



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

**Año 2005**

**VIII Legislatura**

**Núm. 256**

## **NO PERMANENTE DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS ACUERDOS DEL PACTO DE TOLEDO**

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JUAN MORANO MASA**

**Sesión núm. 9**

**celebrada el martes, 19 de abril de 2005**

Página

### **ORDEN DEL DÍA:**

**Celebración de las siguientes comparecencias, para informar sobre la regulación del régimen de dependencia:**

- |  |    |
|--|----|
| — Del señor presidente de la Confederación española de familiares y personas con enfermedades mentales. (Número de expediente 219/000142.) ..... | 2  |
| — Del señor presidente de la Confederación de la dependencia y presidente de Edad & Vida. (Número de expediente 219/000143.) .....               | 11 |

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

**CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS, PARA INFORMAR SOBRE LA REGULACIÓN DEL RÉGIMEN DE DEPENDENCIA:**

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES (MORATA ANDREU) (Número de expediente 000219/142).**

El señor **PRESIDENTE**: Iniciamos la sesión y damos la bienvenida a don Francisco Morata Andreu, presidente de la Confederación Española de Familiares y Personas con Enfermedades Mentales, que nos va a informar sobre la regulación del régimen de dependencia. Bienvenido, don Francisco Morata, está usted en su casa. Tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): En primer lugar quisiera agradecer a esta Comisión, en nombre de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes), la oportunidad que nos brinda para poder exponer nuestro punto de vista, nuestras preocupaciones y nuestras esperanzas ante la futura regulación de la cobertura de las consecuencias de las situaciones de dependencia.

La confederación Feafes es la única entidad de ámbito estatal existente en España que representa al movimiento asociativo de familias y personas con enfermedad mental; agrupa a un total de 178 entidades con más de 32.000 asociados. Feafes es miembro del Cermi, cuyo presidente ya ha comparecido en esta Comisión, y es obvio decir por tanto que suscribimos y estamos totalmente de acuerdo con sus planteamientos, ya que son fruto de nuestro consenso interno a favor de las personas con discapacidad en su conjunto en nuestro país.

Es justo reconocer que en los últimos tiempos se ha avanzado en alguna medida en la mejora de la atención de las necesidades de las personas con discapacidad. Sin embargo, aún queda mucho por hacer y a este respecto valoramos muy positivamente la elaboración y publicación del libro blanco de la dependencia, publicación que ya es y será un referente importante a la hora de analizar y reflexionar sobre las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia y de sus familias. Analizando más en profundidad el contenido del libro blanco, observamos que se pone el énfasis especialmente en la protección de las necesidades de las personas mayores de 65 años.

Basándonos en los datos demográficos que se analizan, estimamos que reducir la cuestión a este sector de edad sería un enfoque segregador y reduccionista que no responde a la realidad que desde el movimiento asociativo de familiares y afectados vivimos día a día. Centrar la atención exclusivamente en las personas mayores supondría una aproximación limitada desde todos los puntos de vista, no queriendo restar con esta crítica importancia a las necesidades de este segmento de edad, que también supone en nuestro colectivo un número de personas significativo y a las que habrá que dar igualmente las respuestas pertinentes en la futura regulación del sistema de atención a la dependencia.

Aunque seguramente algún otro compareciente habrá expuesto la importancia de determinados principios a tener en cuenta en la futura regulación, yo no quiero dejar pasar la oportunidad de referirme a los siguientes, que seguramente no son los únicos pero que, por la experiencia de nuestro colectivo, sí nos parecen los más interesantes. Principio de universalidad. El sistema que se establezca debe tener un carácter universal, contemplando unos mínimos iguales para todos los territorios del Estado, referidos tanto a la valoración de las necesidades de dependencia como a los criterios de acceso a los recursos existentes. Esto implica la regulación de las prestaciones a través de una ley de ámbito estatal, que luego deberá ser desarrollada y ejecutada por las distintas comunidades autónomas y las corporaciones locales de acuerdo con sus competencias y con las singularidades de cada territorio. Pensamos que así se evitarían las diferencias entre las comunidades en cuanto a los niveles de protección de la dependencia. Por supuesto, esto llevaría aparejado fijar claramente el reparto competencial entre Estado y comunidades autónomas y articular los mecanismos de coordinación adecuados entre las distintas administraciones implicadas.

Sus señorías conocen, me consta, las grandes y por tanto graves diferencias existentes hoy en día en el ámbito de la atención a la salud mental, fruto, entre otros aspectos, de una inadecuada planificación competencial entre los estamentos implicados y desde nuestra organización consideramos imprescindible que se arbitren los mecanismos oportunos para que en el tema que nos ocupa no se produzcan los mismos errores, ya que ello, además de generar graves agravios entre los ciudadanos, a nuestro juicio no hace más que hacer ineficaz y más costoso el sistema. El principio de igualdad, aplicado al reconocimiento de la situación de dependencia. Son precisos unos criterios de valoración únicos e iguales para todo el territorio nacional, al acceso a las prestaciones y servicios disponibles, con independencia del nivel económico del solicitante, y al uso de los mismos, garantizando la igualdad de las personas con discapacidad con respecto al resto de los ciudadanos españoles. Creemos que la aplicación de este principio haría desaparecer las desigualdades territoriales así como la discriminación que padece la llamada clase media, que ve

dificultado su acceso a los recursos por superar los criterios económicos exigidos aunque no dispone de un nivel económico suficiente para acudir a recursos privados.

Es preciso tener en cuenta la libertad de las personas en situación de dependencia, que puedan decidir sobre su propio destino para tomar el control de su vida, tomar sus propias decisiones y hacer uso del derecho a asumir riesgos. En definitiva, ganar en independencia y en autonomía ejerciendo los mismos derechos que se reconocen al resto de los ciudadanos españoles. Asimismo, las medidas que se adopten en la nueva ley deben enfocarse desde la perspectiva de proporcionar un trato digno, cuidados humanizados y entornos seguros y confortables, respetando la libertad de decisión de las personas sobre su propia vida y fomentando el grado de independencia de las mismas. Es todo lo que se refiere al principio de dignidad.

Por último, pero no por ello menos importante, el principio de participación. En todos los ámbitos de la vida social, política, económica y cultural, hay que tomar a la persona en situación de dependencia como sujeto activo, poniendo a su disposición un sistema de atención que no perpetúe esta dependencia sino que contribuya a la mayor autonomía posible. Una de las cuestiones que más preocupación nos causa a las personas que formamos parte del movimiento asociativo Feafes son los criterios que se van a seguir a la hora de valorar las necesidades de dependencia de nuestro colectivo. Podría pensarse que las necesidades derivadas de la enfermedad mental fueran menores que las de otros colectivos del sector, al no ser tan visibles, pero estas necesidades son en algunos aspectos hasta me atrevería a decir que mayores, viéndose además agravadas por la situación de estigma y aislamiento social que se produce en el caso de la discapacidad por enfermedad mental.

Creo que podrá ser de utilidad para sus señorías que les haga un breve resumen de cuáles serían las dificultades funcionales con las que se encuentran las personas con enfermedad mental en las principales actividades de la vida diaria, de acuerdo con la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, CIF, aprobada por la Organización Mundial de la Salud, y reflejando los datos recogidos en la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, realizada por el INE, el Imsero y la Fundación Once en 1999, y el posterior estudio de análisis de la encuesta de población con enfermedad mental grave y prolongada realizada en 2003.

En primer lugar hablemos de las dificultades en relación con el aprendizaje y la aplicación del conocimiento de las tareas. Las tareas complejas requieren una capacidad cognitiva suficiente y es sabido que los trastornos mentales graves y prolongados, y especialmente en los casos de esquizofrenia y trastornos bipolares, se asocian con frecuencia a una disfunción cognitiva. Alrededor de un 55 por ciento de los casos de personas

con enfermedad mental manifiestan una discapacidad en el aprendizaje y desarrollo de las tareas. De este porcentaje, un 37 por ciento no puede aprender, un 31 por ciento tiene una discapacidad grave para aprender y otro 31 por ciento es de intensidad moderada. Esta discapacidad afecta a todas las edades, si bien con el envejecimiento se hace más patente, de modo que el 41 por ciento de las personas con discapacidad para aprender y que tienen más de 64 años tienen total incapacidad para aprender. Estos datos indican que esta discapacidad es seis veces más habitual en las personas con enfermedad mental respecto al resto de las personas con discapacidad, lo que revela la importancia de intervenir en la rehabilitación cognitiva de este grupo de población.

Las dificultades en la comunicación y en las relaciones personales. La valoración de esta variable alcanza valores muy altos en el caso de las personas con enfermedad mental, llegando hasta un 93 por ciento. La esquizofrenia tiene como una de las características diagnósticas la dificultad de comunicación y relación con otras personas, lo que puede dar una idea de su importancia. Sin duda, estas dificultades constituyen un problema para la participación e integración social y laboral de este colectivo. Todas las dificultades sobre la movilidad también son de importancia. La disfunción cognitiva asociada a los trastornos mentales produce problemas en las psicomotricidad, lo que supone una limitación para realizar actividades ocupacionales e incluso en la vida diaria. Hay que tener en cuenta también los efectos añadidos de la medicación que tiene quizás sus mayores consecuencias en esta área de limitar y afectar a la movilidad. Asimismo, la dificultad para desplazarse fuera del hogar constituye una de las discapacidades más importante en las personas con enfermedad mental, alcanzando un 67 por ciento de los casos. Esta discapacidad se justifica en que la dificultad en el aprendizaje, unido a los problemas de la comunicación, hace que la dependencia del hogar sea muy alta. El progresivo deterioro cognitivo, al que contribuye tanto la enfermedad como los tratamientos neurolépticos, hace que las limitaciones se acrecienten con la edad, de modo que hasta un 67 por ciento de los que padecen esta discapacidad con más de 64 años tienen una incapacidad muy importante para esta actividad.

Autocuidado. Aunque las tareas de autocuidado (comer, dormir, asearse, etcétera.) constituyen tareas simples que no se ven tan afectadas por la limitación cognitiva que conlleva el padecimiento de una enfermedad mental, hay que tener en cuenta que una de las características diagnósticas de estos trastornos es la falta de energía y motivación. Debido a la enfermedad, muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea; esto implica con frecuencia una incapacidad para cumplir con sus obligaciones, lo que se refleja en un abandono de su aspecto físico y de los autocuidados básicos de la vida diaria. Las tareas más complejas de la vida diaria o de la vida doméstica, como la administración del hogar y

la capacidad de autonomía, que son variables importantes para la valoración de la dependencia, están relacionadas con la limitación en el aprendizaje y con las dificultades de comunicación y de desplazamiento fuera del hogar que comenté anteriormente y se presentan en un 73 por ciento aproximadamente de las personas con enfermedad mental.

Los handicap en la educación. Los datos indican que un 21 por ciento de las personas con enfermedad mental no tienen estudios, alrededor de un 35 por ciento sólo tienen estudios primarios y resulta excepcional que alcancen estudios universitarios completos. Sólo alrededor del 2 por ciento ha concluido sus estudios en la universidad. Estos datos se justifican por la edad del inicio de la enfermedad, que se sitúa con más frecuencia entre los 14 y los 18 años, de modo que se produce una ruptura en el proceso formativo. Este déficit de formación se manifiesta en un menor grado de búsqueda de empleo. Además, los resultados de diversos estudios ponen de manifiesto la baja accesibilidad de las personas con enfermedad mental a cursos de formación. Esto viene provocado por las discapacidades anteriormente expuestas: dificultades de aprendizaje y desarrollo de tareas, limitaciones de comunicación y relación social, dificultades de movilidad fuera del hogar, etcétera. Igualmente, la eficiencia de los programas de formación laboral es baja, lo que incide en que obtienen un puesto de trabajo en menor grado que el resto de las personas con discapacidad. El acceso al mercado de trabajo de las personas con discapacidad por enfermedad mental es muy bajo y cuando lo hacen es habitualmente con trabajos eventuales de corta duración, manifestando una tendencia hacia la jubilación y exclusión del mercado de trabajo. Entre las personas con enfermedad que trabajan se detecta que el cambio de actividad o profesión se produce con una frecuencia significativamente mayor que el resto de las personas con discapacidad. Esta dificultad para la estabilidad laboral hace preciso que se potencien programas de mantenimiento del puesto de trabajo. Además, no se benefician frecuentemente de las medidas de apoyo al empleo de personas con discapacidad.

Con relación a la economía, el colectivo de personas con discapacidad por enfermedad mental se trata de un grupo de población con una situación económica vulnerable, existe casi un tercio que no recibe ninguna prestación y en quienes la reciben se trata de pensiones no contributivas. Es obvio que esto sea así a la vista de los datos que les he expuesto con anterioridad. Los ingresos habituales del 75 por ciento de los hogares en los que viven personas con enfermedad mental son a través de pensiones, debido a la media de edad de los padres, ya que nuestros hijos viven con nosotros. Ello nos imposibilita el acceso a recursos privados que se costean con medios propios. Se hace, pues, preciso determinar con rigor y adecuación a la realidad de los ciudadanos a quienes se dirigen los sistemas de acceso a los recursos y prestaciones que se contemplan. Si se

determinan los criterios de acceso sin tener en cuenta esa realidad, se produciría una falla en el sistema, sistema al que sólo podrán acceder unos pocos, y los ciudadanos tendremos la sensación de que hemos avanzado poco en este ámbito. El sector de las personas con discapacidad, concretamente el de las personas con enfermedad mental, tenemos muchas expectativas puestas en la nueva regulación porque, sin duda es una oportunidad de superar nuestras necesidades y ver mejorada nuestra calidad de vida.

Voy a hacer una referencia a la participación en la vida comunitaria, social y cívica de nuestro colectivo. El objetivo de la reforma psiquiátrica ha sido que las personas con enfermedad mental pudieran participar, disfrutar y ser útiles a la comunidad. Sin embargo, este objetivo se ha visto truncado y las personas que forman este colectivo han pasado de la institución amplia a la mini-institución que constituye su domicilio. Allí se manifiesta una clara dependencia de su familia, limitaciones para salir de la casa, para comunicarse con los demás, para acceder a la participación ciudadana y una plena integración social y laboral.

Espero que esta exposición sea lo suficientemente ilustrativa de las grandes dificultades por las que tienen que pasar las personas con discapacidad por causa de una enfermedad mental para desarrollar una vida independiente, activa y plenamente integrada en la sociedad en la que vive, y que esto sea tenido en cuenta a la hora de fijar criterios con los que se van a valorar las necesidades de su dependencia. Estas características específicas han sido reconocidas tanto en el libro blanco, donde se dedica un epígrafe exclusivo para la problemática de las personas con trastornos mentales graves, como en las comparecencias previas del representante de la oficina del Defensor del Pueblo, don Manuel Aguilar, de la Defensora del Pueblo de Castilla-La Mancha, señora Martínez; también han sido referidas por el presidente del Cerme, don Mario García, en su comparecencia ante esta Comisión. Las características específicas en el caso de las personas con enfermedad mental creemos que deben ser tratadas de manera singularizada cuando se concreten las prestaciones tanto económicas como de servicios.

Considero aquí necesario hacer una puntualización, obvia seguramente pero, insisto, necesaria para dejar patente el objetivo de rehabilitación y recuperación que inspira las acciones de nuestra entidad. No nos queremos quedar en las consecuencias de la enfermedad, ni mucho menos. Es totalmente probado que las personas con una enfermedad mental pueden, con una adecuada, completa e integrada atención, llevar en muchos de los casos una vida normalizada y plena, y ése es nuestro más firme objetivo. No nos queremos quedar anclados en la dependencia, por decirlo de alguna manera, en conexión con el tema que nos ocupa, pero mientras estas circunstancias expuestas se presentan y se mantienen, es necesario no olvidar que existen y deben ser tenidas en cuenta.

Señorías, no es mi intención ni la de la organización a la que represento solicitar un trato privilegiado. Ahora bien, con la oportunidad que se nos brinda con esta comparecencia se nos permite apelar a que se tengan en cuenta las especiales dificultades con las que se encuentran las personas con enfermedad mental en su vida diaria a la hora de valorar el grado de dependencia que le corresponde, evitando la discriminación y el olvido al que nos hemos visto abocados en tiempos pasados. Se ha dicho que la salud mental es la eterna olvidada de la sociedad, la salud mental ha sido la Cenicienta de los sistemas sanitarios y sociales. Por tanto, considero lícito pedir que no se repitan los errores históricos que ha sufrido un número de ciudadanos muy importante por el hecho de padecer una enfermedad mental. Como decía antes, probablemente sea menos patente, pero no por ello menos importante.

Teniendo en cuenta los principios que deben inspirar la elaboración de la ley, desde la confederación Feafes consideramos que el conjunto de prestaciones del nuevo sistema nacional de dependencia debe estar englobado dentro del sistema de la Seguridad Social, con los efectos pertinentes sobre los servicios sociales, y que deben tener un carácter universal independientemente de la capacidad económica, ya que solo así dichas prestaciones quedarán reconocidas como derechos subjetivos y en un plano de igualdad para todas las personas a las que el Estado y la sociedad deberán proporcionar los medios necesarios para satisfacerlos. Debe completarse el establecimiento de un conjunto de prestaciones económicas y de servicios suficientes y de calidad, que cubran las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias y cuidadores y que tengan en cuenta las características individuales de cada caso concreto.

Un aspecto que parece de gran repercusión es la adecuada formación de los profesionales y la pertinente adecuación de los equipos multi y pluriprofesionales a las nuevas situaciones que se generan. Este aspecto de la formación de los profesionales es para nosotros, para nuestra confederación, de tanta importancia que incluso en nuestra confederación es un tema que hemos empezado a proponer para su estudio y para el comienzo de las acciones en esta línea.

Sobre las prestaciones económicas reitero lo que exponía anteriormente, hay que tener en cuenta la situación económica vulnerable, por la edad de los padres, son pensionistas y en muchos casos se trata de prestaciones no contributivas, por lo que no pueden acceder a recursos privados. Consideramos que las prestaciones económicas que se establezcan en el sistema nacional de dependencia deberán permitir la elección libre del beneficiario de los servicios que necesite, en orden a facilitar el mejor acceso a los recursos disponibles, su libertad de acción, etcétera. Deben potenciar de manera eficaz una mayor autonomía de la persona para gestionar su vida diaria, lo que favorecería la no cronificación en la situación de dependencia, sobre

todo si se contempla a la persona en esa situación no como causante de la prestación, sino como titular de la misma. Una buena cobertura económica de las necesidades de la persona con enfermedad mental liberaría a las familias del gran esfuerzo económico y del sacrificio que viene soportando desde que la reforma psiquiátrica obligó a las familias a hacerse cargo de la atención de sus familiares. Asimismo, nos preocupa que no se contemple la compatibilidad de las prestaciones económicas que se establezcan con la posibilidad de desarrollar una actividad laboral, tanto en el caso de las personas con enfermedad mental como en el de los familiares y cuidadores.

En cuanto a las prestaciones de servicios, el estudio más reciente de ámbito estatal realizado por la Sociedad Española de Psiquiatría en 2002, titulado *La salud mental en España cenicienta en el país de las maravillas*, evidenció la insuficiencia de los recursos tanto materiales como humanos en los dispositivos sociales y sanitarios basados en la comunidad; además, existen desigualdades importantes entre los servicios que se ofrecen en los distintos territorios autonómicos. Como decía antes, no existen apenas mecanismos de coordinación, no solo dentro de la red de servicios de salud mental, sino tampoco en los servicios sociales. Igualmente, existe una gran carencia de coordinación entre las distintas administraciones con competencias en la materia. Respecto a las deficiencias en el número de plazas en los recursos comunitarios, y para no alargar demasiado esta exposición, les remito a los datos recogidos en el libro blanco, que reflejan que aún estamos muy por debajo de la media europea y de las recomendaciones de estándares de atención internacionalmente reconocidos. A la vista de todos estos datos, es imprescindible articular soluciones ante este panorama desolador que vienen padeciendo las personas con enfermedad mental, que han sido siempre, como muy bien refleja el título del estudio, la cenicienta del sistema.

Desde nuestra confederación llamamos la atención sobre la necesidad de que, mientras existan tantas deficiencias en los recursos públicos de salud mental, debe favorecerse la concertación de servicios privados gestionados por las entidades sociales sin ánimo de lucro frente a la iniciativa de empresas privadas. Esto lo decimos basándonos en la gran experiencia que acumulamos en el tercer sector en la atención de las personas con discapacidad y en que consideramos que el enfoque desde el que abordamos esta problemática es claramente diferente al de las empresas con ánimo de lucro, ya que no se contempla con la misma sensibilidad la atención de las personas con discapacidad cuando tu fin último es la comercialización de un producto que cuando tu misión es la mejora de la calidad de vida de estas personas. No quiero dejar pasar la oportunidad de reconocer desde nuestra confederación el compromiso político de avanzar en la cobertura de las necesidades derivadas de la dependencia y el esfuerzo económico que supone para el sistema. Es importante contemplar los

retornos económicos nada despreciables que ello va a generar y la generación de empleo que va a suponer lo valoramos como una nueva oportunidad para nuestro colectivo, al identificarse como un nuevo yacimiento de empleo para las personas con discapacidad al que las personas con enfermedad mental también queremos optar.

Reitero nuestra postura respecto a la financiación de la cobertura de las necesidades de la dependencia. Desde Feafes opinamos y compartimos el criterio determinado en el Cermi, que sería deseable que la misma se llevara a cabo a través del sistema, repito, de Seguridad Social, distinguiendo entre prestaciones contributivas financiadas a través de cotizaciones sociales y prestaciones de carácter no contributivo financiadas por impuestos.

Por último, vuelvo a agradecerles la oportunidad, señor presidente, que nos han ofrecido para, en esta Comisión, participar activamente en este proceso, comunicándonos nuestro interés en seguir colaborando en todo aquello que tenga que ver con esta cuestión.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Morata.

Señora Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Gracias, señor Morata, por su comparecencia. Tengo que pedirle disculpas por no haber podido estar en el inicio de su exposición. Voy a hacerle algunas preguntas para tratar de tener claras las ideas al hacer la futura ley. Usted acaba de exponer el criterio de la confederación sobre la financiación y ese es un tema en el que hay que profundizar.

Ha dicho usted que desde la reforma psiquiátrica se obliga a las familias a atender a las personas con enfermedades mentales. Habrá que hacer la distinción entre los enfermos mentales o las personas con discapacidad psíquica, porque no es el mismo problema. Aunque esto no tenga mucho que ver con la cuestión de discapacidad o de dependencia y sí con la falta de políticas que existe en salud mental, que efectivamente es la cenicienta de la sanidad pública, y yo diría que también de la sanidad privada, no hay en salud mental unos criterios muy claros sobre que la dependencia de las personas, la dependencia que generan, pueda ser afrontada por alguien más fuertemente que por la propia familia. Al final ese problema queda ahí. La pregunta es si, desde la posición de Feafes y de la confederación en general, el planteamiento es que desde la sanidad pública, además de lo que pueden ser políticas de dependencia, haya que afrontar también otro tipo de políticas de modelo psiquiátrico en la cuestión hospitalaria, centros de día, etcétera.

Lo digo porque se hizo una experiencia, y estoy hablando de lo que conozco —hay muchas zonas del territorio español que no conozco y de las que no puedo hablar—, de establecer centros de día y progresivamente

fueron cerrándose o cuando menos fueron no teniendo la funcionalidad que en principio parecía que era oportuna que tuvieran. Para la cuestión de la dependencia esto tiene su importancia, porque los centros de día podrían jugar un papel de atención profesional a estas personas que, por su salud mental, tienen esa dependencia. Al mismo tiempo también pueden actuar como centros de terapia ocupacional. Son aspectos que tienen que estar siendo resueltos por asociaciones como esta a la que usted mismo pertenece; por lo menos yo conozco unas cuantas asociaciones que están afrontando la carencia de trabajos terapéuticos de estas personas, muchas veces incluso con grandes dificultades económicas. Le pediría a usted que, independientemente de que las asociaciones cumplieran el papel que les corresponden, nos dijera si considera que los centros de día debieran establecerse en aquellos sitios que no están, reforzarse en aquellos otros que están funcionando, y que además de la cuestión terapéutica en la que tienen que actuar también actuaran con una función de terapia ocupacional y de ocio de las personas que tienen estos problemas.

Por otro lado, dado que la dependencia de las personas con salud mental es distinta a las dependencias de diversidad de movilidad, por lo que la cuestión es que parte de la dependencia está muy relacionada con los tratamientos de las personas, su disposición o indisposición a continuarlos, etcétera, nos gustaría saber su opinión respecto de la ley que se quiere tratar en este Congreso de los tratamientos involuntarios donde tendría que mediar el juez, etcétera. Parece que puede no tener que ver con esto pero yo creo sí, porque —lamentablemente por el hecho pero afortunadamente por el conocimiento— conozco a mucha gente en situación de este tipo, fundamentalmente jóvenes; es tremendo cómo se están incrementando en la juventud los problemas de salud mental en las diferentes variedades y variantes que este problema tiene, y al final efectivamente son los padres los que tienen que estar con ellos continuamente, no solamente acompañando por la dependencia que las propias personas suscitan, sino haciendo un seguimiento del tratamiento de estas personas y su cumplimiento, a veces incluso usando métodos dispares para que se pueda seguir. Sin entrar en el tratamiento general de la ley, pero dado que sí que me parece que tiene que ver con la dependencia de las personas que padecen problemas de salud mental, le pediría su opinión a este respecto y si cree que las asociaciones deben seguir cumpliendo el papel que llevan a cabo actualmente en materia de ocupación o de terapia ocupacional o se deberían ocupar de esta cuestión desde la Administración.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene usted la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Se ha referido a muchos temas. Quizás el tema que hoy nos ocupa no va a cubrir a todas las personas

con enfermedad mental, hay personas que no van a precisar la dependencia, por lo que luego habría que establecer unos baremos que seleccionaran a las personas que en realidad necesitan dependencia. Se mezcla la sanidad con los servicios sociales. Los centros de día están funcionando, los centros de salud mental están funcionando, lo que pasa es que esta enfermedad, como he dicho antes en mi exposición, ha sido siempre la eterna olvidada de todo, no estaba ni regulada dentro de la Seguridad Social. En el año 1985 se habla de la reforma psiquiátrica, abren los psiquiátricos y los sueltan, como yo digo, y van a parar a las casas y las familias se han hecho cargo. De aquella época a ésta hemos avanzado mucho, desde el año 1985 han pasado 20 años donde ya se contempla otro panorama; la salud mental respecto a lo que es sanidad está bastante bien atendida, no en todas las comunidades por igual, unas mejores que otras. En donde está mal es en el tipo social y donde está mal es en el problema de las personas que tienen necesidad de dependencia, que no va a afectar a todo el colectivo de enfermedad mental.

Centros ocupacionales, como le he dicho, existen bastantes y durante todos los días de la semana se les enseña. Tengo que decir que este colectivo está formado por personas que tienen problemas de adaptación pero personas que son inteligentísimas, cuando están en condiciones de hacer cualquier tipo de terapia ocupacional la hacen perfectamente. Por lo tanto, los centros ocupacionales están; nosotros queremos la dependencia para personas que verdaderamente la necesiten, que tienen una esquizofrenia marcada fuertemente donde no puede la familia atenderlos. No los puede atender por muchas razones, primero por edad y segundo porque no están dedicados a ello; si trabaja la madre no puede estar durante todo el día pendiente del chico y no va a ganar para mantenerlo. Hay cantidad de cosas en la dependencia que vamos a tratar de corregir; en lo demás va avanzando bastante. Yo soy padre de dos personas con enfermedad mental y viudo de una persona enferma mental que murió por la enfermedad. Cuando pasó esto yo no veía nada, todo era oscuro; ahora ya veo un túnel y al final una luz que me está diciendo que se están haciendo cosas. Por lo tanto, centros ocupacionales funcionan, sanidad funciona, no a tope, quizás haya menos plazas en los hospitales, pero lo que buscamos en este colectivo es quién va a hacerse cargo de estas personas cuando los padres faltemos. Hoy ya queremos la dependencia y vamos a por ella, y esto va a solucionar el problema en cierto modo, lo demás se va cubriendo. Como la pregunta era tan compleja no sé si la he llegado a contestar, si en algún punto me he quedado flojo, me lo dice y se lo repito.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra doña Verónica López.

La señora **LOPE FONTAGNÉ**: En primer lugar, y en nombre del Grupo Popular, quiero agradecer su

comparecencia al señor Morata Andreu y desde luego señalar que pocas cosas se pueden decir después de su exposición, porque la verdad es que ha hecho una gran exposición donde se ha reflejado perfectamente cuáles son los problemas específicos que padecen los enfermos mentales y sus familias. Como ha dicho usted muy bien, está claro que la mayoría de estos enfermos han sido cuidados, o por lo menos una parte importante de su vida, por los familiares. También hemos recogido perfectamente que necesitan una atención y un tratamiento específico, y es cierto que hasta hace muy pocos años eran los olvidados de la dependencia, pero gracias a esta futura ley que esperemos nos presente el Gobierno en el mes de junio la podremos estudiar y volveremos a pedir su comparecencia para ver qué opina de las propuestas. Quería pedirle algunas aclaraciones, muy pocas, porque desde luego ha hecho, como he dicho anteriormente, una exposición muy concreta y que nos va a permitir trabajar perfectamente. A raíz de lo que ha preguntado la compañera, me gustaría que aclarase un poquito qué tipo de prestaciones ayudarían a las personas con enfermedad mental para poder tener una cierta autonomía. Y luego también quería que nos ampliara un poquito lo que ha dicho. En este momento los enfermos mentales primero necesitan apoyo para que puedan desarrollar una autonomía que les permita una vida digna, pero hay que diferenciar cuando está su familia, que les apoya, y qué pasa cuando fallan o cuando mueren los cuidadores, que generalmente son los padres. Qué opina, qué solución sería óptima para que estas personas puedan seguir teniendo una vida medianamente normal, aunque evidentemente eso dependerá del grado de dependencia que tenga. ¿Qué modelo cree su confederación mejor para estas personas? ¿Miniresidencias, pisos tutelados? ¿Qué modelo de gestión tendría que realizarse? Sería importante para el Grupo Popular que definiera estas cuestiones.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Nosotros no sabemos cómo se va a desarrollar después, tendríamos que aportar ideas para saberlo. Lo importante para nosotros sería un número suficiente para evitar listas de espera, al poner la ley en marcha tener número suficiente para no tener listas de espera, y sobre todo atendidos por personal adecuadamente formado. El tema a desarrollar es nuevo, la dependencia no ha existido nunca, ha sido la que hemos dicho antes, la de los familiares, voluntarios, y eso no estaba regularizado. Por un lado, tenemos que esperar que la ley se haga y luego el desarrollo de la misma se verá sobre la marcha, se buscarán los perfiles de enfermos que estén necesitados de la dependencia y los demás se verá. Como usted ha dicho después, ¿qué va a pasar al final? Y habla de pisos tutelados, habla de miniresidencias, todo eso. En algunos casos nos vamos a volcar sobre las

minirresidencias, no queremos masificar los enfermos de 60, 70, en una residencia, que sean de 20, 25, 30 personas. De hecho en varias comunidades ya hay minirresidencias donde van 20 ó 25 personas. Esto se ha aplicado a personas que no tienen con quién vivir, los que están con los padres todavía no lo han solucionado, ese es el problema de fondo. Los pisos tutelados están muy bien pero eso ha sido una medida rápida para poder salir un poco. Los pisos tutelados tienen que estar controlados, vigilados, tienen que ir todos los días, en una minirresidencia sería distinto. Luego, dependerá de la economía del país y de la ayuda que se le preste al colectivo de personas con enfermedades mentales para que esas necesidades estén cubiertas. Nosotros creemos en las minirresidencias; de momento los pisos tutelados ya los hay en todas las regiones, no todos los que hacen falta, pero vamos a las minirresidencias para que luego vayan personas que en realidad no tengan a nadie, mientras que tengan a los familiares muchos familiares no van a querer que vayan todavía, van a necesitar más la dependencia que sacarlos del domicilio, hay personas que los quieren tener y pueden atenderlos, pero llegará el día en que fallezcan, ¿y qué pasa? Entonces las minirresidencias son necesarias, esa es nuestra lucha de momento, ir a por ellas, una de las muchas reivindicaciones, ésta es importantísima y vamos a ello. ¿Ha quedado contestado o le queda alguna duda?

La señora **LOPE-FONTAGNÉ**: Sí que ha contestado, y como decía anteriormente, ha hecho una exposición muy clara y muy amplia.

Una de las preguntas que me gustaría que ampliara son las prestaciones a estas familias, cuando el enfermo vive en su casa, qué clase de prestaciones recibe, ¿económicas?, ¿de servicio?, ¿las dos? ¿Qué relación es mejor para estas familias? ¿Con las entidades locales? ¿Habría que dar más competencia a las entidades locales por ser una institución más próxima y es más fácil? Es evidente que hay mucha diferencia entre las comunidades autónomas, supongo que tiene datos, las leyes de los servicios sociales no son las mismas y evidentemente puede causar problemas.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Nosotros pensamos que bastantes ayuntamientos tienen competencias de servicios sociales; creemos que es más operativo, porque está más cerca del ciudadano, que fueran los ayuntamientos. De momento esto todavía no ha llegado a los ayuntamientos, lo están haciendo las comunidades autónomas, los gobiernos comunitarios son los que se están ocupando de los servicios sociales y lo están haciendo. En cuanto a las ayudas que reciben yo diría que es la paga no contributiva de un enfermo mental, las clásicas cuarenta y tantas mil pesetas de las antiguas son las que reciben, no

hay otra ayuda. Hoy si el enfermo está en casa y está malo pues irá el médico.

Luego, en el tema de la economía, si los familiares no perciben, no tienen suficiente, su economía es débil, lo están pasando mal porque con ese sueldo no pueden mantenerlos, lo que pasa es que se les auxilia un poco con los centros ocupacionales donde se recoge al enfermo, en algunas comunidades, se le recoge por la mañana y se le devuelve por la tarde, incluso comen y todo allí. Esto les alivia, al margen de aliviarlos de tenerlos todos los días metidos en la habitación, los sacan de allí, los llevan al centro ocupacional y encima les facilitan la comida y el medio de transporte. Esto es otra ayuda indirectamente, no se recibe nada más que la paga no contributiva de momento. Por eso lograr lo de la dependencia es muy importante porque liberaría a los familiares del cuidado diario de estos enfermos, supondría que podrían hacer cualquier labor y permitir trabajar a la madre y al padre que a veces tienen que estar en el domicilio pendientes de esta criatura; esto es muy importante en la ley.

La señora **LOPE-FONTAGNÉ**: Si me permite el presidente, una última pregunta. El otro día cuando compareció el adjunto segundo del Defensor del Pueblo señaló a que son frecuentes, y yo creo que también lo ha recogido, las quejas en las que se denuncia la escasa puntuación asignada a determinadas enfermedades como los trastornos mentales que es evidente que invalidan la vida normalizada de los enfermos. ¿Habría que modificar ese baremo o habría que ampliarlo?

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): El baremo de incapacidad sí habría que revisarlo, sobre todo porque hay personas en las que se detecta que su incapacidad es mucho mayor de la que ha pasado por la revisión.

En cuanto a la puntuación debe ser revisada con más tiempo. Hay personas que estaban en un 33 por ciento de discapacidad que ya podían estar en mucho más, y eso a la hora de recibir prestaciones es mucho mejor tener la discapacidad que verdaderamente tiene porque hace cuatro o cinco años que no la han revisado; a los que tienen el 65 por ciento les da lo mismo porque en realidad con un 65 por ciento ya se han alcanzado todas las metas de ayudas.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Luis Tomás, diputado del Partido Socialista Obrero Español.

El señor **TOMÁS GARCÍA**: Muchas gracias, señor Morata Andreu, por su comparecencia aquí esta mañana. Desde el Grupo Parlamentario Socialista creemos que es una buena oportunidad para escuchar de primera mano a este sector que padece y que vive en primera línea la situación de un colectivo tan amplio y tan específico como es el de las personas con enfermedades mentales.



Usted ha hecho en su exposición un análisis y una evaluación de lo que son las principales deficiencias que en este momento presenta nuestro sistema de atención pero, sin embargo, desde su asociación, desde su colectivo, su federación, Feafes, en varias ocasiones se ha establecido y se ha dicho con claridad y con rotundidad que la reciente historia de nuestro sistema de prestación sanitaria y social ha tenido importantes avances, sobre todo a partir de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, en la que se estima que aportó o dio un gran paso cuando reconoce el carácter comunitario de este servicio, pero que, sin embargo, a su vez permitió la detracción de una serie de recursos importantes que servían para su atención. Ha reconocido en su exposición que el Libro Blanco de la dependencia supone un avance importante y ha reconocido también en esta valoración positiva que el trabajo que plantea este Libro Blanco de la dependencia, es un reto que debe llevar la voluntad de todas las partes implicadas a una aproximación de posturas de cara a que este cuarto pilar del Estado del bienestar, que son las prestaciones y la atención social a personas en situación de dependencia, pueda ser el día de mañana una realidad.

Su federación ha establecido como bandera alcanzar un objetivo de calidad en la asistencia sociosanitaria, y así es reconocido por todos en estos momentos. Yo, desde el Grupo Parlamentario Socialista, quisiera reconocerlo así en este momento, pero sobre todo porque ha aportado una visión que creemos que es interesante para el sistema, que es la de la integración social mediante la eliminación de todos los obstáculos que pudieran existir, y en esa lucha se hallan ustedes en estos momentos y en esa lucha creemos que nos hallamos todos en el momento presente. Hablan ustedes de una atención integral y esa atención integral —ha sido expuesta en su clara exposición anterior— solamente se puede alcanzar mediante la coordinación de todos los estamentos y de todos los servicios, es decir, de todas las redes, tanto las redes sanitarias como las redes de prestaciones sociales, las redes formales y las redes informales. Pero también ustedes son conscientes, y lo han manifestado así en más de una ocasión, que en el proceso de implantación de la futura ley de la dependencia tenemos que ser muy rigurosos y ser muy cautelosos a la hora de ponerla en práctica y desarrollarla. Vamos a necesitar tiempo para alcanzar los objetivos que nos planteamos, que son muy ambiciosos, y en este tiempo tenemos que medir, y ustedes lo han hecho también y han llamado la atención sobre ese aspecto, la aplicación de la ley, que deber ser ordenada; hay que medir la coordinación entre los diferentes estamentos implicados en la misma, y sobre todo hay que medir la suficiencia de los recursos empleados. Por lo tanto, creemos que estamos ante el representante de un colectivo que tiene mucho que decir porque tiene detrás de él una amplia experiencia y una amplia visión de lo que es la atención a las personas con enfermedades mentales en concreto.

Al Grupo Socialista le gustaría conocer hasta qué grado llega esta preocupación que usted ha manifestado aquí esta mañana en concreto en algunos aspectos que no han sido tratados por los anteriores portavoces de los grupos parlamentarios. Así, nos gustaría saber si considera que los criterios para valorar el grado de dependencia, cuestión en la que usted ha hecho hincapié y ha manifestado su preocupación, deben de ser únicos para todo el territorio nacional y cuáles son los criterios que considera necesarios para determinar el grado de dependencia, aspecto que ha resaltado anteriormente. Asimismo, nos gustaría saber si considera compatible establecer un modelo de protección social de ámbito estatal con la distribución competencial que en estos momentos tienen las comunidades autónomas, en qué medida establecer esa relación entre las posibles redes de carácter estatal con las dependientes de las comunidades autónomas.

Asimismo, nos preocupa conocer cómo ve su federación y cómo ve usted el problema que se plantea para alcanzar la plena ciudadanía para las personas con trastornos mentales. Es verdad que algunas cosas no se han hecho bien en el pasado en relación a la atención a este colectivo, pero somos conscientes todos de que tenemos que superar esos condicionantes para que dejen de ser pacientes y se conviertan en ciudadanos. Nos gustaría saber al Grupo Socialista de qué manera ve usted que podríamos enfocar el trabajo en relación con el marco de la ley de dependencia para que este objetivo sea una realidad. En cuanto a la situación laboral, señor Morata Andreu, ¿cree usted que las actuales leyes permiten una integración laboral en igualdad de condiciones? Y si no puede aclarar de qué modo contemplan la articulación entre las diferentes redes existentes en la prestación de servicios sociales y servicios sanitarios.

Y por último, ha hecho usted alusión al aspecto formativo cuando ha hablado de la formación de los profesionales, que es muy importante, pero creemos que tan importante como la formación de los profesionales es ganar la batalla de la concienciación social, y ahí también nos queda un terreno bastante amplio por conseguir. En ese sentido creemos que hay dos ámbitos, uno que es el educativo y otro el de los medios de comunicación, donde se pueden hacer muchas cosas. Le pregunto, señor Morata, cómo ve este problema, qué medidas o qué líneas de trabajo deben impulsarse para que, tanto en el ámbito educativo como en el de los medios de comunicación, ganemos y aceleremos también nuestra lucha en la concienciación de la ciudadanía.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Morata.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Bien, una pregunta bastante extensa, no sé cómo podré responderle.

En cuanto a la formación educativa y sobre todo la concienciación de la sociedad por el estigma que esta enfermedad lleva consigo, en eso la confederación en este año ha dado un paso muy importante intentando llegar a los medios de comunicación para que ellos, a la hora de hablar de la enfermedad mental, hablen con conocimiento de causa, que no sea la pagana de todos los problemas que hay hoy, que se culpe a la enfermedad mental o a la persona enferma mental de cualquier hecho delictivo como se está haciendo. Hemos celebrado un congreso y ahora vamos a hacer unas jornadas. Anteriormente ya se había invitado a todos los medios de comunicación con una especie de baremo de preguntas y respuestas porque sabemos que es muy importante la concienciación de la sociedad sobre todo en esta enfermedad que ha estado olvidada; se ha repetido ya muchas veces. Por lo tanto, en ese tema vamos caminando, sabemos que tenemos que concienciar a la sociedad. También tropezamos con el handicap de que la misma familia de una persona con enfermedad mental a veces no lo dice, ésta es la enfermedad de la vergüenza. Usted vive en un edificio y si hay 40 viviendas y usted padece del corazón todos los vecinos saben que está yendo a tratamiento del corazón, pero como esa persona con enfermedad mental viva en uno de esos pisos, seguro estoy de que no lo sabe el resto de la vecindad. Por lo tanto, es una batalla que esta confederación la tiene por muy importante, la estamos combatiendo y creemos que cada día se van viendo otras fórmulas, se ve la enfermedad mental como una enfermedad más, como una enfermedad como otra cualquiera, por lo tanto ahí vamos avanzando y seguiremos en esa línea.

Me parece que usted ha preguntado cómo va el entendimiento entre lo social y lo sanitario. Ahí, si me permite la frase —bueno, se va a enterar todo el mundo—, es un desastre, no hay coordinación, a veces no hay coordinación. En algunas comunidades están coordinadas, en otras es como la pelota de ping-pong, esto es social, esto es sanitario. Nosotros sí tenemos claro lo que es social y lo que es sanitario y le tendría que decir que lo sanitario avanza más que lo social en todas las comunidades, avanza más; en lo social es donde tenemos que apretar un poco y ahí es donde van las minirresidencias, ahí es donde va lo que se ha hablado tanto.

Si la ley de dependencia a nivel estatal sale adelante, las comunidades autónomas tendrán que aceptar la ley como base, como paraguas general diría yo, luego que atiendan y que la cumplan. Por lo tanto, la lucha está en conseguir esta ley, o la pretensión es conseguir esta ley, y luego nosotros ya en cada comunidad diremos: Ya hay una ley aprobada de la dependencia, vamos a aplicarla. Por lo tanto, el primer paso tiene que ser estatal, tiene que ser en el Gobierno, en la Administración central, después iremos a lo otro.

Le tengo que decir que en lo social también se ha avanzado mucho. Yo no soy derrotista, yo no soy perso-

na que reivindique a cada momento, yo digo las cosas y luego me voy dando cuenta de cómo es el panorama económico y veo que no podemos pretender en tan poco tiempo situar esta enfermedad a nivel de otras que están muy bien consideradas tanto en lo social como en lo sanitario. Por lo tanto, reconozco que en 20 años desde la reforma psiquiátrica se ha avanzado bastante, lo que pasa es que como no había nada hecho, como dependíamos de las diputaciones, no estaban incluidas en la Seguridad Social ¡imagínese usted cómo estaba este colectivo! Estamos en la Seguridad Social, estamos recibiendo prestaciones, estamos en el Imserso, estamos viendo que esto va avanzando, por lo tanto, entrar en decir que no hay nada, no, no, no, hay mucho.

Para este año había oído, no sé si llevo razón u oí mal, que en los Presupuestos Generales del Estado el Gobierno iba a poner una partida de una cantidad de millones muy importante, cosa que me parece que no ha salido adelante, y yo, como estoy pensando en que las leyes se hacen pero hay que cumplirlas, y para cumplirlas hace falta dinero, tienen que ir acompañadas de la economía, me creo que al no pasar así vamos a tardar un poco más en poner en marcha esta ley, no sé, o luego se articula otra fórmula. Lo estoy diciendo porque ya digo que no me dedico a criticar, nada más que me llevé un pequeño disgusto cuando vi que esa partida había desaparecido de los presupuestos generales. Bueno, esperemos que el año que viene se ponga.

Hacía otra pregunta más al principio que ahora mismo no la recuerdo porque era una intervención tan larga que no la recuerdo.

El señor **TOMÁS GARCÍA**: Sobre los criterios para valorar el grado de dependencia.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): En los criterios para valorar el grado de dependencia nosotros tenemos claro que hay que aprovechar los servicios que tenemos, habría que mejorarlos, habría que dotarlos de personal; los criterios son esos. Si la ley sale adelante que se doten, que se aproveche lo que hay ya, los servicios que hay, y que sean mejorados y luego cubiertos por personas que tengan la suficiente capacidad para poder desarrollarlos. Es una ley nueva, no sabemos; cuando se apruebe veremos poder articularla lo mejor posible, yo ahora mismo no le puedo decir cómo se va a articular porque no tengo ni idea, serían los técnicos de un ministerio o de otro los que dirían cómo tienen que articularse. ¿Que quieren datos, que quieren información sobre pequeños o grandes detalles? Nosotros se los vamos a dar, pero decirle cómo se va a articular no se lo puedo decir. Yo lo que quiero es que la ley se lleve adelante y que salga.

El señor **TOMÁS GARCÍA**: Simplemente una aclaración. Sí hubo esa dotación económica extraordinaria, por una enmienda de Izquierda Unida y Izquierda, de 50 millones de euros, y también recordarle que este año en los Presupuestos Generales del Estado más del 50 por ciento del presupuesto está destinado a gasto social, lo cual es un dato histórico en la reciente historia de España.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Bueno, yo sé que está dotado, yo sé que los servicios sociales van a funcionar y no me lo tome como una especie de reproche, sino que si yo estoy pendiente de que una ley salga y no sale pues, la verdad, lo detecto, lo mismo que le puedo decir que otras cosas se están haciendo perfectamente. Aquí no se trata de eso, se trata de que vamos por una ley y sabemos que va dotada de un dinero y si ese dinero no se pone en esa ley, nos preocupa Los planes generales que se hacen en las comunidades autónomas sobre sanidad si no van dotados de economía van al cajón y se quedan olvidados, y nosotros estamos muy pendientes de eso.

El señor **TOMÁS GARCÍA**: De todos modos esta ley, señor Morata, lleva acompañada también su correspondiente dotación económica.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES** (Morata Andreu): Pues en nombre de la 177 asociaciones le doy las gracias si es así.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a don Francisco Morata Andreu, presidente de la Confederación Española de Familiares y Personas con Enfermedades Mentales, por su comparecencia; ha sido del máximo interés, y será siempre bienvenido.

Suspendemos la sesión durante diez minutos. (Pausa.)

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PRESIDENTE DE EDAD & VIDA (RAVENTÓS NEGRA)**. (Número de expediente 219/000143).

El señor **PRESIDENTE**: Se reanuda la sesión con el segundo punto del orden del día, comparecencia de don Higinio Raventós Negra, presidente de Edad & Vida, para informar sobre la regulación del régimen de dependencia. Bienvenido, señor Raventós, está usted en su casa, inicie cuando quiera su intervención.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PRESIDENTE DE EDAD & VIDA** (Raventós Negra): En nombre de

Edad & Vida, les damos las gracias por permitirnos estar en el día de hoy ante esta Comisión para presentarles nuestra propuesta y reflexiones sobre la futura ley de dependencia. Siento que no tengamos las proyecciones que hubieran facilitado el seguimiento; intentaré hacerlo lo más resumidamente posible para ayudar en la exposición.

Actualmente el debate en torno a las claves sociopolíticas y económicas de la dependencia se produce en un contexto de creciente sensibilidad institucional, junto a un importante esfuerzo legislador plasmado en el Libro Blanco de la dependencia. La publicación del libro blanco ha abierto un período de reflexión y discusión para profesionales, administraciones, asociaciones y demás actores públicos y privados, que deberá culminar con la publicación de una ley general de carácter integrador y sostenible. Desde Edad & Vida queremos manifestar nuestra satisfacción ante la presentación del Libro Blanco de la dependencia por parte del Imsero, en el que se realizan un conjunto de reflexiones, y considerando que el actual es un momento decisivo de gran trascendencia, quisiéramos aportar nuestras reflexiones que esperamos ayuden a avanzar en el desarrollo de la ley de la dependencia.

Edad & Vida es un instituto sin ánimo de lucro que ha sido creado por empresas procedentes de diversos sectores de la economía relacionados directa o indirectamente con las personas mayores, con la participación de las universidades, de las organizaciones de mayores y con una gran y estrecha relación con los agentes sociales. Su razón de ser es promover la corresponsabilidad y el equilibrio entre el sector público y la iniciativa privada, con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del envejecimiento de la población. Sus actividades están realizadas desde una perspectiva empresarial, promoviendo la reflexión de manera que se cree un estado de opinión independiente y mejore los comportamientos de todos los agentes del entorno de la gente mayor.

Nos hemos fijado como objetivos la mejora de la visión del concepto tradicional a una nueva cultura que considere el colectivo de la gente mayor o de las personas mayores del futuro como un activo para la sociedad; la mejora de las relaciones de cooperación con la Administración y con redes y entidades internacionales; la promoción y el impulso y facilitación del conocimiento de la evolución demográfica para el desarrollo económico y sostenido del gasto de protección social; la evolución equilibrada de la longevidad y de la calidad de vida correspondiente a los años de vida prolongados; la identificación de los factores críticos en el desarrollo de la dependencia de las personas mayores; la dinámica del mercado laboral de los servicios y prestaciones para las personas mayores y el desarrollo de servicios y productos emergentes para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores; la innovación en transferencia de los resultados de la investigación y desarrollo de estrategias de actuación que mejoren la

autonomía y calidad de vida de las personas mayores, y la formulación de prioridades en política social, en el desarrollo legislativo y en las decisiones de intervención administrativa.

Con el aumento de la esperanza de vida, que actualmente se sitúa en los 75 años en hombres y 82 años en mujeres, nos encontramos con que la población está envejeciendo. Así, mientras en el año 1950 los mayores de 65 años representaban solo el 7 por ciento, actualmente ya representan el 17 por ciento. Se estima que el conjunto de personas mayores de 65 años crecerá alrededor del 20 por ciento en los próximos 20 años, con un aumento en dicho período de 1,3 millones de personas. Por otro lado, según un informe de la OMS del año 2002, la esperanza de vida sin dependencia para ambos sexos es de 70,9 años. Aunque mejore el estado de salud de las personas mayores, hay un período medio del tiempo de vida del 10 por ciento con algún grado de dependencia.

En cuanto a las previsiones de la OCDE, ha hecho las siguientes para el año 2050: la esperanza de vida va a incrementarse hasta llegar a los 85 años, mientras que la tasa de fertilidad se va a recuperar hasta los 1,7 niños por mujer, sin llegar a la tasa de reemplazo de 2,1 necesaria para el mantenimiento de la población. Consecuentemente, la proporción de mayores de 65 años sobre la población de edad laboral va a estar alrededor del 50 por ciento, más del doble que en la actualidad, que es el 22 por ciento. Ello implica que el gasto en pensiones se verá incrementado. Mientras que la previsión de incremento para el conjunto de países de la OCDE se encuentra alrededor del 3,4 por ciento, se prevé que para España sea el 8 por ciento.

Centrados en el tema de la dependencia, vemos que no se trata de un tema puramente sanitario ni estrictamente social, ni tan sólo es una cuestión que se pueda entender totalmente desde el ámbito sociosanitario, se trata de un tema que no está regulado legalmente en España, por lo que necesitamos una ley de dependencia que sea una ley de bases de carácter estatal que permita regular los mínimos que se establezcan para todas las personas dependientes, sea cual sea su origen y lugar de nacimiento. Esta ley solo será posible si se consigue generar un gran consenso nacional entre las administraciones estatales, autonómicas y locales, profesionales y proveedores. Según la definición de dependencia del Consejo de Europa del año 1998, son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria, es decir que tienen que coincidir tres circunstancias: que por alguna razón la persona haya perdido alguna de sus capacidades, que tenga necesidad de asistencia, y que esa asistencia sea para llevar a cabo actividades de la rutina diaria.

Desde Edad & Vida quisiéramos introducir una reflexión con respecto a las diferencias entre las activi-

dades instrumentales de la vida diaria y las actividades básicas de la vida diaria en la futura ley de dependencia. Cuando la necesidad de ayuda sea exclusivamente para las actividades instrumentales de la vida diaria, como son deambular sin medio de transporte, cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios, cuidarse de las comidas, cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa, cuidarse de la limpieza y el mantenimiento, esto es las actividades instrumentales, éstas deberían ser cubiertas por la propia familia, pensión más familia, la persona, su pensión, más la familia, o, en su defecto, por los mecanismos normalizados de protección social articulados a través del sistema de servicios sociales, servicios de atención a domicilio, ayudas técnicas, etcétera. Las otras actividades básicas de la vida diaria, no las instrumentales, son levantarse, acostarse, controlar las necesidades y utilizar solo el servicio, el comer y beber, el vestirse, desvestirse y arreglarse, asearse solo, es decir, lavarse y cuidarse el aspecto, y desplazarse dentro del hogar. Estas son las definiciones que existen y las diferencias entre las actividades instrumentales de las actividades básicas de la vida diaria.

Me gustaría añadir que la dependencia puede tener causas muy distintas, puede ser debida a una causa orgánica, a una discapacidad o a algún tipo de trastorno, que a su vez tiene varias dimensiones —dimensiones transitoria, física, social— y que provoca dependencia física, social y económica, es decir que existen muchas causas diversas y que provocan dependencias diversas. Con ello quiero decir que cada persona dependiente tiene un perfil marcado por un itinerario que no es único.

En la actualidad, según la encuesta sobre las discapacidades, deficiencias y minusvalías del año 1999, más del 80 por ciento de los cuidadores principales de las personas mayores son el entorno familiar, pero este modelo familiar se hace inviable cuando ya alrededor del 40 por ciento de las mujeres entre 40 y 60 años que están trabajando, y sobre todo cuando se prevé que en el año 2025 será el 72 por ciento las que participarán en el mercado laboral. Ese cambio de modelo es en el que deberá tener mayor peso la asistencia externa y profesional e implicará que el volumen de recursos destinados en España a proporcionar la atención a la dependencia pase del actual 0,6 por ciento del PIB al 0,8 y al 1,2 por ciento en el año 2025.

Otra implicación que se deriva de la anterior es que la dependencia no va a poder financiarse exclusivamente ni con recursos públicos ni con recursos privados, habrá que encontrar una solución mixta. Según el estudio que Edad & Vida presentó el pasado mes de diciembre sobre el modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España, los mayores con discapacidad en las actividades de la vida diaria representan el 23,5 por ciento de las personas de más de 65 años; de este 23,5 por ciento, el 21,9 por ciento permanece en viviendas familiares, mientras que el 1,6 por ciento se

encuentra en centros residenciales. Este mismo estudio arroja los siguientes datos: Este 23,5 por ciento de la población mayor dependiente representa que más de 1.700.000 personas mayores en España necesitan ayuda para llevar a cabo actividades de la vida diaria, sin embargo solo el 4,5 por ciento de los mayores tienen una dependencia severa, una gran dependencia, mientras que el 11,5 la tiene moderada y el 7,5 la tiene leve. Esos datos son tremendamente importantes para poder cuantificar los costes económicos de lo que puede significar la dependencia en cuanto a porcentaje, en cuanto a número de personas y sobre todo en cuanto a que la gran dependencia está cubierta actualmente por el sistema sanitario. En definitiva, en España hay un total de 1.710.000 personas mayores de 65 años con dependencia, unos dos tercios del total de la población dependiente, aunque si se tienen en cuenta todos los rangos de edad llegaríamos a 2.500.000 personas dependientes. Esta exposición se centra solo en las personas mayores.

El pasado mes de diciembre, Edad & Vida presentó el Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España, realizado por la Fundació Institut Català de l'Envel·liment de la Universidad de Barcelona, del cual ya he citado algunos datos en las transparencias anteriores y en el que se hace un profundo análisis de la oferta y la demanda de servicios de atención a la dependencia en España. Este documento introduce un enfoque territorial sistemático en el análisis de la dependencia que ha sido uno de los ejes principales del estudio, que más allá de otras diferencias metodológicas ha generado un conjunto de aportaciones que lo diferencian del resto de los trabajos. Entre estas aportaciones destacamos la presentación para cada comunidad autónoma de las dinámicas de crecimiento residencial en la oferta pública y privada, de un nuevo inicio de cobertura del servicio de ayuda a domicilio basado en horas de servicio realizadas, así como de la recopilación y el análisis de las condiciones mínimas de funcionamiento de los servicios de atención, de los costes de concertación residencial, del sistema de acceso a las plazas residenciales públicas o concertadas, del cálculo del pago de los usuarios de plazas residenciales públicas y, finalmente, de la identificación del mix de servicios básicos que ofrece cada Administración autonómica. Tras este profundo análisis, Edad & Vida hizo las siguientes recomendaciones que nos gustaría que la futura ley de la dependencia recogiera. Ante la ausencia de una regulación y la diversidad en el servicio de atención a los mayores entre las diferentes comunidades autónomas, debería plantearse un nuevo marco legislativo que ofreciera estabilidad al sector con el objetivo de conseguir homogeneización de los sistemas de calidad, equidad de acceso a los servicios, fijación de los precios que las comunidades autónomas deberían pagar por los servicios concertados de acuerdo con la calidad acordada y acreditación de centros.

En vista de estos datos creemos que es necesario un marco regulador que incluya los siguientes temas: Primero, integración de servicios. Pensamos que la coordinación y comunicación entre niveles son requisitos imprescindibles, pero constituyen solo un primer paso en la integración. Para lograrlo se proponen las siguientes medidas: políticas de atención integral, acuerdo marco sectorial, unidades de coordinación y financiación de procesos. Como se pone de manifiesto, la integración de servicios es un proceso que implica a diferentes departamentos y administraciones. Segundo, cartera de servicios. Las prestaciones se incluirían dentro de una cartera de servicios que debería contemplar las siguientes áreas: adaptación del entorno, ayudas técnicas, nuevos sistemas tecnológicos, servicios sociales en el domicilio, servicios sanitarios en el domicilio, servicios discontinuos, cobertura sanitaria pública en residencias y servicios de media o larga estancia. Como se recoge en el libro blanco, junto a todas estas prestaciones específicas se contemplaría un nivel más genérico que englobaría la prevención, el fomento de estilos y hábitos de vida saludables, preparación a la jubilación/vejez, ocio activo, formación y participación de las personas mayores en la vida social. Tercero, acreditación. Establecimiento de un sistema de acreditación de los servicios a prestar, dirigido a aumentar los esfuerzos de regulación y control administrativo de las entidades (esto debería ir unido a una simplificación de los trámites de autorización administrativa de los servicios de atención a las personas mayores con dependencia), a aprovechar los criterios existentes en la Unión Europea para la homologación e implantación de las condiciones mínimas de funcionamiento de los servicios de atención a las personas mayores con dependencia y a introducir criterios de control en lo que se refiere al procedimiento de aperturas y autorizaciones. Dicho sistema de acreditación debería recoger y documentar el régimen de regulación de precios y de conciertos vigentes en cada comunidad autónoma, aunque las diferencias no deberían influir en el costo del proceso. Consideramos que los esfuerzos actuales de las administraciones deberían ir orientados a la planificación, compra y evaluación de los servicios y no a la gestión directa ni a la construcción de equipamientos. Cuarto, criterios de acceso. De momento podrían utilizarse las actuales puertas de entrada a los servicios sociales y más adelante crear un órgano específico, comisión de área o de zona geográfica, con la máxima: A igual proceso, igual derecho. Esta área podría estar ligada a una agencia de la dependencia. Quinto, formación. Necesidad de marcar unos principios fundamentales para la regulación de las nuevas profesiones y homogeneización de títulos. Sexto, calidad. Es fundamental el desarrollo de un modelo de atención a la dependencia desde un marco que contemple la calidad del proceso de atención. Asumimos la postura recogida en el libro blanco sobre la necesidad de que sea la Administración la que controle la calidad en la prestación de los servicios,

fomentando la innovación y estableciendo mecanismos de regulación y homologación de los centros y prestadores externos de servicios, con criterios rigurosos de calidad aplicables a las entidades y empresas prestadoras de servicios.

Quisiéramos recordar que en la actualidad la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 14, prevé desarrollar la prestación de atención sociosanitaria. Concretamente el artículo 1 dice: La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En este marco Edad & Vida propone que las situaciones de gran dependencia, que posteriormente detallaré, por su alto componente sanitario, deberían tener una cobertura universal de financiación pública, bajo el modelo de atención sociosanitaria y dentro de esta ley, definiendo en la nueva ley de dependencia el peso social a soportar con financiación pública y privada. Por tanto, el marco legal debería incluir los siguientes contenidos: ¿Qué se entiende por dependencia, definición de los niveles de dependencia organismo que determina el nivel de dependencia catálogo de prestaciones y formas de acceso, requisitos para la acreditación de centros y profesionales de atención a la dependencia y regulación de los mecanismos de control de calidad. Edad & Vida propone como principios básicos para la ley sobre dependencia: universalidad, es decir que ofrezca una determinada cobertura del riesgo de dependencia a todos los ciudadanos; eficacia, que proporcione solución al problema presente y a su dimensión futura; que sea equitativa, que garantice igual acceso a los servicios ante igual necesidad; que sea eficiente; que contribuya a obtener el mayor valor de los recursos empleados, tanto públicos como privados; que sea sostenible económicamente, es decir que aporte soluciones de financiación sostenibles en el presente y en el futuro, sobre la base de las proyecciones de necesidades.

Edad & Vida propone el establecimiento de tres niveles de dependencia, tal y como se recoge en el libro blanco; sin embargo, la estructura de niveles sería la que muestra la diapositiva, que aunque no la tengo aquí se la voy a explicar. Entendemos que el último nivel entra totalmente en la acepción sociosanitaria, es el nivel III. Nosotros diferenciamos tres columnas: financiador público (cobertura sanitaria universal de gran riesgo); financiador público y privado (pensión más familia más soporte público a la dependencia, en cuanto a lo que es la aportación social; lo que hablábamos siempre del nivel III de gran dependencia); y afectación y horas de ayuda (todas las actividades instrumentales de la vida diaria más el 90 por ciento de las actividades básicas de la vida diaria con fuerte componente sanitario de complejidad clínica y curas especiales, que son

más de 40 horas a la semana). En cada nivel vamos poniendo los diversos financiadores que entendemos que tendrían que existir, así como la afectación y horas de ayuda que se requiere en cada uno de esos niveles. Esto es importante para poder concretar el aspecto financiero o cuantificar la financiación que puede requerirse en cada uno de los niveles. Entendemos que el último nivel entra totalmente en la acepción sociosanitaria y, por tanto, dentro de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula en el artículo 14, prestación de atención sociosanitaria (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Como hemos comentado, dicho artículo ofrece varios elementos importantes para el futuro desarrollo de la atención sociosanitaria. Este marco legal es un elemento de oportunidad importante, ya que establece la base para la elaboración de acuerdos entre administraciones y los distintos niveles de atención, señalando de forma explícita la necesidad de coordinación. Asimismo acota tanto la población susceptible de atención como los cuidados que comprende la atención sociosanitaria. Ofrece en principio un campo amplio de actuación, que debe ser asumido por las comunidades autónomas, lo que no debería suponer una discontinuidad y desigualdad en la atención sociosanitaria. La nueva ley de dependencia ha de tener en cuenta la legislación y dispositivos existentes para así optimizar los recursos disponibles. De acuerdo con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud sería posible que en una residencia asistida con una cartera de servicios integrados se pudiera concertar un número de camas para individuos de nivel III, de gran capacidad desde el punto de vista de atención sociosanitaria. Es necesario puntualizar que la cobertura sanitaria es universal en todos los niveles, por tanto la vía sería proporcionar esta cobertura universal en cualquier domicilio o servicio, bien por la entrada de profesionales sanitarios en los domicilios o residencias, bien por el pago a entidades especializadas por el trabajo de sus profesionales sanitarios. Se podría tomar como ejemplo el modelo francés. En el modelo francés las entidades, las propias residencias, las propias compañías de servicios a domicilios, lo que es el profesional sanitario médico o de enfermería lo paga el propio sistema nacional de salud francés. Es una buena referencia a tener en cuenta. Se observa además que en el nivel II la dependencia tiene un abanico muy amplio, por lo que se podría ajustar el número de horas a considerar. Pensamos que deberían ser más concretos y cuantificables los criterios de definición de cada grupo y además sería necesario definir estrictamente los servicios que deben cubrir las necesidades funcionales de las personas dependientes, diferenciándolos claramente de los servicios sanitarios cubiertos de forma universal por el Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad los recursos para la atención a la dependencia son: en primer lugar públicos, los del sistema sanitario público, como la atención primaria domiciliaria o la atención especializada hospitalaria, así como

parte de los servicios sociales; en segundo lugar mixtos, a través de servicios sociales y atención socio-sanitaria. En los servicios sociales y la atención sociosanitaria la financiación es mixta, pensión más Administración pública; igual que en la atención sociosanitaria los servicios sociales es pensión más servicios sociales, y en la atención sanitaria es pensión más servicios sociales más sanidad en la parte de profesión sanitaria. En tercer lugar están los privados, las residencias privadas, la atención domiciliaria privada y todos los cuidados informales que en el 83 por ciento de los casos provienen de las mujeres de la familia, que también representa un coste de oportunidad para la economía, ya que la dedicación a los familiares dependientes impide una dedicación laboral remunerada. **(La señora vicepresidenta, Pin Arboledas, ocupa la Presidencia.)**

Desde Edad & Vida proponemos un sistema de financiación mixto, en el que la participación del Estado debería ser mayor cuanto mayor nivel de dependencia tuviese el individuo o más débil fuese su situación económica. El esquema de financiación podría ser el siguiente: Financiación pública. Cobertura universal para las situaciones de gran dependencia, que se conseguiría mediante impuestos generales. La financiación de los procesos de gran dependencia debería tener una cobertura universal de financiación pública bajo el modelo de atención sociosanitaria y dentro de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que ya reconoce el peso sanitario de la dependencia, y definiendo en la nueva ley el peso social a soportar con financiación pública y privada. Dentro del nivel de gran dependencia se incluirían aquellos individuos que tienen necesidad de apoyo continuado y durante mucho tiempo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Por lo general estos casos precisan de internamiento y el nivel de dependencia está asociado a un conjunto de problemas de salud de carácter crónico. Financiación privada (mixta). Cobertura de los otros niveles de dependencia. Sería voluntaria, asumiendo por ello los ciudadanos su financiación mediante los instrumentos de previsión que estuviesen disponibles. El Estado establecería un incentivo económico de carácter público, inversamente proporcional al nivel de renta, para la adquisición de los instrumentos de previsión citados anteriormente. Este incentivo podría materializarse a través de un cheque-seguro, un voucher, que fomente el desarrollo de los instrumentos de previsión citados. Con ello, cuando el ciudadano se encuentre en situaciones distintas a la gran dependencia, el Estado no asumiría los costes de los servicios de atención necesarios, que quedarían a cargo del instrumento de previsión seleccionado en su día por el ciudadano. Para aquellos ciudadanos que voluntariamente completen o mejoren el nivel de cobertura ofrecido por el cheque-seguro se ofrecerían incentivos fiscales en forma de deductibilidad de sus aportaciones o primas satisfechas para financiar cualquiera de los instrumentos de previsión disponibles para cubrir dicha contingencia. La incenti-

vación fiscal de los diferentes sistemas de previsión permitiría: primero, conseguir una base amplia de asegurados particulares (de diferentes edades, clase social y situación de no dependencia) con la que lograr abaratar coberturas al hacer posible el cálculo de las primas con bases técnicas aseguradoras. Del total de la población española solo el 4 por ciento son personas dependientes, es decir que al final todos los ciudadanos pagaríamos algo solo para que un 4 por ciento que tenga necesidad pueda cubrirse en el supuesto de que lo requiera. La parte de la gran dependencia si es cobertura pública está cubierta, y solo serían los diversos niveles de dependencia. Al ser la gran mayoría la que paga una cosa que es de una minoría que lo requiere se conseguiría abaratar muchísimos los costes que podrían significar estas financiaciones complementarias. Se evitarían así productos caros y de contratación minoritaria, proselitismo, que por otra parte no ayudaría a soportar los elevados costes asistenciales necesarios en el medio y largo plazo para atender a los ciudadanos dependientes. Segundo, permitiría también significar estos nuevos sistemas de previsión como una fuente de ahorro de previsión finalista con efectos notablemente beneficiosos para el propio Estado.

Costes de manutención. En cualquiera de los niveles de dependencia se mantendrá la aportación de la financiación privada por parte de los ciudadanos para los costes de manutención. El alcance de esta aportación estará relacionada con la previsión disponible y será necesaria su regulación. El esquema de financiación que aquí se propone sigue las recomendaciones de la OCDE con relación al abordaje de financiación mixto para la cobertura de la dependencia. De hecho ese esquema no es más que un perfeccionamiento del sistema mixto de financiación (Estado más familias) de la atención a personas mayores dependientes que ya se está llevando a cabo en el Estado español. Las situaciones de más dependencia están siendo cubiertas actualmente bien por la sanidad o a través de los programas del Imsero. A su vez es de todos conocido el esfuerzo económico que llevan a cabo las familias españolas para solucionar los déficit de atención a sus familiares dependientes. Todo lo que acabo de mencionar queda recogido en este gráfico, por tanto la financiación pública para la gran dependencia bajo el modelo sociosanitario y la financiación privada mixta para los demás niveles de dependencia. Como ya he dicho, se trata de un sistema de financiación mixto en el que la participación del Estado debería ser mayor cuanto mayor nivel de dependencia tuviese el individuo o más débil fuese su situación económica.

La ley debería regular para los dependientes un tratamiento diferenciado según sus medios: por debajo de determinado nivel económico el acceso enteramente gratuito a recursos públicos; por encima de esa situación y por debajo de la siguiente subvenciones que les ayuden a pagar el coste de utilización de recursos privados, excepto la del nivel de gran dependencia; y por

debajo de determinados niveles de renta ninguna ayuda excepto en la del nivel de gran dependencia. Por lo tanto, para llevar a cabo esta propuesta para los casos de transición es necesaria una regulación explícita de la prueba de medios. Celebramos que el Gobierno haya anunciado ya que mejorará el trato fiscal a los seguros de dependencia con la próxima reforma del IRPF, como leemos en la noticia de *El País* del pasado mes de marzo. Consideramos básico incentivar la previsión futura de las necesidades de dependencia con sistemas alternativos para mejorar la capacidad económica de los mayores, con la finalidad de completar las pensiones (seguros de dependencia, conversión de activos inmobiliarios, etcétera); es decir no solo será un tema de ahorros, sino que habrá que buscar otros esquemas alternativos en los que (posiblemente el ahorro de las personas en España exista actualmente) haya que incentivar que este sea uno de los recursos básicos para poder financiar también una parte de la dependencia en el caso que se requiera.

Como conclusiones finales, para abordar la futura ley de la dependencia apuntamos que es necesario generar un gran consenso nacional entre las administraciones (estatales, autonómicas, locales), profesionales y proveedores con el objetivo de que la ley de la dependencia sea una ley de bases de carácter estatal que permita regular los mínimos que se establezcan para todas las personas dependientes, sea cual sea su origen y lugar de nacimiento. En cuanto a la financiación el libro blanco analiza distintos escenarios de nuestro entorno más próximo y realiza diversas consideraciones de cómo podía abordarse, partiendo del principio de que deberá existir la participación económica de los usuarios. Es evidente que la financiación será el gran elemento de debate de esta futura ley, aunque para abordar la dependencia con éxito debería partir de un gran pacto social donde se dejen de lado los intereses partidistas y cuyo eje de discusión sea la atención a los ciudadanos y su sostenibilidad futura. Es fundamental la implicación de los departamentos de sanidad y bienestar social para que el proyecto evolucione y se consolide en los próximos años. En ese sentido se requiere una mayor comunicación e integración de niveles junto a una modernización de los sistemas de acceso, compra y seguimiento de los servicios. Al hablar de financiación sostenible es necesario explicar a las familias que tendrán que asumir una parte importante de la consecuencia social de la dependencia. En la reflexión sobre la situación actual que propone el libro blanco hemos echado en falta un mayor reconocimiento a la labor del sector privado en la atención a las personas mayores durante estos últimos años que ha sido clave a nuestro entender en la implantación de servicios especializados y de calidad para las personas mayores dependientes.

Desde Edad & Vida siempre hemos manifestado el gran impacto económico que provocará el envejecimiento de la población y que solo podrá resolverse con la participación, en ningún caso subsidiaria, del sector

privado y en estrecha colaboración con el sector público. Por todo ello son necesarias unas reglas de juego claras que permitan la participación de la iniciativa privada (proveedores de servicios, aseguradoras, sector financiero y otros) y definan claramente el reparto de responsabilidades para abordar, en colaboración con el sector público y con los propios afectados y sus familias, el fenómeno de la dependencia en España. Es fundamental tener en cuenta que el sector asistencial puede permitir el desarrollo de mayores niveles de bienestar a la población. Hay que tener en cuenta que, en función del modelo que fije la ley, pueda asentarse definitivamente como un sector económico de valor añadido que aporte inversiones al país y la creación de puestos de trabajo estables.

Muchas gracias en nombre de todos los miembros de Edad & Vida por su atención y por invitarnos a participar en este foro el día de hoy. Estamos a su entera disposición para cualquier tema relacionado con las personas mayores y la mejora de su calidad de vida.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Pin Arboledas): Como hemos quedado anteriormente, tiene la palabra Carles Campuzano, portavoz de Convergència i Unió.

El señor **CAMPUZANO I CANADÈS**: Agradezco su intervención, señor Higinio Raventós, y también todas las iniciativas que en este ámbito viene desarrollando Edad & Vida desde hace años, cuya actividad sin lugar a dudas constituye hoy en el conjunto de España la referencia de la vocación de un conjunto de empresas privadas, de organizaciones de la sociedad civil sin ánimo de lucro y del propio sector académico de abordar los retos del envejecimiento de nuestra sociedad. Incluso alguno de los materiales que usted hoy aporta a esta Comisión, y muy especialmente el estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España, deben constituir un excelente instrumento de trabajo para nosotros Señor Raventós, algunas de las informaciones que contiene este estudio van más allá de aquello que se analiza en el libro blanco, por tanto son un perfecto complemento que en principio debe orientar nuestra actuación, especialmente las fichas que incorporó al final del estudio en detalle de la realidad de la atención a la dependencia hoy en España. Por tanto, mi grupo quería destacar y agradecer el trabajo que viene haciendo desde hace tiempo y que específicamente se aporta en todo este proceso que ustedes han iniciado.

Respecto al contenido de su intervención, especialmente a las conclusiones que ustedes nos hacen llegar, mi grupo coincide en buena parte de sus consideraciones: en la referencia al consenso entre el conjunto de las instituciones, en la necesidad de que esta ley del Estado tenga el carácter de ley básica, por tanto sepa entender que el desarrollo de estas competencias corresponde a las comunidades autónomas e incluso su gestión al ámbito municipal como sucede en otros paí-



ses de nuestro entorno. Nos parece valiente la apuesta que ustedes formulan en el ámbito de la financiación. Yo creo que es la primera vez en esta Comisión que alguien se atreve a formular una propuesta sobre financiación de la atención a la dependencia. Hasta ahora buena parte de las comparecencias que estamos escuchando enfatizan en el diagnóstico, enfatizan en los aspectos problemáticos y de realidad de la ciudadanía frente a los problemas de la dependencia, pero cuesta escuchar voces que tengan el valor político de formular propuestas en relación con la financiación de esta cuestión; creo que hay que agradecer a Edad & Vida esta aproximación. Mi grupo coincide en una de sus ideas, en que la respuesta al reto de la financiación de la dependencia va a implicar un compromiso público y un compromiso privado y en que hay que saber plantear ese esfuerzo con claridad al conjunto de la sociedad si queremos formular un sistema que sea sostenible en el tiempo. Además coincidimos con usted en que el esfuerzo de financiación pública debe provenir fundamentalmente de los Presupuestos Generales del Estado, de la vía impositiva general, no jugando con la viabilidad del futuro de nuestro sistema de pensiones. Entendemos también como usted que esa necesidad de coordinación entre los mecanismos de sanidad y de bienestar forma parte del núcleo duro de la cuestión. Ahí me gustaría preguntarle si ustedes entienden que en el libro blanco se ha hecho el suficiente esfuerzo de análisis del conjunto del gasto público en España en materia de dependencia, incluyendo el gasto sociosanitario. Si no recuerdo mal, el libro blanco analiza los gastos alrededor de los servicios sociales —Imserso, comunidades autónomas y ayuntamientos— y los gastos vinculados a las prestaciones de la Seguridad Social que podríamos asociar al ámbito de la dependencia, pero no se hace el esfuerzo de hacer la foto del gasto sociosanitario. Quisiera conocer si Edad & Vida ha venido trabajando sobre eso o si pueden aportarnos algunas pistas. Coincidimos también en el papel que van a tener las familias en este ámbito, ya sea por la presencia —que va a continuar existiendo— de las cuidadoras informales y la necesidad de articular mecanismos de protección y amparo de estas personas, como por los niveles de participación de los usuarios en la financiación de estos servicios.

Ustedes, en la documentación que nos han entregado, nos trasladan otra de las propuestas que viene formulando Edad & Vida que, a nuestro entender, es especialmente relevante. Valdría la pena que en su segunda intervención hiciera alguna referencia a, por ejemplo, sus propuestas de conversión de activos inmobiliarios en renta como alternativa de generar ahorro en esa perspectiva de un mayor compromiso de los ciudadanos en la prestación de este tipo de servicios.

Finalmente, ustedes, en sus conclusiones, ponen énfasis en la necesidad de un mayor reconocimiento de la labor del sector privado y, sobre todo, en la petición de establecimiento de unas reglas claras de juego para

ese sector privado. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Este tema no es menor, es importante y forma parte del uno de los debates en relación con el Estado del bienestar en su conjunto. Si queremos una mayor participación del sector privado, es básico el establecimiento de unas reglas claras, de forma que esos operadores privados sepan a qué atenerse; que sepa a qué atenerse tanto el sector proveedor de servicios, con ánimo o sin ánimo de lucro, como el propio sector asegurador. Por tanto, esta es una demanda que vamos a tener muy, muy en cuenta en los trabajos de esta Comisión.

Quiero insistir en agradecerle el excelente trabajo que vienen realizando desde hace tiempo y pedirles que continúen en esta línea. Una sociedad moderna y compleja necesita de grupos como el que representa Edad & Vida, grupos que desde el sector privado aporten propuestas concretas y valientes a los problemas colectivos de la sociedad.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Raventós.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PRESIDENTE DE EDAD & VIDA** (Raventós Negra): Señor Campuzano, en primer lugar muchas gracias por sus palabras, se nota que somos amigos. **(Risas.)**

Me gustaría explicar en pocas palabras el porqué de contestar a estas preguntas. En primer lugar, en Edad & Vida empezamos con esto hace cuatro años y se empezó por la inquietud de diferentes compañías, como compañías de seguros, de gente que estaba buscando datos sobre la población mayor en España. Parece mentira, pero a Carrefour, a Continente, a casi todas las compañías, si les preguntas qué hacen para la población mayor no lo saben, pero resulta que casi el 20 por ciento de la población española ya es una población de más de 65 años y la curva de crecimiento es enorme. Normalmente, los que fabrican los trajes, las sillas, los que nos hacen la vida agradable tienen en cuenta los colectivos para los cuales fabrican cosas, pues en España sobre ese segmento de la población existía poca información desde el punto de vista de sus gustos, lo que realmente les interesa, lo que demandan. Sin embargo, en otros países, como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, puedes tener datos de consumo de televisores, de internet, etcétera; saben perfectamente que la población de más de 65 años, que representa el 18 por ciento de la población, consume el 35 por ciento de los televisores, que el consumo de internet de la población mayor representa el 60 por ciento del consumo de internet, etcétera. Es decir, que se empiezan a tener esos datos mientras que en nuestro país no existía nada. Esta fue la base cuando nosotros empezamos con esta actividad. Nos preguntamos qué necesitábamos para recoger información y nos dijimos: vamos a las universidades. Les dijimos: Oigan, ¿quieren ustedes ser

socios nuestros para buscar información? Y luego fuimos a buscar las dos grandes confederaciones de personas mayores, Ceoma y UDP. Con todo ese conjunto, empezamos a buscar datos. Lo primero que apareció fue el problema del tema de la dependencia, pues al alargarse la esperanza de vida de un 4 por ciento de la población, lo que significa un gran logro de la sociedad, significa que éstos tienen un verdadero problema. La gran clase media se lo paga de su bolsillo, lo cual es un gran problema, porque supone un costo caro. En cuanto a la alta dependencia, ocurre que o tienes un amigo de turno en el hospital y la influencia necesaria, o abandonas a la persona delante de la puerta del hospital —lo que normalmente sucede antes de Semana Santa, Navidad o verano— y lo meten en una cama hospitalaria, lo que supone un coste al presupuesto público de 50.000 pesetas al día, para lo cual no está hecha una cama hospitalaria. Por otro lado, puedes acabar en la ventanilla de los servicios sociales, donde si eres pobre de solemnidad puedes conseguir una plaza, pues si no, no tienes plaza.

Ese es el panorama que tenemos en este país y que nos viene desde hace muchos años. Hace años la población mayor representaba un 7 por ciento de la sociedad, mientras que ahora es el 17 por ciento y la curva de incremento sigue en marcha; además del gran cambio cultural de la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, que ha pasado de ser en pocos años del 25 por ciento al 62 por ciento, con unidades familiares más pequeñas. ¿Esto qué va a provocar? Se tiende a solucionar el problema cargándolo a los presupuestos sanitarios, pero este no es un tema sanitario. La sanidad está para resolver problemas sanitarios y para realizar operaciones, de ahí que el sistema de camas hospitalarias sea el de máxima rotación, pues implica la amortización de equipos muy caros. Por lo tanto, la dependencia no es un problema sanitario, sino un problema de salud. Hay un componente de profesional sanitario, pero es un problema de salud, no sanitario. Por ello, como no tenemos contemplado el tema de la dependencia, es ahora cuando empezamos a hablar de ella y a recoger datos e informaciones que hemos pedido a las universidades —como el señor Campuzano sabe, pues conoce muchas universidades—, preguntándoles cómo funcionan y cómo son los hechos, para saber si los datos son verdad o no. Estos datos los fuimos ampliando, llegando a crear formalmente una asociación con las universidades y con las confederaciones, para poder hacer las cosas más profesionalmente. Igual que han hecho países más avanzados que el nuestro en este asunto, nosotros llegamos a unas conclusiones. Este es un tema que solo se pueden plantear países que tienen un grado de bienestar suficiente, pues cuando hace años se celebró en España la asamblea de Naciones Unidas yo tenía al lado al representante de Tanzania, cuyo problema era el de supervivencia y no se podían plantear la dependencia; eso solo se lo pueden plantear países con bienestar. Hay países que ya se lo han planteado, como Alemania, Estados

Unidos, Inglaterra y otros, que previendo la situación, pueden conseguir que no sea ningún problema. En Alemania han sido muy valientes, pues han destinado el 1,6 por ciento de sus salarios, de acuerdo con todos los sindicatos, solo para crear un fondo que cubra el tema de la dependencia de todos los ciudadanos dependientes y lo han solucionado. Por nuestra parte, fuimos haciendo recopilación de datos, fuimos dándoselos a todos los partidos políticos y nos pusimos a su disposición. Es cierto que el problema es la falta de información.

En cuanto a servicios sociales, hemos visto que el trato que les dan las comunidades autónomas es absolutamente dispar. Pues bien, sería bueno tener una ley de bases de carácter estatal si se quiere aligerar el esquema de financiación, si se quiere tener sistemas de financiación sostenibles; si no, resultará costosísimo. Si no existe cierta uniformidad de criterios, unas bases, es imposible definir esquemas financieramente aceptables; nos iríamos a unos costes muy altos. Ahora bien, si existe una base de criterios comunes, se facilita la movilidad de las personas dentro del territorio, en primer lugar, y segundo, se facilitan las financiaciones complementarias a lo que la Administración pública tiene que pagar. ¿Por qué hace falta? Porque la Administración pública no va a poder pagar. Dicen: oye, que lo pague todo la Administración. Pues la Administración no va a tener dinero para pagar la dependencia y todo lo demás; seguro que no. Estamos en el tope del endeudamiento como país, en el 60 por ciento del PIB, y habrá que buscar fórmulas complementarias de financiación y todas las fórmulas posibles. El Estado planificará, controlará y financiará aquellos casos que realmente requieran ayuda; podría ser la gran dependencia, que es lo que nosotros defendemos que se financie, pero más no va a poder hacer. Si no se monta un esquema homogéneo, ¿qué esquema complementario de financiación se podría hacer que fuera diferente en La Rioja, en Murcia, en Extremadura, en Galicia y en Asturias, por ejemplo? Ninguna compañía que pretenda hacer un producto de financiación complementaria a la de la Administración pública podrá hacer nada porque solo el coste de manipulación resultaría tan elevado que lo haría imposible. Hace falta, pues, un esquema básico por racionalidad económica.

Por nuestra parte, lo que intentamos es recopilar las diversas reglamentaciones que existen en las comunidades, tanto en cuanto a esquemas de acreditación y tipo de centros como en cuanto a financiación y a todo lo que son servicios sociales. Sin embargo, no logramos definir la parte sociosanitaria; existe una carencia. En este momento, estamos mirando la posibilidad de hacer un estudio complementario sobre esto. El Ministerio de Economía nos pidió esto el otro día: ¿hay algo sobre el tema sociosanitario? Claro, el sociosanitario es un modelo de atención que reguló la Ley de cohesión que se aprobó hace dos años y que no se ha desarrollado todavía. Sólo se ha desarrollado en Cataluña. En Cataluña sí que existen datos sociosanitarios; la gran dependencia es sociosanitaria. En las demás comunida-

des autónomas, los datos están muy mezclados dentro de los hospitales, y es difícil cuantificar y extraer datos; lo estamos intentando. Pues bien, este es un esquema básico para la financiación. Al final, en un momento determinado, alguien en el Ministerio de Economía podría decir: eso que decís de que la gran dependencia sea universal es muy difícil, es imposible. Y yo digo: oye, que la gran dependencia ya la está pagando la Administración pública por medio del esquema sanitario. Además, el esquema sanitario paga el cien por cien de la cama sanitaria, cuando no se trata de una cama sanitaria: es una cama sociosanitaria. En lo sociosanitario hay tres partes distintas: la persona que, como se trata de su necesidad, pone su pensión; Sanidad, que hace su aportación en la parte sanitaria; y Servicios Sociales, que pone la otra. De modo que tendría que ser universal siguiendo este esquema. Es decir que la Administración, en el fondo, está liberando recursos hacia un nuevo esquema, hacia una nueva organización y esto, a su vez, facilitará la financiación sanitaria a largo plazo y permitirá que el esquema sanitario se dedique a aquello para lo que está hecho, y no a otras cosas distintas.

Yo diría que esta es la gran novedad de presentación de lo que hacemos. De todas formas, hay que montarlo dentro de lo que es la dependencia y como ente separado de Sanidad. No sé cuál será el instrumento, si será una agencia de la dependencia u otro, pero sería bueno que se tratara de un instrumento único. Hemos de tener en cuenta que actualmente en los servicios de las personas dependientes, sean a domicilio, sean en centros especializados para personas dependientes, existen los tres grados de dependencia y hay que modular, hay que separar, hay que individualizar para que cada uno tenga su atención con sus niveles y sus cargas de trabajo. Esto es lo que facilita el trabajo y lo que a su vez va a permitir a la Administración financiar más livianamente este coste. Ya se está haciendo en algunos sitios. En Cataluña se está haciendo, en centros para personas asistidas hay dos niveles y hay unos esquemas de medición muy claros y muy fáciles. ¿Es difícil medirlo? No. Hay tablas internacionales con las que resulta muy fácil tabular y medir realmente los valores de dependencia, lo único que se necesita es definir el marco y el papel de cada uno. A las entidades que están invirtiendo en la prestación de servicios al colectivo de personas mayores les resulta difícil llevarlo a cabo si no existe un marco claro. En estos momentos, la comunidad autónoma y el ayuntamiento vuelven locos a las entidades, sean privadas, sean sociales o de cualquier tipo, porque no tienen un marco de referencia y nadie quiere competir con el ayuntamiento. Es necesario generar un marco por parte de la Administración, que ha de adoptar el papel de planificador y de controlador para regular la financiación de las personas que no tienen recursos. Este es un cambio que hay que ir estableciendo. En el tema de la dependencia provenimos de un sector en el que gracias a Dios existía beneficencia pero tenemos

unos esquemas que requieren ir avanzando para poderse financiar. Esto ha pasado en otros países más avanzados que el nuestro.

Me ha preguntado también por la conversión de activos inmobiliarios en renta. Creo que este es un capítulo muy importante porque en nuestro país los ahorros se invierten en la vivienda. Así como en el resto de Europa la compra de vivienda no es lo habitual sino que es de alquiler y la gente puede tener ahorros o pensiones, en España no es así. En España predomina la compra de la vivienda y los ahorros destinados fundamentalmente a los últimos años o para poderlos disfrutar cuando llega la jubilación, sobre todo cuando hay personas dependientes que requieren unas cantidades adicionales, hace que esto se convierta en un verdadero problema. Hemos hecho una primera propuesta de reflexión sobre posibles caminos para convertir esa vivienda en pensión y para facilitar la financiación a estas personas. Si queremos ayudar a las personas mayores habrá que empezar a reflexionar sobre este tema para ver cómo se puede ayudar en la reconversión de esos activos en renta ya que en caso contrario el que va a sufrir las consecuencias será la persona mayor porque muchas veces el piso se lo quedarán los hijos, los sobrinos u otros pero la persona mayor, que sería la que lo tendría que disfrutar o que lo necesitaría para costearse su asistencia, es la única que no lo puede disfrutar o no puede utilizarlo para este fin.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Méndez Monasterio, del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **MÉNDEZ MONASTERIO**: Muchísimas gracias, señor Raventós por su comparecencia que, efectivamente, nos ha ilustrado muchísimo; además, estoy absolutamente de acuerdo con lo que ha dicho el representante del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) porque creo que ninguno de los comparecientes se ha atrevido a hablar de la financiación de este sistema que, qué duda cabe, va a ser uno de los temas que va a tener mayor repercusión social porque, al final, las familias quieren saber cuánto, cómo y de qué manera va a llegar a sus hogares esa prestación económica o esa prestación de servicio para liberarles un poco de los problemas que en la actualidad pueden tener cuando hay una persona dependiente en sus familias o en sus casas. Estamos absolutamente de acuerdo con usted en la situación actual del tema de la dependencia y en que, efectivamente, el trabajo de las mujeres hace que el espacio de los grandes dependientes y de los dependientes en general —que hasta ahora habían sido cuidados por las propias familias y sobre todo por las mujeres—, se quede absolutamente desprotegido. Usted hablaba incluso de un 60 por ciento de las mujeres que trabajan fuera de los hogares, pero tenga usted en cuenta que también ese porcentaje deberá superarse para llegar a la media europea del trabajo y de la ocupación de la mujer fuera de los hogares. Por tanto, este tema va a ser más problemático en el futuro.

La verdad es que su exposición ha sido muy completa y pocas cosas tengo que preguntarle. Ustedes hablan del concepto, que es lo que se deberá iniciar en la propia ley, hablan de las diferentes prestaciones, hablan de si debe tener o no carácter universal, pero no le he oído si ustedes considerarían o no como un derecho subjetivo las prestaciones de la dependencia —supongo que sí, pero no lo he oído en su exposición— y me gustaría que lo aclarara. Después, ha comentado usted las diferentes competencias que tienen los ayuntamientos, las comunidades autónomas y el propio Estado. En su exposición se ha dirigido, lógicamente, por los buenos trabajos que ustedes están desarrollando en Edad & Vida —por los cuales también le felicito— sobre todo a la coordinación de la Administración pública con el sector privado a la hora de gestionar todos los servicios y las prestaciones que se realizan a las personas mayores. La verdad es que sí se ha modificado bastante la gestión que hasta hace muy poco tiempo era, pura y simplemente, pública. Hace muy pocos años es cuando ya entra el sector privado en la gestión para la prestación de esos servicios y estoy absolutamente de acuerdo con usted en que el sistema es muchísimo más eficaz dejando a la Administración el control de calidad y de la formación de las propias personas dedicadas a los cuidados del control del acceso a las plazas residenciales; es decir, todo lo que usted ha dicho que, como comprenderá, no se lo voy a repetir ni a darle clases sobre ello, todo lo contrario, porque yo vengo aquí a escuchar. Pero me ha quedado una gran duda precisamente en el tema de la financiación. Como decía usted y como decimos todos, va a ser el tema que socialmente levante más ampollas porque se trata de que el mayor número de personas con gran dependencia estén cuidados y que a los ciudadanos les cueste lo menos posible ese cuidado. En su exposición he entendido que decía que las actividades instrumentales de la vida diaria —la limpieza o el acceso a la compra de la comida— deberían ser cubiertas por la propia familia, que eso debería ser cubierto por una pensión y la propia familia sería la que se haría cargo. Sin embargo, para las otras actividades básicas de la vida diaria —lavarse, vestirse, etcétera—, debería ser ingresado en alguna institución o residencia. No sé si lo he entendido bien, pero me gustaría que nos aclarara usted si estima que, una vez que se valore en qué nivel de dependencia está el mayor —usted concreta expresamente esos tres niveles de dependencia—, se valorarán también con ese sistema europeo que usted dice —que son unas valoraciones bastante concretas— y que, una vez que tengamos esos niveles de dependencia, habrá una prestación de servicios. ¿Cree usted que esas prestaciones de servicios deben fijarse en la propia ley? ¿Qué prestación de servicios se ha de asignar para favorecer a esa persona gran dependiente, dependiente nivel uno, nivel dos o nivel tres? ¿Ha de ser una prestación de servicio específica o usted piensa que la propia persona dependiente puede elegir entre esa prestación de servicios o alguna

prestación de carácter económico? ¿Se le asignaría un servicio en virtud de la valoración que se haga de ese gran dependiente y ese sería el servicio que se habría de prestar? Me gustaría que lo comentara.

En su contestación a la pregunta de mi compañero, usted comentaba la situación actual y yo estoy de acuerdo con usted en que la prestación de carácter universal para el gran dependiente ya existe, y además existe en el Sistema Nacional de Salud. Me gustaría que nos dijera cómo y de qué manera se podría pasar a otro sistema a esos enfermos crónicos, a esos grandes dependientes que ahora mismo están utilizando una cama de hospital que depende del Sistema Nacional de Salud, cuyo coste es mucho más caro que lo que podría suponer el cuidado de esa persona por los servicios sociales, es decir, cómo se podría coordinar ese sistema sociosanitario, porque yo creo que es uno de los temas más difíciles de solucionar. El sistema sería muchísimo más eficaz porque yo creo que costaría la mitad o menos de lo que cuesta una cama hospitalaria, y cuando se trata de un enfermo crónico ya no precisa los servicios de la cama hospitalaria.

Por último, usted comentaba en su segunda exposición que en la situación actual, independientemente de que tenemos la universalidad para la gran dependencia, lo que ocurre es que las clases medias —en eso ha coincidido con el compareciente anterior— son las que ahora mismo están soportando las situaciones más perjudiciales cuando tienen una persona dependiente en su casa, porque no llegan a los baremos para que esa prestación de servicio sea gratuita y, por otro lado, no tienen dinero suficiente para poder acceder a una residencia. No sé si lo interpreto mal, pero a mí me da la sensación de que en el sistema que usted prevé, es decir, esa financiación pública para los grandes dependientes y esa financiación privada o mixta para las personas que están en otros niveles de dependencia, también valora el nivel de renta de los perceptores de esos servicios. ¿No nos pasaría lo mismo que está pasando actualmente? Si tratamos de cubrir esa prestación de servicios dependiendo del nivel de renta que tengan las familias, desde mi punto de vista surge un problema y es cómo se valoran los niveles de renta, por el patrimonio que tiene realmente el discapacitado o por el que tienen las familias. Es muy difícil hacer esa valoración porque la persona dependiente puede poner todo a nombre de los hijos y quedarse absolutamente insolvente, y por lo tanto son las arcas del Estado las que tienen que pagar. A la hora de establecer la prestación de ese servicio con cargo a las familias, es muy difícil poder llegar a saber la renta que en realidad tiene esa persona.

Hay otro problema que el otro día me comentaba una persona de una asociación de familias numerosas, y lo pongo como ejemplo de carácter particular, que no general. Me decía que los padres de familias numerosas, durante toda su vida, por tener muchos hijos, han tenido que gastar mucho dinero y por lo tanto no pue-

den acceder a un seguro privado para la vejez porque no tienen dinero para poder costeárselo. Es decir, las personas que, por tener muchos hijos, han aportado a la sociedad más que otras que hayan tenido menos hijos, o incluso no los hayan tenido, se encuentran en una situación de desigualdad a la hora de acceder a unas prestaciones de carácter asistencial cuando son mayores. Esto me lo dijeron hace una semana; yo soy madre de familia numerosa pero la verdad es que nunca lo había pensado, y se lo traslado a título de ejemplo por si tiene usted alguna contestación.

Me gustaría que me dijera si en la propia ley se va a establecer cómo y de qué manera se va a medir el grado de renta o si será una ley de bases y se dejaría que las comunidades autónomas dijeran cómo y de qué manera se iba a investigar el patrimonio de cada uno de los dependientes.

Muchas gracias. Vuelvo a agradecerle que haya entrado usted en el tema de la financiación, que tanto nos preocupa a todos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Raventós.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PRESIDENTE DE EDAD & VIDA** (Raventós Negra): Voy a tratar de contestar a sus preguntas. ¿Es derecho subjetivo o no es derecho subjetivo? Yo creo que el que sea derecho subjetivo depende sobre todo de si es Seguridad Social o no. El Estado español separó hace unos años el esquema de pensiones del esquema de sanidad, precisamente por la sostenibilidad del sistema a largo plazo. En este momento esto tendría el encaje lógico a través de impuestos, más que su asociado. Hoy se publica en los periódicos la nueva reserva que se ha hecho al fondo de la Seguridad Social, pero hace unos días la CEOE decía, hablando de este tema, que la reserva que existe actualmente en cifras cuantitativas parece mucho, pero son cuatro meses de pensiones. Ahora la curva es positiva, se están incorporando muchas personas al mercado de trabajo y eso está haciendo que el fondo de previsión para pensiones vaya holgado, pero todos los estudios a largo plazo de la OCDE y otros estudios serios predicen problemas en las pensiones a largo plazo. Cargar este tema a las pensiones no es el camino. Lo decimos así porque creemos que es así. Ahora bien, es cierto que facilitaría otras cosas, como poder hacer una ley en el tema de Seguridad Social, ya que tenemos entendido que el aspecto legislativo es más fácil. Se puede hacer una ley de carácter estatal y eso facilitaría hacerlo. Si es por facilitar la cuestión legislativa, no tenemos que decir nada, pero en el futuro será una cuestión de cada persona y más un tema de impuestos que de Seguridad Social. Es lo que pensamos.

En cuanto a cómo funcionará con la gran clase media, a si se va a solucionar o no y en cuanto a las actividades de la vida diaria, antes decíamos que en el libro blanco no viene recogido claramente y es impor-

tante diferenciar entre las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades básicas de la vida diaria. Las actividades instrumentales deberían ser cubiertas por la familia, la pensión y la familia, es una cosa de la propia familia. En su defecto, en los casos que no se pueda entonces sí, los mecanismos normalizados ya actualmente de protección, que ya están articulados en la Seguridad Social a través de los servicios sociales, pero la responsabilidad fundamental en los aspectos instrumentales de la vida diaria se cubren con pensión de la propia persona más la familia. En el supuesto de que esto no pueda ser, los sistemas de protección social.

En cuanto a qué pasa con la gran clase media, con los esquemas que estamos planteando hemos dicho que los tres niveles nos parecen correctos, pero es necesario diferenciar claramente los niveles. Primero, el nivel de gran dependencia, éste que sea universal y actualmente lo es a través del modelo de atención sociosanitaria. Esto significa que la persona cobrará su pensión, los servicios sociales le apoyarán y sanidad apoyará en la parte sanitaria. Esto será universal y no le costará más al presupuesto público. Según y cómo, le va a costar menos; el esquema va a poder ser más eficiente para más personas. El problema está en cómo se cambian los hospitales. Este es el caballo de batalla. Lástima que se haya ido el señor Campuzano porque le preguntaríamos cómo lo hicieron en Cataluña porque esto pasa, por un lado, por una reconversión hospitalaria. Actualmente no tiene sentido que toda la red sanitaria sea así y posiblemente se requerirá lo que hicieron en Cataluña, donde reconvirtieron parte de los hospitales e hicieron una reconversión hospitalaria.

Estos no son hospitales, son centros sociosanitarios, algunos de los cuales vienen de reconversión y otros son de nueva creación. Hoy existen muchos centros para personas dependientes, muchos aún se llaman residencias, a otros hasta les ha quitado la palabra residencia, son lo mismo que una residencia pero con módulos, y son centros para personas dependientes, asistidas, donde hay una parte de camas para atención sociosanitaria que proviene fundamentalmente de derivación hospitalaria. En el hospital, todos lo sabemos, para aquilatar los costos sanitarios lo que buscan es hacer más operaciones y tratar más casos para reducir la lista de espera y que se vaya la persona a su casa o a un centro sociosanitario a rehabilitarse, pero el coste en un centro sociosanitario para el presupuesto público, ya sea estatal, autonómico o local, será menor; en vez de las 50.000 ó 55.000, con 11.000 lo hará todo. Ahora, son centros especializados, homologados, acreditados, y una parte provendrá de reconversión y otros serán de nueva creación de entidades privadas o sociales que los construirán para dar servicio. El camino tiene que venir por aquí. Esto en cuanto a la alta dependencia.

En cuanto a la media y baja dependencia, la gran mayoría de la baja dependencia es un servicio en el propio domicilio, y lo que sí encontramos importante

es que en la ley —no soy abogado y no sé cómo va el tema legislativo— se fuera lo más preciso posible en lo de los niveles. Al final son cargas de trabajo, son horas/persona, y depende de los niveles, es totalmente distinto un nivel 3, una muy baja, una media y una alta dependencia, no tiene nada que ver. Esto permitiría un esquema para cuantificar, y en cuanto a la media y a la baja dependencia tendría que ir en función de la renta y, si no, con esquemas de financiación como el que nosotros planteamos.

Lo valiente es lo que han hecho en Alemania, donde es un seguro obligatorio público y privado para todo el mundo, es el esquema más eficiente y más económico para todos los ciudadanos, que permite hacer unos fondos importantes para atender esta problemática. Lo planifica la Administración, lo controla la Administración y lo regula la Administración, que pagará la parte que no tenga recursos, pero tendrá un fondo para la gran mayoría. Ahora, debe ser obligatorio. Esto es una valentía, en Alemania lo han hecho, han destinado el 1,6 por ciento del salario.

Aquí existen esquemas positivos, como empezar a incentivar los esquemas de financiación complementarios, como han sido los seguros de dependencia privados, que no se va a hacer ni uno porque son carísimos, y una persona que se puede permitir pagar esto al final se puede permitir coger cuarenta enfermeras en su casa. ¿Para qué va a pagar un seguro de dependencia? El gran drama es la gran clase media, que solo puede ser beneficiada si es una cosa muy barata, y para ser muy barata tendría que ser obligatoria. Ahora, existen otros esquemas intermedios, como incentivar los seguros si se logra una motivación de las personas, una concienciación de las personas desde jóvenes, diciéndoles: sería aconsejable que lo tuvieras, estas primas que pagas fiscalmente te las vamos a desgravar. Esto al final sería una menor carga para la Administración de cara al futuro. Estos son los términos que nosotros hemos dejado apuntados como posibles en este tema.

Por último, la familia numerosa. No sé que contestar. No es fácil. Es la responsabilidad de cada uno organizarse y planificarse.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Esteve por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: En primer lugar, y como no podía faltar, quiero dar la bienvenida en nombre de mi grupo y en el mío al señor Raventós y también darle las gracias por su excelente aportación y por el trabajo que ha realizado su entidad. Hay un esfuerzo de estudio, de reflexión, de sistematización, de aportación de modelo que, como decía también mi amigo Carles Campuzano, va a ser un elemento de enriquecimiento, de estudio y ayuda en esta etapa que estamos abordando desde el Congreso.

Dicho esto, permítame compartir algunas reflexiones con usted. A usted le preocupaba la importancia que

tiene el uso del sistema sanitario en la atención a la dependencia y que deberíamos caminar hacia un modelo sociosanitario y demás. Efectivamente coincidimos. Voy a expresarle alguna preocupación para saber también qué idea tiene sobre ello. Por ejemplo: una de nuestras preocupaciones es que estamos abordando una cuestión que es inaplazable, pero que se está dando en un momento donde tenemos un sistema de salud perfectamente consolidado, otra cosa es que sea sostenible, que de esto tendríamos que hablar mucho todavía, pero en paralelo con un bajo nivel de desarrollo y consolidación del sistema de servicios sociales que es, a mi entender, donde debería descansar buena parte, quizá la mayor parte, de la futura ley de la dependencia, de sus servicios y sus prestaciones. Esto me preocupa y la pregunta sería: ¿en qué medida ese bajo desarrollo puede condicionar el futuro modelo? Esta sería una primera reflexión.

La segunda es que coincidimos en que el modelo tiene que ser sociosanitario. Esto nos obliga a repensar, a reconceptualizar buena parte de lo que en estos momentos se ha ido desarrollando. Usted ponía el ejemplo de Cataluña, que ha hecho un esfuerzo importante, sobre todo, de reconversión de los hospitales, es decir, en la medida en que se abordara la mejora hospitalaria se dejaban las viejas instalaciones, adecuándolas muy bien, además, en oferta sociosanitaria. Pero es verdad que estamos ante una situación, primero, que carga bastante el sistema de salud, a pesar de que lo abarata, porque deja de colapsar los hospitales de agudos, y aun así no está resuelto. Los hospitales de agudos siguen soportando una carga y demanda importantísima sobre todo en las unidades de medicina interna, porque no hay salida del sistema de agudos al sociosanitario y no se puede absorber. Cuando se está en el sistema socio sanitario es para recuperación, convalecencia, pero no es una solución a largo plazo. Por tanto, ahí volvemos a estar en una parada obligatoria y en una salida del sistema sanitario difícil porque, hoy por hoy, no existen los recursos y es lo que hemos de abordar. Por tanto, hay que reconceptualizar el modelo, hay que pensar en un modelo sociosanitario y a mí me sigue preocupando el bajo desarrollo y la baja consolidación del sistema de servicios de bienestar, como muchas veces he compartido con Carles. Al hilo de todo esto entiendo que, en esta reconceptualización, el gran pacto con el sector, no solamente entre instituciones, sino con el sector privado, con afán de lucro o no, es imprescindible. El sector empresarial ha de jugar un papel importantísimo porque, de otra manera, no se podría abordar en los próximos años sin el concurso del sector privado un modelo de atención a la dependencia de carácter universal, ante lo cual también estamos de acuerdo.

Yo soy una ferviente militante del municipalismo y entiendo que probablemente la puerta de entrada tiene que ser municipal, pero creo que los actuales dispositivos no nos sirven. La puerta de entrada por los servicios sociales seguramente no daría respuesta a los

niveles de estrategias, de prácticas concretas, de abordajes específicos que se requieren a un tema tan fino como éste, al que se le ha de pedir calidad, eficacia y eficiencia. De ahí que me gustaría que abundara un poquito más en el tema de qué tipo de organismo, probablemente un consorcio, una agencia, no lo sé, pero probablemente también en su génesis de base municipalista, debería ser un espacio donde intervinieran todos los agentes que después tienen que dar respuesta con un único sistema de valoración.

Hay otro elemento que me preocupa: valentía para plantear el tema de la financiación. Coincidimos en la solución vía impuestos y no con cargas a la Seguridad Social para no hacer vulnerable un sistema que nos interesa asegurar a todos. Me preocupa cuando usted habla de la aportación de las familias. Estamos hablando de un debilitamiento de las familias y de la incapacidad de dar respuesta. ¿No cree usted que ahora que estamos pensando en un sistema, en el que el papel de la familia es estupendo, deberíamos plantearnos cómo la familia cuidadora recibe todo tipo de ayudas? Pero hemos de pensar en un sistema donde el beneficiario sea aquel que lo necesita. ¿No cree usted que poner el acento en la familia hace un poco tambalear la pata?

Habla usted del cheque y de la contribución. Hay que tenerlo muy claro, hay que contribuir y contribuye quien más tiene. Pero, tal como ustedes lo plantean, ¿no cabría el peligro de crear dos vías? Es decir, que al final no tengamos un sistema de dependientes de mínimos para aquella gente que no tiene nada y un sistema de muchos para aquellos que pueden complementar. En este sentido, creo que las grandes castigadas en este país son las capas medias a las que hay que darles una respuesta para que puedan acceder. A mí me preocuparía no tener dos vías y entiendo que hemos de hacer una apuesta por un único sistema, por una contribución progresiva en función de los niveles de renta de los beneficiarios, y ahí tendríamos que regular con cuidado el tema de las transmisiones patrimoniales, en qué periodo y con qué tiempo, para que no haya abusos en el sentido de que hago el legado a la familia en vida y después no puedo contribuir a financiar mi propia situación de dependencia.

Yo entiendo también que ustedes, por la misma naturaleza y el objeto de su entidad, no hayan reflejado el tema de la discapacidad. Es natural, porque su objeto es otro. No obstante, desde nuestra responsabilidad y también desde la responsabilidad de gobierno, cuando se está planteando este sistema no solamente hemos de hacerlo desde la perspectiva de sostenibilidad de las aportaciones en situaciones de envejecimiento, sino teniendo en cuenta casos como los lesionados medulares por accidente, por nacimiento o diferentes tipos de discapacidad, y hemos de asegurar que esta también sea una ley de derechos, con contribución, pero de derechos.

Le planteo un último tema —y con esto termino— y es que, ya que es cierto que nuestro Estado de bienestar

no se puede financiar *ad infinitum*, hay que pensar cómo abordamos en su conjunto la financiación en los diferentes niveles, cómo se aborda la contribución sin sobrecargar el sistema sanitario, lo que implica dotarle de una naturaleza cuanto más específica mejor. Es un sistema que debe desarrollarse probablemente en otras líneas para evitar el bajo nivel de consolidación y de desarrollo del sistema de servicios sociales.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Raventós.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PRESIDENTE DE EDAD & VIDA** (Raventós Negra): Muchas gracias, señora Esteve, por sus palabras. Respecto al primer tema, tiene toda la razón. Usted me pregunta cuál es el reto. Aquí existe un riesgo. Lo lógico, lo tremendamente necesario es desarrollar el tema de la dependencia en un nuevo marco en que los servicios sociales son el gran protagonista, tiene que hacerse en las áreas de servicios sociales. Es cierto que esta es una realidad tanto en el ámbito central como autonómico. Si comparamos el desarrollo de los servicios sociales en nuestro país en este tema con el sector sanitario, está a años luz en cuanto a esquemas, organizaciones o procedimientos. Esto, efectivamente, es un reto y es necesario solucionarlo lo más rápidamente posible, ya que de la otra manera es absolutamente impagable. Abordar la dependencia bajo el paraguas sanitario es prohibitivo y nos llevaría a la quiebra del Estado del bienestar. Por tanto, estoy totalmente de acuerdo con que el eslabón de la dependencia es un tema que tiene que trabajarse en las áreas de servicios sociales, pero creemos que tiene —no sé cuál es el elemento, si una agencia de la dependencia a nivel estatal y autonómico— que haber intervención sanitaria. Tiene que existir para buscar además el perfeccionamiento del sistema.

Han comentado algunos temas en relación con los cuales tienen absolutamente toda la razón. Es cierto que incluyendo el tema sociosanitario en la gran dependencia tampoco se arregla el proceso rehabilitador. Actualmente, una parte no está preparada así. Una parte importante del aspecto sociosanitario es el paliativo, pero otra es la convalecencia y esta cada vez va a ser más importante. La convalecencia, por definición, es un servicio que tiene que durar entre 60 y 90 días y tiene que servir para poner a una persona en condiciones de integrarse otra vez en su vida. Si no está integrada en su vida y no está situada en el nivel de la gran dependencia y va al segundo nivel de dependencia, tendrá que cambiar de nivel, pero se marca un camino a la persona, siendo siempre el objetivo final devolverlo a su casa. Si no, se definen ya unos procesos y unos caminos. Hemos hablado de que en relación con el aspecto sociosanitario existe ya una ley. Aunque solo se ha desarrollado en una comunidad, desde el punto de vista legislativo existe algo que ya se consiguió; lo que pasa es que el desarrollo de esta ley tendría que realizarse dentro de la agencia

o dentro del área sociosanitaria, sobre todo dentro de las áreas de servicios sociales, pues se va a requerir reforzar mucho dichas áreas. Normalmente, este mundo se moverá si Presidencia del Gobierno quiere o si Economía quiere, ya que si no va a ser imposible poner de acuerdo a todos. Cada área es endogámica y sanidad quiere todo para sanidad y servicios sociales quiere todo para servicios sociales, pero ¿qué es lo mejor para el ciudadano? y ¿qué es lo financieramente más sostenible? Al final, hay que buscar el esquema y seguramente habría que incluirlo en el tema de dependencia dentro del área de servicios sociales, pero con intervención de sanidad. Tiene que estar incluida sanidad, ya que si no no arreglaremos el problema de la contribución sanitaria que también existe actualmente.

En cuanto al tema del municipalismo, estoy de acuerdo con que las puertas de entrada tienen que estar muy cerca de los ayuntamientos. ¿Están en los ayuntamientos? No lo sé. Posiblemente, en el mismo escalón de todo este esquema las agencias de dependencia tendrán que existir, no sé si por zonas, por comarcas o por provincias. No sé cuál va a ser el esquema, pero tendrá que existir uno que evalúe los niveles de dependencia, que acredite los centros e inspeccione los servicios y los centros y que tenga el control de todo ese proceso y en él tiene que estar incorporado el municipio y la comunidad autónoma, pero si cada municipio quiere tener uno, entonces será en función del número de habitantes y acabaremos como cuando antes todo el mundo quería un polideportivo y después una residencia. Ahora se están generando residencias —se han cansado de pagar su coste— en un radio de 50 kilómetros. Estoy de acuerdo con que este es el camino, buscar una agencia de dependencia o un consorcio o crear alguna cosa en esa línea.

En cuanto al tema de pensión y familia, sobre todo hablamos más de pensiones que de familia. Lo que pasa es que a veces hablamos de pensión y familia, porque aquí hay un tema, que ya se ha comentado antes, muy complejo y difícil para la Administración que es la picaresca de las familias. De repente, uno llega a una edad en la que casi todo el mundo, por arte de magia, no tiene nada; esto no es justo. ¿Cuáles son los elementos de seguimiento? Hay elementos de seguimiento y por eso juntamos el tema de pensión y familia, aunque es más pensión que familia. Existen casos que no son temas de pensión, sino de uno mismo. Hay casos que son verdaderamente escandalosos. Este tema es complejo, pero existen algunas experiencias,

por ejemplo en el País Vasco, en cuanto al piso como garantía de la ayuda a la pensión. Son temas que no hemos analizado con detenimiento, pero va más por pensión y por derechos. Estamos de acuerdo es que este es un derecho del ciudadano y lo que se tiene que contemplar son los derechos de los ciudadanos.

En cuanto a las capas medias, primero que se dé el derecho y segundo que se instrumente el esquema. En el esquema que planteamos nosotros defendemos el seguro obligatorio, porque es la mayor defensa de la gran clase media. Existen otros modelos en los que se incentiva a hacer algo, pero van a ser limitados mientras no se aborde con decisión el tema de tener una financiación complementaria con un seguro obligatorio, que tendrá que ser público y privado. Actualmente ya existe este tipo de seguros, por ejemplo, los funcionarios pueden elegir Muface, que es un seguro que cubre a todos los funcionarios públicos y a su vez se encarga de las prestaciones. El funcionario público puede elegir dónde quiere ir, si prefiere la asistencia a través de la red pública o de la red privada. Tanto en un caso como en otro son prestadores. El 89 por ciento ha elegido la red privada. Este es un esquema que ya funciona, por lo que se han hecho escaramuzas en otros ámbitos. Estos son modelos que se podían explorar. Nosotros no hemos sido tan valientes de poner este modelo y hemos elaborado unos modelos más abiertos en cuanto al aseguramiento complementario, con unos *bauchers* con los que se puede asegurar el riesgo. Hay una parte que será pública y otra que pague el ciudadano. Pero si es obligatorio será una cosa muy barata, porque la mayoría lo vamos a pagar y no lo vamos a utilizar. Por tanto, estas primas serán muy baratas. Existirá una oferta y nos podremos asegurar. El presupuesto público cubrirá a las personas que no tienen recursos, porque al que no pueda ni pagar el seguro se lo cubrirá la propia Administración. La red de dependencia, si se define en ese esquema como derecho, irá a través del modelo de atención sociosanitario. Pero el nivel dos, la media y la gran dependencia, irá por el otro camino. Finalmente, habrá un esquema sanitario de derechos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a don Higinio Raventós Negra, presidente de Edad y Vida. Se levanta la sesión.

**Eran las dos y veinte minutos de la tarde.**

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**

