pacto de Toledo, precisamente por esa capacidad que tiene de trascender lo inmediato, podría y debería ocuparse también de establecer orientaciones de futuro sobre hacia dónde tenemos que ir modificando, con la gradualidad, la progresividad que sea menester, nuestras prestaciones y nuestros recursos, que no pueden permanecer inmóviles respondiendo a situaciones de hace décadas cuando nuestra sociedad está claramente evolucionando en otras direcciones. Sobre estas reflexiones que entiendo son múltiples y probablemente de gran calado también le pediría alguna reflexión suya, aunque sea muy sucinta, aprovechando su presencia aquí y por supuesto agradeciéndole enormemente la misma, que no es la primera que hace en esta Comisión, es la segunda porque tuvo ocasión de comparecer hace poco más de un año.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Burgos, por sus largas reflexiones.

Tiene la palabra la secretaria general de Servicios Sociales.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES (**Dancausa Treviño): Agradezco a sus señorías las intervenciones porque creo que en todos los casos hay bastante coincidencia en algo que yo recordaba que había señalado en la anterior comparecencia, y es que la atención a la dependencia es un cambio de modelo del actual y que no sólo implica una reflexión sino también conocer el punto de partida. Es evidente hoy que el modelo de desarrollo de nuestro país tendrá que dar una salto en una circunstancia nueva puesto que tenemos un país descentralizado y en un sector donde no hay una ley de bases común, que no se hizo por las razones que fuese pero que en este momento no existe, con lo cual las comunidades autónomas tienen competencia plena para hacer en esta materia lo que consideren conveniente, incluso legislar, todas tienen su propia legislación. Para el Gobierno a veces es más dificultoso aunque tengo que decir que la conferencia sectorial afortunadamente ha venido funcionado y en la mayoría de los casos, sobre todo en los planes aprobados, ha habido acuerdos que sin tener el carácter de ley han hecho que lo tuvieran y si hoy no hubiéramos tenido esos acuerdos la diversificación de prestaciones a que aludía la señora Cortajarena hubiera sido mucho mayor. Los acuerdos de las conferencias sectoriales y los planes tenían de fundamental que todos estábamos de acuerdo en el tipo de necesidades que había y, por tanto, cuáles eran los modelos, e incluso han estado trabajando técnicos conjuntamente en distintas cuestiones. En cualquier caso, como decía, estoy francamente de acuerdo con las tres intervenciones en la necesidad de entrar en este tema —y así lo ha anunciado el ministro— y trabajar en una próxima ley de dependencia, en que es una cuestión de modelo social que tiene que ser consensuada, y estoy segura de que el Pacto de Toledo también es un elemento bueno puesto que hay que configurar no solamente la cuestión de la Seguridad Social sino la otra parte que tiene connotaciones de todo tipo.

Voy a discrepar en dos cosas que me gustaría matizar a la señora Cortajarena, sobre todo porque creo que están hechas quizás desde la falta de conocimiento. En primer lugar, siempre he considerado el avance de la edad un logro, entre otras cosas porque me toca a mí. Quiero decir que veo fantástico que las personas vivan; lo que se trata es de que esa vida sea con calidad. Indu-

dablemente es un logro de la sociedad occidental que la tasa de expectativa de vida haya crecido, de lo cual me alegro mucho. Por otra parte, quiero señalarle que la encuesta de la Fundación ONCE no la pagaron ellos, sino la Fundación ONCE y el Imserso a medias. Era una encuesta muy costosa puesto que requería un gran número de personas y costó como 300 millones, que compartimos.

Respecto al tema que es competencia nuestra y el que usted aludía, los datos que he dado del incremento de las ratio son del Observatorio de mayores que tiene el Imserso, que es verdad que se nutre de los datos que nos dan las comunidades autónomas y que nosotros siempre estamos solicitando porque nos parece no sólo que el Gobierno deba tenerlos, que los debe tener, sino que son fundamentales para saber dónde estamos, qué tenemos que hacer, adónde vamos, etcétera. Por otro lado, si bien es cierto que no se ha hecho la ley de dependencia, lo que no se puede decir es que el Gobierno esté quieto, porque en este tema concreto ha creado programas nuevos. El programa de Alzheimer se puso en marcha en el año 1999, sigue funcionando e incluso se ha venido incrementando. Los recursos del área de la Secretaría General de Asuntos Sociales se han incrementado desde el año 1996 a 2003 en un 97 por ciento, lo cual quiere decir que ha habido también un apoyo fundamental económico. Hemos impulsado reformas importantes en todas las áreas. Es evidente que en los planes de vivienda y de IRPF hemos trabajado conjuntamente para que las deducciones se contemplaran para quienes tienen a su cargo personas mayores y con discapacidad, lo cual es una labor de todo el Gobierno en la que también hemos tenido algo que ver, así como también los permisos parentales. Los países de Europa tienen muchas cosas buenas pero hay cosas que no tienen y nosotros sí —hay que decirlo— como el permiso parental para las personas que tienen que cuidar a un mayor, que hasta que se creó sólo existía en nuestro país. El documento de bases sociosanitario, que también es un trabajo que ha sido largo y dificultoso y en el que han participado las comunidades autónomas, que está prácticamente ultimado y pronto verá la luz, es un avance importantísimo puesto que es algo que las familias demandan y que va a clarificar esa cuestión en la que es verdad que algunas comunidades autónomas se adelantaron, Cataluña por ejemplo, pero que otras no tienen. Yo creo que ese documento va a ser una gran referencia para todos a fin de caminar en una misma dirección consiguiendo la equidad.

Por último, quiero referirme a algo que se pondrá de manifiesto en la comparecencia siguiente, el esfuerzo que las comunidades autónomas han hecho sobre todo atendiendo a la realidad social de cada una de ellas. No olvidemos que tenemos una realidad distinta que influye en la prestación de los servicios sociales: comunidades autónomas que tienen unas tasas de envejecimiento mayores que otras, otras que tienen mayor natalidad y otras que tienen una diversificación de la forma de vida que también influye en cómo se dan. Es decir, no es lo mismo comunidades autónomas que tienen muchos pueblos pequeños, como sucede en Castilla y León, mi tierra, que otras donde los pueblos son grandes núcleos urbanos aunque se llamen pueblos. Eso también influye y hay que tenerlo en cuenta. Ese esfuerzo de las comunidades autónomas para adaptarlo a la realidad e incrementar sus recursos también ha sido importante. He dicho en mi comparecencia que era insuficiente, que había que trabajar por la dependencia y que hemos avanzado, pero el modelo social está ahí. Me parece muy importante la reflexión que ha hecho el portavoz del Grupo Popular, porque es verdad que en los cambios de familia y en las situaciones nuevas que se están produciendo las mujeres están innovando, es una cuestión de innovación continua. Yo creo que están innovando las jóvenes, que se están enfrentando a unos estudios que habitualmente hasta hace poco no hacían; estamos innovando las de mi edad, porque al fin y al cabo estamos abordando esa difícil conciliación con una mentalidad que todavía no nos es favorable, con un trabajo fuera de casa que hace que tengamos muchas dificultades; y están innovando incluso las personas mayores, que viven más años, que también se tienen que enfrentar a vivir solas o a vivir dependientes, algo que no conocían hasta entonces porque entre otras cosas no vivían tantos años y normalmente tenían una familia larga que ahora ya no tienen. Ha cambiado el mundo y en ese sentido yo creo que las mujeres, aunque están innovando, son probablemente las paganas o a las que esta cuestión les puede afectar de manera más directa. Me parece un elemento importante a tener en cuenta porque creo que influye y porque además se dá la circunstancia de que así como los hombres han tenido una estabilidad mayor, aunque también están cambiando sus modelos, sin embargo las mujeres han tenido un gran cambio y hoy conviven tres generaciones —lo he dicho siempre— en las que poco tienen que ver la educación que recibieron ni los medios que tuvieron en la formación que se les daba. Hoy es normal que todas las chicas jóvenes tengan bachillerato, formación profesional u otras oportunidades de formación, y nuestras madres no tenían ni el bachillerato porque entonces no se dedicaban a estudiar. Esas tres generaciones que conviven, que han sido educadas de distinta forma y que han partido de distintas realidades hacia ese modelo social que tenemos, tendremos que tenerlas en cuenta para dar esa protección a las que son ahora mayores, a las que estamos en el término medio pero nos queda menos y a las jóvenes cuando probablemente habrá otras prestaciones que no serán necesarias, teniendo en cuenta que para mí personalmente el trabajo es algo absolutamente fundamental precisamente para que puedan decidir ellas mismas lo que quieran hacer y tener derecho a su propia protección sin depender de otros, lo cual me parece importante, sin que ello

significue un menoscabo de la familia. Estoy absolutamente de acuerdo en que es una cuestión sobre la que habrá que reflexionar y que trabajar e introducir dentro de ese modelo de protección social para ver cómo se las favorece o por lo menos no sean siempre las más desfavorecidas. En cualquier caso, nuestro Gobierno en este tema podemos decir que ha estado trabajando. Creo que conocen que en el Imserso se hicieron dos libros por Rodríguez Cabrero sobre la situación de los distintos modelos que había en Europa precisamente para conocer qué se estaba haciendo y cómo se estaba funcionando, libros que son muy interesantes y que nos iluminan también sabiendo, como decía antes, que la realidad es bastante distinta en nuestro país desde el punto de vista de la descentralización y el punto de partida. Tenemos bastante hecho pero no llegamos al final, como decía el representante de CiU. En ello deberíamos trabajar y estoy segura de que en esta legislatura terminaremos los trabajos y tendremos bastante claro por lo menos qué es lo que queremos hacer. Pienso que tanto el Pacto de Toledo como la Comisión que se tiene que reunir serán elementos fundamentales a la hora de concebir el modelo que deberemos abordar.

El señor **PRESIDENTE:** Pediría a la secretaria general que enviase a los miembros de la Comisión los dos libros que ha citado por si no los tienen, porque creo que pueden ser una aportación interesante.

¿Algún grupo quiere hacer alguna reflexión final? **(Denegaciones.)** Gracias por su presencia, señora secretaria general.

Vamos a tratar de convocar la Comisión para el próximo miércoles a las once y media —que sería la última anterior a Navidad y si no fuese posible por incompatibilidad de horario buscaríamos otra fecha el año que viene— con dos comparecencias, una de don Héctor Maravall y otra de don Víctor Pérez Díaz, catedrático de la Universidad Complutense, para continuar avanzando con los datos que nos puedan aportar sobre envejecimiento, inmigración, dependencia, etcétera.

— DEL SEÑOR CONSEJERO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (BARRIO SEOANE). (Número de expediente 212/001395.)

El señor **PRESIDENTE:** Agradecemos a don Jaime del Barrio, consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, su amabilidad al comparecer hoy aquí en esta Comisión para hacer una exposición que le hemos pedido sobre la normativa de dependencia que la Comunidad Autónoma de Cantabria acaba de promulgar y que puede resultar una referencia interesante para esta Comisión.

Tiene la palabra don Jaime del Barrio.

El señor **CONSEJERO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (**Barrio Seoane): Señor presidente, señorías, agradezco la amable invitación a comparecer ante esta Comisión. Es para mí un verdadero placer poder exponer brevemente cuál está siendo la experiencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria, experiencia de más de dos años en lo que es un modelo de atención sociosanitaria y que gira alrededor de la dependencia. ¿Por qué hace dos años empezamos a hablar de este tema, desarrollamos normativa o estructura en este sector? Porque entendíamos que había una realidad concreta en nuestra comunidad autónoma y es que tiene un envejecimiento poblacional superior a la media nacional, incluso al esperado por el Instituto Nacional de Estadística. Ahora mismo hay cerca de un 20 por ciento de personas mayores de 65 años, lo que supone más de 100.000 personas, un porcentaje que supera el 40 por ciento en algunas comarcas de Cantabria cercano al 5 por ciento en población mayor de 80 años. La realidad nuestra nos dice también que la esperanza de vida de los varones es de 73 años y la de las mujeres de 82, con un crecimiento vegetativo negativo desde el año 1980, con una mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad como consecuencia de avances tecnológicos de la medicina y del mayor desarrollo social y, por último, un descenso de las personas que tradicionalmente cuidan a las personas dependientes en su domicilio. En base a esta realidad como es el aumento, en resumen, de las personas en situación de dependencia, hace dos años, en junio del año 2000, en el Gobierno regional de la comunidad autónoma se apostó por la creación de una dirección general de atención sociosanitaria y si es correcta mi información hasta este momento es la única que hay en todo el Estado español. Quiero recordar en este sentido que en Cantabria seguimos teniendo la sanidad y los servicios sociales juntos —es de las pocas comunidades autónomas que los sigue manteniendo— y a pesar de esto detectamos que había una realidad no virtual sino real, todo lo referido a lo sociosanitario. Como digo, a pesar de depender de la misma consejería creíamos oportuno la creación de esta dirección general de atención sociosanitaria, lo que significaba estructura y presupuestos propios. El objetivo prioritario de esta dirección general, siendo conocedores de las personas en situación de dependencia, era la necesidad de un marco jurídico específico que no existía a nivel nacional y que no estaba recogido en otras normas de ámbito estatal, como puede ser la Ley General de Sanidad, ni en otras leyes de ámbito autonómico. En ese sentido se trabajó en una ley de atención y protección a las personas en situación de dependencia que se presentó en el Parlamento y se aprobó a finales del año 2001. Esta regulación normativa en Cantabria considera de manera integral la dependencia y se basa en principios de

universalidad, equidad e igualdad y la participación, integración y normalización de dicho colectivo desarrollando un sistema de atención integral e integrado de la protección de sus derechos y deberes. La norma se estructura en seis títulos y contiene un total de 28 artículos. En su título preliminar se establecen disposiciones relativas fundamentalmente al objeto ámbito de aplicación y principios rectores de la norma. Quiero destacar en este título preliminar el objeto de la ley, que no es otro que preservar el derecho al principio ético de autonomía de la persona ante cualquier circunstancia, así como proteger los derechos fundamentales de libertad y dignidad de las personas dependientes, estén o no legalmente declaradas incapaces, y regular y garantizar la atención de las personas en situación de dependencia, que deberá ser siempre individualizada, integral e integradora, así como la financiación de centros y servicios sociosanitarios.

Quiero recordar aquí, puesto que en la comparecencia anterior también he oído diferentes definiciones, que cuando en la ley y en nuestro modelo nos referimos a la dependencia entendemos por ello el estado en que se encuentra una persona, independientemente de su edad, que por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o mental precisa de la atención de otra u otras o ayuda importante para realizar actividades de la vida diaria, entendiendo éstas como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y actos relacionales.

Esta definición ya en el año 1998 se establecía por el Consejo de Europa, y posteriormente el Defensor del Pueblo la incluye en sus informes del año 2000 y 2001, y así queda recogida en el artículo tercero del título preliminar de esta ley.

El sistema de atención que configura la ley se integra en tres niveles: servicios de apoyo a domicilio (de ejecución por la Administración local), centros y servicios de atención diurna, y un tercer nivel de atención continuada las 24 horas. Hay que destacar también en este título los principios rectores de la protección a la dependencia, considerando como tales la dignidad, la autonomía, la participación, integración, prevención, descentralización, responsabilidad pública, universalidad, igualdad y equidad en la atención.

El título uno delimita el conjunto de los derechos y deberes de las personas con discapacidad, destacando aquellos que exigen una especial protección, como el derecho de la persona dependiente a la información necesaria y adecuada a sus circunstancias, con el fin de que pueda decidir de acuerdo a su voluntad, conocido como consentimiento informado; el respeto a la confidencialidad en la recogida y el manejo de los datos personales; y el derecho a manifestar, expresar y plasmar en un documento las instrucciones que deberán tenerse en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que personalmente no pueda expresar su voluntad, lo que se conoce como documento de voluntad anticipada. Asimismo se describen los deberes de la persona en situación de dependencia receptora de atención sociosanitaria.

El título dos aborda los instrumentos de planificación y coordinación de las políticas de atención sociosanitaria en materia de protección a las personas dependientes. Y quiero destacar en este apartado la puesta en marcha del consejo asesor de personas dependientes, órgano colegiado de carácter consultivo, a través del cual se promueve la participación ciudadana.

El título tres, por su parte, contempla los mecanismos necesarios en orden a la investigación y formación en esta materia. En el campo de la investigación, destacar la creación del observatorio de las personas dependientes, la implementación de un sistema de valoración global de la dependencia y la elaboración de un informe único sociosanitario en toda la comunidad autónoma como instrumento de gestión e investigación.

El título cuatro define las competencias de las diferentes administraciones públicas implicadas en la prestación de servicios de atención a las personas dependientes.

El título cinco regula las cuestiones de carácter financiero y, en concreto, la financiación de los recursos sociosanitarios, por parte de las administraciones y por parte de los usuarios. Los usuarios participarán en la financiación de forma proporcional a sus rentas y demás circunstancias personales, articulándose el reconocimiento de deuda. En todo caso, el Gobierno regional es el garante de que la persona dependiente sin recursos económicos reciba la atención sociosanitaria precisa y acorde a su nivel de dependencia.

Por último, la parte dispositiva de esta ley finaliza con la regulación del régimen sancionador en su título sexto, con dos disposiciones transitorias, una derogatoria y dos disposiciones finales.

Estamos pues ante una ley novedosa, entendemos que su marco jurídico es clave y básico, a partir del cual se puede garantizar en todas las personas en situación de dependencia en nuestra comunidad autónoma que reciban una atención y protección adecuada a sus necesidades con un máximo de calidad y de eficiencia.

No he querido ser más prolijo en la ley, que la tienen sus señorías, y si no, se la facilitaré. Sí que quería ahora brevemente comentar cuál ha sido la consecuencia de esta ley en el tiempo que lleva operativa y cuál ha sido la consecuencia de este modelo sociosanitario. Como digo, la ley se ha aprobado a finales del año 2001 y, como consecuencia de esta ley, el Gobierno regional, en el campo de la atención a las personas en situación de dependencia, crea un nuevo modelo de atención que tiene como pilares básicos: el preservar el principio ético de autonomía. Es decir, la persona tiene derecho a recibir la información adecuada y poder decidir en todo momento en base a esta información. La persona en situación de dependencia, que es el eje central sobre el cual gira toda la atención, basa ésta en un plan de cui-

dados individualizados. La atención se estructura en base a tres niveles: apoyo a domicilio, a través de teleasistencia, telealarma y servicio de atención domiciliaria, centro de atención diurna y centro de atención de 24 horas. Existe un sistema de puerta única de entrada, basado en un informe único de solicitudes, servicios y recursos y en la gestión de casos. Hay una atención integral o integradora inserta en la comunidad, respetando las características culturales y sociodemográficas; una planificación basada en la demanda y no en la oferta, teniendo presentes las características geográficas y/o demográficas específicas de cada zona. El núcleo familiar es el principal eslabón de la atención y soporte de la persona dependiente. El sistema de atención se configura como una red de utilización pública, diversificada, que integra de forma coordinada centros y servicios públicos y privados debidamente acreditados. Y también nuestro modelo habla de la quiebra de la división histórica de mayores y minusválidos, y habla única y exclusivamente de personas dependientes con sus diferentes grados. Todas estas cuestiones son las que nos han permitido en estos dos primeros años presentar una amplia cartera de servicios en la atención a las personas dependientes.

Brevemente comentaré ahora cuáles son ahora mismo las 16 líneas de trabajo que están incluidas en esta cartera de servicios. En primer lugar, un servicio de información gratuito a través de un teléfono 900. Cualquier persona, cualquier ciudadano dependiente, familiar o cualquier ciudadano interesado por una persona en posible grado de situación de dependencia tiene un teléfono de información gratuita para hacer la valoración, la información y la propuesta de un recurso adecuado. En segundo lugar, un servicio de información y orientación. En tercer lugar, un equipo de valoración y orientación sobre discapacidad, con funciones de emisión de dictámenes técnicos sobre minusvalías, concretamente información y orientación sobre atención temprana a familias con hijos con discapacidad, y valoración de las capacidades funcionales de personas discapacitadas e integración en el mundo laboral. En cuarto lugar, un equipo de orientación sobre eliminación de barreras, con funciones principalmente de emisión de dictámenes sobre accesibilidad en edificios (públicos y privados) y orientación personalizada sobre adaptación de centros y domicilios particulares. En quinto lugar, un programa de eliminación de barreras: barreras en el transporte, barreras en el acceso a las playas, y también en cuanto a eliminación de barreras de comunicación; hay un servicio regional público y gratuito de lenguaje de intérpretes de signos. En sexto lugar, insistir en que trabajamos con un informe único de solicitud de centros y servicios sociosanitarios. En séptimo lugar, asunción de tutelas en colaboración con una fundación pública, en funciones concretas como son: acompañamiento jurídico, acompañamiento a gestiones, administración de bienes. En octavo lugar, centros y servicios sociosanitarios gestionados desde la Administración pública regional, en los tres niveles que antes he comentado y que luego diré brevemente cuál es su situación actual. En noveno lugar, un programa de apoyo a las familias cuidadoras. En décimo lugar, programa de prevención a la situación de dependencia. Once, investigación y desarrollo de la atención sociosanitaria. Doce, programa de incorporación a nuevas tecnologías para personas con discapacidad, en colaboración con la Universidad de Cantabria. Trece, formación de profesionales a diferentes niveles, formación pregrado y formación continuada. Tenemos profesionales y alumnos de diferentes escuelas universitarias en nuestros centros recibiendo esta formación específica. Catorce, programa de respiro familiar; tenemos estancias temporales en centros de atención de 24 horas. Quince, ayudas individuales para adaptación de la vivienda, tratamientos rehabilitadores, ayudas técnicas y eliminación de barreras, incluidas las de la comunicación. Y dieciséis, ayudas mediante convocatoria pública anual a instituciones sin ánimo de lucro para la adaptación de centros a las necesidades actuales de las personas dependientes y la puesta en marcha de nuevos centros, servicios o programas de atención a domicilio.

Éstas son diferentes líneas, que en estos momentos son una realidad, y a corto plazo, en los próximos seis meses, entrarán en funcionamiento dos centros: un centro de información y orientación en ayudas técnicas y eliminación de barreras (es un centro público de información y asesoramiento a las personas individuales de cuál es el recurso técnico más adecuado para su grado de dependencia); y en segundo lugar, un centro autonómico de rehabilitación de personas en situación de dependencia.

Una de las asignaturas pendientes que no cubre la cartera de servicios del sector sanitario es la rehabilitación de largas discapacidades o enfermedades crónicas, y hemos creído necesario la puesta en funcionamiento. Será una realidad en breve un centro autonómico de rehabilitación de personas en situación de dependencia, independientemente de unidades de rehabilitación que ahora mismo hay ya en diferentes centros de ámbito local.

Y como decía, me voy a referir brevemente a cuál es la situación actual de los diferentes recursos, concretamente el servicio de atención a domicilio. Entendemos que es un recurso sociosanitario de carácter básico, y por tanto fundamental para que la persona dependiente permanezca en su domicilio habitual, y su objetivo es el de ser un servicio de ayuda que permita a la persona recuperar y mantener también su autonomía. Provee a la persona de cuidados básicos, como son alimentación, higiene, cuidados de la casa y de ayuda en cuestiones personales y administrativas. El usuario tipo es una persona que vive sola o en compañía de otros mayores en situación de fragilidad o riesgo por causa social y biológica. En los últimos cinco años este servi-

cio ha pasado de prestarse en 39 ayuntamientos (Cantabria tiene 102), es decir, un 38 por ciento de los municipios, que era la realidad en el año 1997, momento en el que empieza a ser gestionado por el Gobierno regional, a prestarse en 90 ayuntamientos de los 102; los 12 que quedan son ayuntamientos muy pequeños de montaña. Es decir, el 88 por ciento de los municipios de Cantabria ahora mismo tiene este servicio, y el objetivo nuestro es que incluso los 12 pequeños también lo tengan próximamente.

La atención domiciliaria se presta en dos modalidades: la denominada atención normal, prestada por auxiliares de atención domiciliaria; y la especializada, que se presta por un equipo multiprofesional y va dirigido fundamentalmente a personas con enfermedad neurodegenerativa, neurológica y enfermedad mental crónica. Actualmente se atiende en Cantabria, una comunidad autónoma de 500.000 habitantes, a 2.200 personas en este servicio, es decir, tiene un *ratio* superior al 3 por ciento, cifra muy superior a la media nacional, que según datos oficiales se sitúa en un 1,82.

Un tema también importante que me gustaría resaltar es que todos estos servicios son creadores de riqueza, son creadores de puestos de trabajo, y concretamente el servicio de atención domiciliaria, en este incremento de estos últimos años, ha supuesto la creación de 364 nuevos puestos de trabajo, fundamentalmente llevados a cabo por mujeres.

La segunda línea de trabajo en recursos son los centros de día: los centros de día son centros sanitarios cuya función es la de apoyar a los cuidadores informales (la familia generalmente), así como evitar institucionalizaciones innecesarias y no deseadas; facilitar la permanencia del mayor en su entorno y ofertar atención a las personas de las necesidades básicas, personales, preventivas, socioculturales y rehabilitadoras durante todo el día. Cada persona tiene un plan individualizado de atención integral, basado en higiene personal, alimentación, rehabilitación física, psíquica, mejora de habilidades perdidas, etcétera. El centro de día es uno de los recursos ahora mismo que más está creciendo. El usuario tipo es una persona con problemas de discapacidad y de dependencia que, aun contando con el apoyo familiar, precisa de cuidados especializados. La estancia en un centro de día viene determinada por las características de la persona dependiente y de su apoyo informal o familiar. La situación actual ahora mismo es que desde el año 1999, en que se ponen en marcha los primeros centros de día, se han ido incrementando en base a una demanda real y un objetivo claro, que es el de llegar a 5 plazas por cada 1.000 personas mayores en el año 2005, como recogía nuestro plan de atención sociosanitaria. Actualmente hay 283 plazas dedicadas a esta atención a través de centros de día, lo que supone un *ratio* de 3 plazas por cada 1.000 mayores. Hay que recordar en este sentido que el *ratio* de la media nacional se sitúa en 2 por cada 1.000 mayores. Actualmente existen en Cantabria 16 centros con plazas de gestión pública, de los cuales 3 son centros propios del Gobierno con gestión externa. También, en la misma línea de lo que he comentado antes, los centros de día están significando una creación importante de puestos de trabajo. Este incremento de plazas ha supuesto en este momento la creación de al menos 90 puestos de trabajo.

En tercer lugar, los centros de atención de 24 horas o centros residenciales. Ahora mismo existen más de 1.400 plazas para personas mayores dependientes, gestionadas desde la Administración pública, distribuidas en 19 centros, tanto públicos como privados, y nuestro objetivo es llegar a gestionar públicamente 2.000 plazas. El 1 de enero del año 2001, hace tan solo dos años, contábamos con 705 plazas gestionadas desde la Administración pública. Se ha incrementado un 76 por ciento en este último año y medio; a lo largo del año 2001 ingresaron 459 usuarios, y en lo que va de año 2002 han ingresado 258, es decir, más de 717 personas desde enero de 2001. Cantabria, en esta oferta, también tiene un *ratio* importante que nos sitúa en 4,71 plazas por cada 1.000 personas mayores de 65 años.

Otros dos programas que también quería citar son, primero el programa de respiro familiar, con el fin de favorecer que la persona dependiente permanezca en su domicilio. A lo largo de 2001 implantamos un programa de respiro familiar; en el año 2001 este programa ha realizado 362 estancias, y en lo que llevamos de año se ha duplicado y son 637 estancias. Y segundo, nuevos centros públicos ahora mismo en construcción. Antes de que finalice la presente legislatura, dentro de cinco meses, pondremos a disposición de las personas mayores dependientes tres nuevos centros, con 215 nuevas plazas; son centros esenciales, pequeños, ubicados en comarcas envejecidas de la comunidad. Todas las nuevas residencias tienen además la modalidad de centro de día, para que sea también un recurso disponible en la zona en la que están ubicados.

También se pondrá a pleno funcionamiento en estos meses una residencia para personas mayores válidas, concretamente 160 plazas, que es la única que queda en la comunidad para personas válidas. El resto se han reconvertido en estos últimos años, pasando de ser para personas válidas a ser, al 100 por cien, para personas con dependencia. Este incremento de plazas en estos cuatro nuevos centros públicos en los próximos meses, estimamos que supondrá la creación de al menos 315 nuevos puestos de trabajo y dé respuesta inmediata a demandas concretas de comarcas concretas de la comunidad autónoma.

Hay otra serie de programas que están en marcha. Simplemente citarlos, independientemente de que SS.SS. quieran más información. Me estoy refiriendo a programas concretos como el de detección precoz de la demencia, el de envejecimiento saludable, el programa de apoyo a cuidadores de enfermos con demencia tipo

Alzheimer, apoyo a cuidadores de personas con afasia (en el que se ha elaborado una guía práctica para familiares), el de formación y orientación en ayudas técnicas de eliminación de barreras, el programa de asunción de tutelas (el objetivo de este programa es preservar el principio ético de autonomía y garantizar sus cuidados; se realiza en colaboración con la Fiscalía y una fundación pública), y el programa de mantenimiento de la unidad familiar, que va dirigido a personas mayores dependientes con un hijo a cargo discapacitado. Nuestro objetivo es mantener la unidad familiar en un centro de atención de 24 horas, insisto, con personas mayores dependientes con un hijo a cargo discapacitado.

Éstas son a grandes rasgos las líneas básicas en las que estamos desarrollando nuestro modelo de atención sociosanitaria, a través de una ley de protección a las personas dependientes y a través de un concepto en el que para nosotros la dependencia no sabe de edades, sino de grados para poder desenvolverse en la vida diaria. Ahora mismo la oferta es igual a la demanda. Es decir, se han eliminado listas de espera en cualquiera de estos recursos. Estamos en condiciones de poner a disposición de la persona necesitada en horas, en situaciones urgentes, o en días en situaciones que no lo son tanto, el recurso adecuado. Pero esto sí, hay una única puerta de entrada en todo el sistema, hay un informe único sociosanitario y, de acuerdo con la persona y con su familia, se le propone un recurso, que es el que necesita. La persona o la familia es la que acepta este recurso, y el Gobierno lo que garantiza es una red ahora mismo de recursos a todos los niveles en base al cumplimiento de esta ley.

Este es, a grandes rasgos, nuestro modelo, para no abusar de su paciencia. Y estoy en disposición de contestar a sus preguntas o, si el presidente lo estima oportuno, de remitir la documentación que sea necesaria para completar cualquier información.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias al señor consejero de Sanidad de Cantabria. Vamos a iniciar un turno de intervenciones de los grupos. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ:** Muchas gracias, señor consejero por su comparecencia. Creo que usted es consejero de Sanidad, Servicios Sociales y Consumo, y hasta el propio presidente ha dicho consejero de Sanidad.

En su intervención ha habido una cosa que me parece importante, pero hay otra que me parece preocupante. La verdad es que, cuando usted anuncia con tal énfasis su propia ley de los servicios sociosanitarios, lo que ha hecho es coger los servicios sociales que ya había e incluirles con la careta de servicios sociosanitarios, porque hay una cosa muy clara, y es que las leyes de servicios sociales están aprobadas en todas las comunidades autónomas. El plan concertado de prestaciones básicas está aprobado por todas las comunidades autónomas, ayuntamientos y por la Administración central. Los servicios que usted nos plantea aquí, que son los servicios de ayuda domiciliaria, teleasistencia, centro de día, servicio residencial, los programas de respiro, la formación de los profesionales, el centro de ayudas técnicas, figuran en el convenio que existe con todas las comunidades autónomas a través del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Si en la suya no lo había, no lo sé.

El tema que me preocupa, señor consejero, es el siguiente: ustedes, con esta nueva ley lo que van a hacer es el pago, y hacen en un título el reconocimiento de deuda. Que yo tenga entendido, todavía en nuestro país, la red es sanitaria, porque aquí en toda la ley no se habla de los servicios sociales para nada, sino que se habla de una red sociosanitaria, pero se refiere esencialmente a la red sanitaria; hasta la puerta de entrada del sistema no es a través de los ayuntamientos, sino a través de un teléfono 900. Me extraña a mí que a través de un teléfono 900 puedan dar información, valoración, orientación, etcétera. Es decir, esto exige de unas técnicas mucho más directas, de contacto con las personas, de contacto con la familia, porque, por muy moderna que sea la tecnología, a veces facilita mucho verle a alguien la cara cuando te plantea una duda, una angustia, una situación que a veces no saben transmitir. Me pregunto, volviendo a lo anterior, si el arbitrar el reconocimiento de deuda y los pagos por los servicios prestados no será una vía que ustedes hayan empezado a elaborar para llegar a una privatización en el ámbito de la asistencia sanitaria, que es de carácter universal, reconocida por nuestra Constitución; si ésta pudiera ser una puerta de entrada a la privatización de los servicios sanitarios. Esta es la única alarma que nos establece la ley, y el resto de las tareas y actividades, nos parece interesante, porque, como le vengo diciendo, en todos los sistemas de servicios sociales y en todos los sistemas que han desarrollado las propias leyes en esta materia, todos los parámetros que nos ha ido dando (la valoración, la asistencia, la formación, etcétera) ya se venían haciendo desde la década de los ochenta.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene ahora la palabra el representante de Convergència i Unió.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS:** Señor consejero, también quería agradecer su comparecencia. Mi grupo no entrará a valorar, lógicamente, el contenido de esta iniciativa del Parlamento y el Gobierno de Cantabria. Corresponde al legítimo derecho de las instituciones autonómicas de esa región articular sus políticas. Simplemente le voy a plantear tres cuestiones concretas de las que nos gustaría conocer su parecer: una primera sería la valoración que usted hace de las transferencias económicas que recibe su región en

materia de servicios sociales, en el marco del plan concertado. ¿Cree suficiente, cree que se deben variar los sistemas de asignación de los recursos, etcétera?

En segundo lugar, nos gustaría saber si ustedes creen necesaria la articulación de una ley de carácter estatal de regulación de la dependencia, y qué encaje en esa ley deberían tener las competencias que tienen las comunidades autónomas en materia de asistencia social.

Y en tercer lugar, ¿cuál cree usted que debe ser la relación que encaje esta articulación de estas políticas a nivel autonómico con el sistema de Seguridad Social? ¿Entiende usted que debemos ir hacia una nueva prestación de carácter contributivo vinculado a las dependencias? ¿Cree usted que deberíamos ir a una combinación de prestaciones contributivas y de prestaciones no contributivas? ¿Qué encaje creen ustedes que tiene la cuestión de la dependencia en relación al sistema de Seguridad Social?

El señor **PRESIDENTE:** Tiene ahora la palabra el portavoz del Grupo Popular.

El señor **MATEOS YUSTE:** Reiteramos también desde nuestro grupo las gracias a don Jaime del Barrio, consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Consideramos, por la exposición que acabamos de escuchar por parte del señor consejero del contenido de la Ley 6/2001 de su comunidad autónoma, sobre atención y protección a las personas en situación de dependencia, que es, como efectivamente ha dicho, una norma pionera en el conjunto del Estado español. Nuestro grupo sí ha encontrado novedosos bastantes programas de la larga lista que ha enumerado, y no nosotros no conocemos que existan en ninguna otra comunidad autónoma. Sin duda el conocimiento de esta iniciativa contribuirá al debate social que siempre se ha pretendido impulsar desde esta Comisión. Y creo que enriquecerá, cómo no, el conocimiento de los miembros de esta Comisión para las decisiones que tengamos que adoptar en el futuro, y las conclusiones que tengamos que elaborar, que creo que será en un tiempo más o menos breve.

Al debate social sobre las respuestas al fenómeno del envejecimiento de la población se une, como se ha dicho y se ha repetido ya a lo largo de la mañana también en la anterior comparecencia, el no menos importante sobre la situación de dependencia y que, en alguna medida, está íntimamente ligado al anterior. Es cierto, como ha dicho el señor consejero, que el aumento de este colectivo de personas dependientes está relacionado también con los avances tecnológicos de la medicina, lo que supone una mayor esperanza de vida y, en consecuencia, una mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas o con discapacidad. Desde el Grupo Parlamentario Popular ya hemos manifestado en otras ocasiones que, a pesar de que existan ya respuestas a este fenómeno, tanto públicas como privadas, se hace necesaria sin duda una mayor y mejor articulación de las mismas, y también se hace necesario hacer llegar a la sociedad la convicción de que hay y va a haber respuestas en el futuro para este fenómeno que se está produciendo en una sociedad tan cambiante.

Se ha hablado también del problema de la tradicional respuesta familiar para estas situaciones, pero lógicamente, por lo cambiante de la sociedad, se está produciendo en los familiares un alejamiento en esa atención que casi era obligatoria; casi se nacía ya, generación tras generación, con el convencimiento de que era un servicio que había que prestar. Necesitamos sin duda, por lo que hemos visto a lo largo de las dos comparecencias de esta mañana y en otras ocasiones, un nuevo marco regulador que afronte este fenómeno y que tiene que ser sin duda, teniendo en cuenta que las competencias están transferidas a las comunidades autónomas, una ley básica de dependencia, por supuesto totalmente consensuada, que esté coordinada y compartida por todas las administraciones, concretamente por las tres administraciones que pueden participar en este ámbito: la central, la autonómica y la local.

Hay algunos datos a los que ha hecho referencia el consejero que posiblemente sean los que hayan determinado la iniciativa —como digo, única en el conjunto del Estado español— de la Comunidad Autónoma de Cantabria con respecto a los datos de media del envejecimiento, que son muy superiores a los de la media nacional. Desde nuestro grupo parlamentario volvemos a insistir en que nos parece un proyecto (que ya no es proyecto, que es realidad) ambicioso y que puede servir sin duda a esta Comisión como un elemento más para llegar a conclusiones futuras sobre lo que se debe hacer en la resolución de este fenómeno.

Es importante el dato que ha aportado de la creación de empleo. Ya en la comparecencia anterior decía la secretaria general de Asuntos Sociales que el fenómeno no solamente implicaría unos costes, sino que implicaría la creación de un nuevo tipo de empleo, y efectivamente se contrasta con la información que nos acaba de dar.

Para terminar, señor presidente, después de un año de vigencia de la ley, agradecería que el señor consejero nos informara del grado de coordinación que ha habido con las entidades locales, por ser la Administración más próxima al ciudadano, y los resultados que se han obtenido con ello.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra para contestar a estas cuestiones el consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Digo completo el título porque parece que la señora Cortajarena ponía una cara de duda cuando decíamos sólo de Sanidad. Tampoco implica mucho el hecho de que acortemos el cargo,

teniendo en cuenta que es un poco largo, pero casi todos los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas lo son a la vez de Servicios Sociales y de Consumo. No obstante, al ministro de Trabajo le decimos ministro de Trabajo y no Ministro de Trabajo y Seguridad Social, pero no por eso es menos importante o tiene menos peso lo uno que lo otro.

El señor **CONSEJERO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA** (Barrio Seoane): Señorías, en aras de la brevedad y porque me consta que su trabajo es amplio, hay algunas cosas que indudablemente igual no he pormenorizado, pero ahora lo hago encantado. De todas formas, dependiendo de dónde esté, me llaman consejero de Servicios Sociales, porque considero que da igual.

Antes en mi intervención sí dije que a pesar de que en la consejería estaban juntas las dos cosas, ya no es norma en la mayoría de las comunidades autónomas y yo tengo mis dudas de si esto es acertado o no, porque está creando ahí un espacio difícil, muy difícil, y precisamente es el espacio del que estamos hablando ahora mismo, el espacio sociosanitario. Antes decía en mi introducción que, a pesar de eso y que dependía de la misma consejería, que a pesar de eso entendíamos que era bueno crear una estructura que abarcara este campo.

Yo desde luego lo único que intento aquí es hacer una aportación modesta de lo que estamos haciendo; si sirve, bien, y si no, pues lo reconduciremos y lo cambiaremos, pero lo que no quiero es que quede ninguna duda de lo que estamos haciendo.

Desde luego para nada estamos hablando de sanidad; la sanidad, según la propia Ley General de Sanidad, es un derecho universal, gratuito, etcétera. Los servicios sociales no lo son, los servicios sociales (no lo son en ninguna comunidad autónoma y no lo son en ningún sitio) ni son gratuitos ni son universales, y probablemente habría que redefinir qué son. De hecho, todos tenemos en común leyes de ámbito autonómico, pero indudablemente tendremos que avanzar mucho porque los servicios sociales, cuando hicimos las leyes hace ya unos años, en los años ochenta, como usted dice, han cambiado; ha cambiado la forma de entenderlos y han cambiado los derechos de los usuarios, etcétera. Pero yo ahí sí que haría una llamada precisamente a SS.SS., y es que todo aquello que ustedes legislan, aquello que tenemos que gestionar las comunidades autónomas, tiene que ir acompañado de una financiación adecuada. Es muy fácil poner grandes derechos y grandes servicios, pero luego las comunidades autónomas somos las que tenemos que sufragar ese servicio. Iba a decir soportar en el buen sentido, entre comillas, porque lo hacemos encantados.

Probablemente en Cantabria lo que dijimos es: bueno, la situación es la que tenemos, ya veremos a ver si hay un seguro de dependencia, ya veremos si hay una ley estatal, ya veremos a ver lo que hay. Pero de momento lo que tenemos es lo que tenemos: una sanidad gratuita y unos servicios sociales que nos están demandando una nueva realidad. Y el sector sanitario no cubre la mayoría de las acciones de las que estamos hablando aquí, y lo que se ha puesto en marcha no ha sido cambiar de nombre lo que se estaba prestando desde los servicios sociales, ni muchísimo menos. Sólo habría que mirar las cantidades destinadas antes y ahora, y no sale de la división por dos; al contrario, se ha incrementado de una manera muy considerable. Y luego, lo que es más importante, ha cambiado el concepto. Antes los servicios sociales eran unos servicios que se daban o no se daban, que dependían muchas veces de la colaboración con los entes locales y que dependían muchas veces de los presupuestos, del concejal de turno o del consejero de turno. Yo creo que ahora mismo estamos hablando de que por ley hay un derecho a acceder a unos recursos, a unos servicios que no son los sanitarios, que por lo tanto no son gratuitos, porque nadie dice que tengan que ser gratuitos. Lo que sí es cierto es que aquella persona que tiene medios sufraga proporcionalmente a los medios que tiene, y para aquella persona que no tiene medios, la ley dice que la Administración pública sufragará el 100 por cien del coste de ese recurso. Pero va más allá: informado adecuadamente, respetados sus derechos, su autonomía, etcétera, le dice cuál es el recurso aconsejable, y es el propio ciudadano o ciudadana el que decide a qué recurso va, no es ninguna obligación. Y una vez que entra y accede, hay un acuerdo mutuo entre las dos partes, entre la Administración y el administrado. Y son recursos además que no son indefinidos, sino que por ejemplo la persona que está ahora en ayuda a domicilio, en su momento estará en centro de día y en su momento estará en una residencia, probablemente, porque su grado de dependencia será cada vez mayor.

Antes comentaba en mi intervención que, cuando nosotros empezamos a trabajar en este tema, encontrábamos grandes listas de espera en todos los sitios, porque la gente se apuntaba a aquello por si acaso en algún momento lo necesitaba. Ahora mismo esto no es así. Ahora mismo, y antes igual me he explicado mal, ese teléfono no es el teléfono que resuelve todo, no es un teléfono mágico, es un teléfono de información básica. Ahora mismo, cualquier persona que está en situación de dependencia o cualquier persona allegada o interesada por ello, normalmente lo hace a través de tres vías: una, directamente en gestión de casos. Gestión de casos es un servicio que recibe a estas personas, pero no las recibe en el teléfono, sino que las recibe en un despacho, abre todos los informes, sociosanitarios, sanitarios, sociales, etcétera. Pero también hay otras dos vías para que el posible usuario llegue hasta la gestión de casos: una desde el ámbito sanitario, son los equipos de atención primaria y los hospitales; y otra desde el sector social, y son los servicios de ayuda a domicilio y

son las unidades básicas de acción social de los ayuntamientos. Por lo tanto, hay tres vías de entrada a un único servicio de gestión de casos, y es un único servicio el que recaba todos los informes (familiares, económicos, sociales, sanitarios, etcétera) y quien propone el recurso adecuado, bien sea ayuda a domicilio, bien sea en centro de día o bien sea en una residencia. Para nada se está privatizando nada, no se está poniendo en peligro nada, la sanidad sigue siendo gratuita, en los servicios sociales hay una cofinanciación pública y una cofinanciación privada, y esto es así en los servicios sociales en todo el Estado español. Luego por tanto no hemos inventado nada, lo hemos puesto en una norma de ámbito regional.

Como digo, este modelo es el que estamos desarrollando, susceptible de cambio, de mejora, y ojalá que SS.SS. encuentren una ley de ámbito estatal o una norma que nos resuelva todos estos problemas que tenemos las comunidades autónomas. Yo no quiero para nada que haya una sensación ni de alarma ni de preocupación. Es un modelo que nos está funcionando, la población en Cantabria está siendo atendida, aquel que necesita un recurso lo tiene, y ahora mismo, insisto, no hay lista de espera en ningún recurso sociosanitario.

El portavoz de CiU me ha hecho tres preguntas concretas: si consideramos en mi comunidad autónoma y en otras comunidades autónomas que las transferencias son insuficientes para el plan concertado. Yo creo que cualquier comunidad autónoma que diga que son suficientes miente. O sea, todos queremos más. Pero yo le diría más: el modelo de los servicios sociales, una vez que se hicieron las transferencias, ha estado basado en un plan concertado que básicamente se limitaba a unos principios muy generales y al reparto de un dinero para planes y programas muy concretos, que en todas las comunidades autónomas, sin excepción, independientemente de quién las gestione o quién las gobierne, supone un porcentaje pequeñísimo de lo que dedica cada comunidad autónoma a ese presupuesto. Por lo tanto, nos parece muy poco. Pero más que dinero para esos programas sería mucho más interesante que pudiéramos ponernos de acuerdo en unas líneas básicas, en unas líneas generales. Y ahí sí que me sale el ramalazo de lo sanitario, es decir, ¿no podríamos ir copiando un poco el modelo sanitario a unos principios generales que seamos capaces de prestar en todas las comunidades autónomas, independientemente del signo político? En ese caso sí sería partidario de más dinero, pero no de seguir incrementando dinero en programas muy concretitos que lo único que hacen es eso, que nos reunamos periódicamente y la Administración del Estado nos dé un poco de dinero y sigamos haciendo algo parecido, aunque no es igual, porque el 80 ó 90 por ciento de ese programa lo ponemos las comunidades autónomas. Yo lo que digo es que el plan concertado ahora mismo necesita una revisión, necesita una revisión en sus planteamientos, en sus respuestas, y no solamente poner un poco más de dinero o mucho más dinero. La respuesta a su pregunta concreta es: ¡ojalá que haya más dinero! Indudablemente, las comunidades autónomas en servicios sociales estamos haciendo un esfuerzo muy grande.

En cuanto a una ley estatal, yo estaría encantado y sería deseable que hubiera una ley estatal que abordara este tema. Yo creo que éste es un tema ahora mismo de presente y de futuro inmediato que va a necesitar de grandes recursos públicos y privados y va a necesitar de un gran esfuerzo de coordinación de toda la red. Sobre todo sería importante, y yo creo que todavía estamos a tiempo, adelantarnos a lo que va a ser la gran demanda de los usuarios. Esa es un poquitín la pretensión que teníamos en la comunidad autónoma, intentar adelantarnos a lo que veíamos que iba a venir. Entonces, estoy totalmente de acuerdo en que exista una ley de ámbito estatal. Yo en estos conceptos no veo peligrar el autogobierno o mi sentido autonomista.

En tercer lugar, Seguridad Social, nuevas prestaciones. Lo decía antes, yo veo delicado el que cada cuestión que aparezca se intente financiar con base a las arcas del Estado, con base a un dinero público que siempre es limitado y que, aunque siga creciendo, siempre nos parecerá insuficiente. Yo creo que tenemos que articular una sociedad en la que estemos todos, en la que indudablemente estén los ayuntamientos, estén los ciudadanos, esté la Administración, etcétera. Ahora mismo soy escéptico con los seguros individuales. Yo creo que no estamos preparados para esto, y ahora mismo seguiría avanzando primero en analizar cuál es una situación real y cuáles serían las propuestas desde una Administración pública antes de hacerlas públicas, porque se han creado falsas expectativas sobre la financiación de la dependencia, y esto está haciendo que muchas comunidades autónomas no estén dando pasos concretos para ir resolviendo situaciones concretas. Entonces, probablemente sería ya el momento de tomar una decisión, la que sea, en este sentido.

En cuanto a la portavoz del Partido Popular, le agradezco sus amables palabras. Insistir en que nuestro modelo no pretende enseñar a nada, simplemente nos hemos puesto a trabajar así, gira alrededor de la unidad familiar, gira alrededor de, en la medida de lo posible, mantener la autonomía de la persona y de su familia, que tenga el recurso adecuado lo más cerca de su domicilio. En nuestra comunidad autónoma los modelos de centros de día o residenciales son muy pequeños, son muy comarcales y muy cercanos y muy diferentes cada uno, y con cada uno de ellos hay un plan de atención individualizada. Lo que sí le quería decir es que en nuestro desarrollo —no he entrado en ello— hay una coordinación estrecha con todas las entidades locales. Ponía el ejemplo del servicio de ayuda a domicilio, que se hace en colaboración con los ayuntamientos. Los ayuntamientos, dependiendo de su tamaño, financian

un 20, un 30 por ciento del coste-plaza de la persona atendida, el resto lo financia la Administración regional, pero es un servicio que presta directamente el ayuntamiento en colaboración con la Administración regional.

Ahora mismo hay 16 centros de día distribuidos por toda la comunidad autónoma. Los centros de día son establecimientos que se abren a primeras horas de la mañana hasta última hora de la tarde, y una de las cuestiones que veíamos eran las dificultades de transporte de ciertas personas para acceder a estos centros de día. Bueno, en colaboración con todos los ayuntamientos donde están ubicados los centros de día, hay transporte público y gratuito para estas personas, financiado por la Administración regional y gestionado por el ayuntamiento correspondiente. Lo mismo ocurre con el programa de acceso de todos los discapacitados o con grandes minusvalías a las playas: se hace en colaboración con los ayuntamientos. El Gobierno regional lo financia y los ayuntamientos son los que ponen el servicio en funcionamiento. Por lo tanto, sí que hay una colaboración estrecha entre todos los ayuntamientos en la prestación de los servicios sociosanitarios. No es una carga económica para ellos, al contrario, la mayor carga económica la lleva la Administración regional y, por lo tanto, ésta va a ser nuestra línea de trabajo.

Termino con un dato que quería comentar al final, al hilo de las dudas de si lo que hemos hecho ha sido cambiar de partidas. Tengo que decir que ahora mismo la atención sociosanitaria supone un 32 por ciento de todo el presupuesto de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales; la acción social otro 32 por ciento, y el otro tercio es el área sanitaria. Luego, para nada hemos trasladado dinero de acción social a la acción sociosanitaira, sino que hemos creado y hemos desarrollado unos nuevos recursos y una nueva forma de entender la atención sociosanitaria en base a la dependencia.

El señor **PRESIDENTE:** Si no desean hacer ninguna observación, le damos las gracias por su comparecencia en el día de hoy y levantamos la sesión de esta Comisión.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.

Nota: El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión del Pacto de Toledo, del miércoles, 11 de diciembre de 2002, no guarda relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

Edita: **Congreso de los Diputados**
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. *http://www.congreso.es*

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**