

LOS RETOS DE LA POLÍTICA DE DEPENDENCIA EN FRANCIA

Eguzki Urteaga¹
eguzki.urteaga@ehu.es

Universidad del País Vasco

fecha de recepción: 09/09/2011
fecha de aceptación: 14/05/2012

Resumen

El riesgo de dependencia, que concierne a las personas mayores y discapacitadas, despierta un interés creciente entre los responsables políticos y se constatan unos avances significativos en esta materia: adecuación de los instrumentos de financiación, modernización de los centros y de los servicios de ayuda domiciliaria, mejora de la integración de estas personas, etc. Pero, el incremento de las necesidades cuando la generación de los *baby-boomers* llegará a una edad avanzada plantea la cuestión de la sostenibilidad del gasto, del impacto sobre las familias que supone la atención de una persona dependiente así como la de los medios específicos que es preciso movilizar para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. El debate en torno al "quinto riesgo" gira sobre su naturaleza con respecto a los demás riesgos cubiertos por la Seguridad social, la población concernida, la parte que incumbe al público, a los hogares y a los seguros en la financiación. Ante esta situación, existen dos posibilidades en cuanto a la financiación de la dependencia: la primera caracterizada por el mantenimiento de una parte mayoritaria de la solidaridad colectiva, mientras que la segunda privilegia la solicitud del seguro privado y del seguro de previsión.

Palabras clave: Envejecimiento; Dependencia; Atención; Financiación.

Abstract

The risk of dependency, which concerns the major and disabled persons, generates an increasing interest between the politicians and a few significant advances are observed in this matter: adequacy of the instruments of financing, modernization of the centers and services of domiciliary help, improvement of the integration of these persons, etc. But, the increase of the needs when the generation of the baby-boomers will come to an advanced age raises the question of the sustainability of the expense, the impact on the families that the attention of

¹ Universidad del País Vasco, Departamento de Sociología 1, Los Apraiz, 2, 01006 Vitoria.

one dependent person supposes as well as the specific means that is precise to mobilize for the persons who suffer Alzheimer's disease. The debate concerning the "fifth risk" turns on his nature comparing with other risks covered by the social security, the concerned population, part that is incumbent on public, to the families and to the insurances in the financing. In front of this situation, two possibilities exist for the financing of the dependency: the first one characterized by the maintenance of a majority part of the collective solidarity, whereas the second one favours the solicitation of the private insurance and the insurance of forecast.

Keywords: Aging; Dependency; Attention; Financing.

Introducción

Desde hace algunos años, la cuestión de la dependencia o, si se prefiere, de la pérdida de autonomía, despierta el interés de los decisores políticos en Francia. ¿Cómo poner en marcha y financiar, de manera duradera y asegurando la continuidad de la atención, una ayuda para realizar los actos básicos de la vida para las personas mayores que necesitan una vigilancia regular y a veces constante? Unos avances incuestionables han sido realizados en la atención de las personas mayores con la creación de la Ayuda personalizada de autonomía (APA)² y de la Caja nacional de solidaridad para la autonomía (CNSA)³. El plan solidaridad edad avanzada (2007-2012) y el último plan Alzheimer (2008-2012) han conducido a una mejora notable de la atención de las personas mayores. En lo que se refiere a las personas discapacitadas, la ley del 11 de febrero de 2005 ha modificado profundamente la perspectiva de la atención (Urteaga, 2010a). No en vano, ciertas dificultades persisten para satisfacer el conjunto de las necesidades de las personas mayores en situación de pérdida de autonomía, y el debate

² La ayuda personalizada de autonomía (APA) está destinada a las personas mayores que viven en su domicilio, en su familia o en otra casa, o a las personas acogidas en una residencia de ancianos, y que tienen dificultades para realizar las acciones más básicas y sencillas de la vida cotidiana: levantarse y desplazarse, vestirse y salir de casa, preparar la comida y limpiar su hogar. La APA tiene como objetivo prioritario facilitar la vida diaria de estas personas tanto en sus hogares como en las residencias en las que se encuentran. En su domicilio, la APA financia varios servicios: personal de ayuda a domicilio, acogida de día, acogida temporal, ayudas técnicas, reforma de la vivienda, transportes, etc. En residencia, la APA contribuye a financiar los gastos vinculados a la atención de la dependencia. La residencia puede igualmente concentrar los recursos humanos y materiales sobre esta persona con el fin de ayudarla en su vida diaria.

³ La Caja nacional de solidaridad para la autonomía (CNSA) es una entidad pública creada por la ley del 30 de junio de 2004. La ley sobre la igualdad de derechos y oportunidades de las personas discapacitadas del 11 de febrero de 2005 ha precisado y reforzado sus misiones. Puesta en marcha en mayo de 2005, la CNSA tiene la responsabilidad de: 1) financiar las ayudas a favor de las personas mayores dependientes y discapacitadas, 2) garantizar la igualdad de trato sobre todo el territorio y para el conjunto de los discapacitados, 3) y asegurar una misión de asesoramiento, de información y de animación para asegurar el seguimiento del servicio prestado a las personas. Por lo tanto, la CNSA es a la vez una caja encargada de repartir los recursos financieros y una agencia de asesoramiento técnico.

actual sobre el quinto riesgo pone en el centro de la actualidad política la cuestión de la financiación de la atención y de la ayuda que conviene aportar a las personas en situación de pérdida de autonomía.

1. El riesgo de dependencia

El riesgo de dependencia concierne dos tipos de colectivos:

- Las personas mayores: el riesgo de dependencia concierne principalmente a los más de 85 años, es decir a 1,3 millones de personas. La tasa de pérdida de autonomía es del 7% con 60 años, del 17% con 80 años y del 42% con 90 años. Los casos de dependencia severa conciernen a entre 628.000 y 850.000 personas.
- Las personas discapacitadas: su número puede conocerse a partir del número de personas beneficiarias de las diferentes prestaciones: 770.000 beneficiarios de la Ayuda para adultos discapacitados⁴ (Estado), 150.000 beneficiarios de la Ayuda a la educación de los niños discapacitados⁵ (CNAF), 110.000 beneficiarios de la Ayuda compensatoria para terceras personas⁶ (departamentos), 50.000 beneficiarios de la Prestación compensatoria de discapacidad (departamentos y CNSA).

El gasto público relativo a la dependencia es actualmente de alrededor de 21 mil millones de euros, es decir el 1% del PIB, del cual el 60% es asumido por la Seguridad social, el 20% por los departamentos, fundamentalmente a través de la APA, y el resto por el Estado, la CNSA, la CNAF⁷ y la Caja nacional de seguro de vejez (CNSV)⁸. A esta cuantía,

⁴ La Ayuda para Adultos Discapacitados (AAD) es una prestación que tiene como objeto garantizar una renta mínima a las personas discapacitadas para que puedan enfrentarse a los gastos de la vida corriente. Su pago es subsidiario, puesto que el derecho a beneficiarse de la ayuda es efectivo únicamente cuando la persona discapacitada no puede aspirar a una prestación por vejez, invalidez o a una renta de accidente laboral de una cuantía al menos igual al de la AAD. Esta es concedida a partir de un cierto nivel de discapacidad, siempre y cuando cumpla unas condiciones de residencia y de nacionalidad, de edad y de recursos.

⁵ La prestación específica dependencia es una ayuda destinada a pagar los gastos vinculados a la dependencia de las personas mayores de 60 años. Es una prestación en naturaleza, es decir directamente destinada a la financiación de los gastos de ayuda previamente definidos y que se distinguen de la atención médica. Es concedida por el Departamento en nombre de la ayuda social.

⁶ La ayuda compensatoria para una tercera persona (ACTP) es sustituida por la prestación de compensación a partir del 1 de enero de 2006. No obstante, las personas que se benefician de la ACTP antes de esa fecha podrán continuar a percibirla, mientras cumplan las condiciones de concesión y expresen su deseo de continuar a percibirla en cada renovación de sus derechos. Este derecho optativo supone, como contrapartida, una información previa de la persona beneficiaria sobre las cuantías respectivas de ayuda y las prestaciones a las que puede acceder.

⁷ La Caja Nacional de Ayuda Familiar (CNAF) es la rama familiar de la Seguridad social que gestiona a través de una red de 123 cajas de ayuda familiar repartidas en todo el territorio galo. Esta institución presta servicio a unos 10 millones de personas a las cuales ha concedido en 2006, directamente o indirectamente, 64 mil millones de euros.

conviene añadir al menos 7 mil millones de euros de contribución de las hogares en nombre del gasto de alojamiento para personas mayores dependientes (5,7 mil millones de euros en 2007) y un ticket moderador de la APA, tanto a domicilio como en centro (1,3 mil millones de euros en 2007 según el informe del Senado de 2008). Esta estimación no incluye los gastos realizados a domicilio fuera del plan de ayuda. El perímetro de los gastos relativos a la dependencia alcanza así 27 mil millones de euros.

1.1. Los avances realizados

El instrumento principal de financiación de la dependencia es la Ayuda personalizada de autonomía (APA) que ha sido creada el 1 de enero de 2002, en sustitución de la Prestación específica de dependencia (PED)⁹. Los beneficiarios de esta prestación han aumentado muy rápidamente, pasando de 605.000 beneficiarios a finales de 2002 a 1.117.000 beneficiarios el 30 de junio de 2009, de los cuales el 61% viven en su domicilio. El beneficiario de la APA debe tener más de 60 años y sus ingresos son tomados en consideración a la hora de fijar el importe de la APA. La pérdida de autonomía es evaluada utilizando el baremo AGGIR¹⁰. La financiación de la APA es asumida básicamente por los departamentos (2/3) y el resto está financiado por la CNSA.

La creación de esta caja (ley del 30 de junio de 2004) ha modificado notablemente el panorama de la dependencia. La CNSA tiene como primera función gestionar y repartir la mayor parte de los créditos afectados a la pérdida de autonomía de las personas mayores y discapacitadas. Concede a los departamentos la contribución del Estado en nombre de la APA y de la Prestación compensatoria de discapacidad (PCD)¹¹. Reparte entre los prefectos (delegados del gobierno) los créditos aprobados por el Parlamento destinados a la financiación de la atención en los centros medico-sociales para personas mayores y discapacitadas, añadiendo su propia contribución. Los ingresos propios de la CNSA

⁸ La Caja nacional del seguro de vejez (CNSV) es una de las tres cajas de la Seguridad social creadas en 1967. Se trata de una entidad pública de carácter administrativo que gestiona las pensiones de los trabajadores, excepto los agricultores y los funcionarios, lo que representa 16 millones de activos y 11 millones de jubilados.

⁹ La prestación específica de dependencia es una ayuda destinada a pagar los gastos vinculados a la dependencia de las personas mayores de 60 años. Es una prestación en naturaleza, es decir directamente destinada a la financiación de los gastos de ayuda previamente definidos y que se distinguen de la atención médica. Es concedida por el Departamento en nombre de la ayuda social.

¹⁰ El baremo AGGIR (Autonomía Gerontología Grupos Iso-Recursos) constituye un instrumento destinado a valorar el grado de pérdida de autonomía o el grado de dependencia, física y psíquica, de los solicitantes de la ayuda personalizada de autonomía (APA), en la realización de sus actividades diarias.

¹¹ La prestación de compensación de la discapacidad (PCD) es una ayuda personalizada destinada a financiar las necesidades vinculadas a la pérdida de autonomía de las personas discapacitadas. Estas necesidades deben figurar en un plan personalizado definido por el equipo multidisciplinar de la Casa departamental para personas discapacitadas (CDPD), sobre la base del proyecto de vida expresado por la persona concernida. Es posible beneficiarse de esta prestación a domicilio o en centro. Esta prestación cubre las ayudas humanas y materiales.

proviene de la Jornada nacional de solidaridad¹² (el 0,3% de la masa salarial de las empresas) y de una imposición de la contribución social generalizada (CSG)¹³. A esta función financiera se añade una función de agencia. La CNSA desarrolla efectivamente toda una serie de programas destinados a las personas mayores y discapacitadas: renovación de los centros medico-sociales; profesionalización y promoción de los personales que trabajan en centros y en servicios a domicilio; acompañamiento y formación de las ayudas familiares; animación de la red de las Casas departamentales para personas discapacitadas (CDPD)¹⁴; mejora de la eficacia de las ayudas técnicas; desarrollo y financiación de estudios y de investigaciones.

Paralelamente, el sector de los centros medico-sociales (657.000 personas mayores, cuya edad media es de 84 años, y que están repartidas en los centros de alojamiento para personas mayores dependientes, en las residencias de alojamiento o en sus propios domicilios gracias a los servicios de atención enfermera¹⁵) se ha modernizado bajo el

¹² La ley del 16 de abril de 2008 relativa a la jornada de solidaridad precisa las modalidades de dicha jornada. Esta consiste en una jornada de trabajo adicional (que puede ser fraccionada en horas) destinada a financiar acciones de solidaridad a favor de la autonomía de las personas mayores o discapacitadas. Esta jornada no da lugar en principio a una remuneración adicional, aunque unos dispositivos estén previstos para los trabajadores que cambian de empleador a lo largo del año para que no tengan que realizar varias jornadas de solidaridad durante el mismo año. Para los trabajadores, esta jornada no constituye una modificación del contrato de trabajo, mientras que para los empleadores, se traduce por una nueva contribución que deben asumir (la "contribución solidaridad autonomía"), ya que el producto de ese día adicional está destinado a financiar unas acciones a favor de la autonomía de las personas mayores y discapacitadas.

La jornada de solidaridad concierne a todos los trabajadores que disponen de un contrato de trabajo. No en vano, en lo que se refiere a los trabajadores de menos de 18 años, conviene tomar en consideración unas disposiciones particulares que rigen el trabajo de los menores. Así, si la jornada de solidaridad está fijada un día festivo, no concernirá a los jóvenes trabajadores, puesto que, excepto en raras ocasiones, el trabajo de los asalariados de menos de 18 años está prohibido durante los días festivos. Si un acuerdo colectivo fija un día no festivo como jornada de solidaridad, los agentes sociales deben posicionarse sobre las condiciones en las cuales estos jóvenes realizarán esta jornada.

¹³ La contribución social generalizada (CSG) es un impuesto destinado a diversificar las fuentes de financiación de la Seguridad social. Las rentas sometidas a ese impuesto son aquellas personas residentes en Francia para el establecimiento del impuesto sobre la renta y que cotizan al régimen obligatorio del seguro de enfermedad. En principio, la CSG se aplica a los mismos elementos de remuneración que las cotizaciones a la Seguridad social, con algunas excepciones.

¹⁴ Las casas departamentales para personas discapacitadas han sido instauradas por la ley del 11 de febrero de 2005. Su función consiste en ofrecer un acceso único a los derechos y prestaciones, a todas las posibilidades de apoyo en el acceso a la formación y al empleo, y a la orientación hacia unos centros y servicios así como de facilitar las gestiones de las personas discapacitadas y de sus familiares. Se sitúan bajo la responsabilidad de los Consejos generales.

¹⁵ Los Servicios de Atención Enfermera a Domicilio constituyen un elemento fundamental de la atención enfermera a domicilio de las personas mayores y muy mayores, enfermas y a menudo dependientes para la realización de los actos básicos de la vida cotidiana. Estos servicios tienen como objetivo mantener a la persona mayor o dependiente en su entorno vital en las mejores condiciones posibles, de prevenir y de retrasar las hospitalizaciones, de

impulso de los poderes públicos y se ha adecuado a los estándares europeos. Varias medidas (la convergencia de las tarifas de atención, la reconversión de camas de corta estancia hospitalaria para las personas mayores, la puesta en marcha de puntos de referencia oponibles de los costes de alojamiento, etc.) han ampliamente contribuido a esta evolución. El sector privado lucrativo ha conocido un notable crecimiento interno y externo ya que el 26% de los centros para personas mayores pertenecen al sector privado lucrativo. Compite seriamente con los actores tradicionales (operadores públicos y asociativos, mutuas, fundaciones y congregaciones religiosas, es decir el 80% de la oferta de alojamiento), porque está capacitada para financiar la adecuación de los centros a las normas europeas.

Asimismo, se ha producido una modernización y reestructuración de los servicios de ayuda a domicilio. La promoción de las acciones innovadoras en materia de ayuda a domicilio y la profesionalización de las profesiones de ayuda domiciliaria están en el orden del día. Varios dispositivos financiados por la comunidad contribuyen a desarrollar los empleos destinados a las personas mayores dependientes y, en particular, el empleo directo por los particulares (reducción de cargas sociales sobre los bajos salarios, reducción y crédito de impuestos, simplificaciones administrativas, tales como el cheque empleo servicio¹⁶).

Por último, la ley del 11 de febrero de 2005 representa un avance importante en la integración de las personas discapacitadas dado que crea un derecho a la compensación para la persona discapacitada, sea cual sea el origen y la naturaleza de su discapacidad, la edad o el estilo de vida (Urteaga, 2010a). Pone en marcha las Casas departamentales para personas discapacitadas que tienen como vocación facilitar las gestiones de las personas discapacitadas. Sistematiza la escolarización de los niños discapacitados en entorno ordinario con la ayuda de un profesor referente y de auxiliares de vida escolar. Plantea un principio de accesibilidad general aplicable a las vías urbanas, a los transportes públicos, a todas las nuevas instalaciones abiertas al público y a los edificios residenciales. La prestación compensatoria de la discapacidad (PCD) es el instrumento que permite la compensación de las diferentes incapacidades de la persona discapacitada y la integración en entorno ordinario. Se trata de una prestación "a medida" que se fundamenta en el nivel personal de la compensación en relación con el proyecto de vida de la persona discapacitada.

reducir la duración de las estancias en centros hospitalarios, de favorecer y organizar de manera armoniosa la vuelta al domicilio. Para beneficiarse de dichos servicios, es suficiente ser una persona mayor de 60 años y gozar de la cobertura de la Caja de enfermedad o de ser una persona de menos de 60 años que padece enfermedades incurables o que generan discapacidad, sobre la base del informe del médico de la Caja primaria del seguro de enfermedad.

¹⁶ El cheque empleo servicio ha sido creado en el marco de la política llevada a cabo para favorecer los servicios a domicilio (plan de desarrollo de los servicios a las personas y ley del 26 de julio de 2005). Este dispositivo está en vigor desde el 1 de enero de 2006. Se trata de un dispositivo dirigido a los particulares para contratar a empleados a domicilio. Este dispositivo se presenta bajo dos formas: 1) el CES declarativo permite al particular empleador declarar la remuneración de su empleado a través de Internet o a través del apartado social contenido en el cheque empleo servicio, o 2) el CES prefinanciado es una modalidad de pago cuyo importe está definido con antelación.

2. Los problemas de financiación

La demanda de atención a largo plazo conocerá un fuerte incremento en los próximos años. En efecto, la generación de los *baby-boomers* no ha alcanzado todavía una edad avanzada donde el riesgo de dependencia es elevado. Por lo tanto, el coste de la dependencia se incrementará, lo que plantea tres tipos de problemas financieros: ¿el gasto público será sostenible? ¿Las familias podrán asumir la carga creciente que supone la dependencia? ¿La financiación se adaptará a las patologías neurodegenerativas?

2.1. La sostenibilidad del gasto

2.1.1. El incremento del gasto

En el horizonte 2040, la población dependiente representará entre 1,4 y 1,6 millones de personas, según los diferentes escenarios, en razón del envejecimiento de la población. Lo que pone de manifiesto la importancia de la demanda de atención de larga duración, especialmente a domicilio donde residen el 80% de las personas dependientes. El informe Gisserot valoraba en un 2,2% neto de inflación el crecimiento espontáneo de la financiación dedicada a la dependencia. El informe del Senado indica que el coste de la pérdida de autonomía alcanzaría 40 mil millones de euros en 2040. Por lo cual, el importe de la APA debería duplicarse. En función de los escenarios, el gasto público dedicado a la atención de la pérdida de autonomía representaría entre el 1 y el 1,6% del PIB de aquí a 2025, y entre el 2 y el 3% al horizonte 2040. Las estimaciones no convergen completamente en razón de las incertidumbres que pesan sobre el número de personas dependientes, la coyuntura y las evoluciones salariales, dado que los salarios totalizan alrededor del 80% de los costes de la atención de la dependencia. Resulta de estas estimaciones que, a largo plazo, deberá pagarse más para la dependencia y que la insuficiencia crónica de la financiación perdurará y se agravará cuando los *baby-boomers* llegarán a una edad avanzada. Los poderes públicos se enfrentan a la necesidad de poner en marcha una solución duradera gracias a una financiación equilibrada.

Asimismo, la atención pública de la dependencia implica a numerosos actores: el Estado, las administraciones regionales y locales (Consejos generales, ayuntamientos, etc.), la Seguridad social, la CNSA, etc. Esto se debe a la manera según la cual la cobertura del riesgo, no previsto en el sistema de protección social creado en la Liberación (1945), se ha organizado. Las financiaciones utilizadas provienen a la vez de los impuestos nacionales (CSG y CSA¹⁷) y locales así como de las cotizaciones sociales. El caso francés es un compromiso entre el deber de solidaridad del Estado republicano, la visión liberal de la subsidiaridad y la acción social facultativa de las cajas de seguros y de los ayuntamientos. La exigencia de una respuesta coherente se hace sentir a todos los niveles del dispositivo.

¹⁷ El artículo 11 de la ley del 26 de junio de 2004 relativa a la solidaridad para la autonomía de las personas mayores y de las personas discapacitadas ha instaurado, a partir del 1 de julio de 2004, una nueva contribución a cargo de los empleadores, destinados a financiar los recursos de la CNSA. Las remuneraciones correspondientes a los periodos de empleo realizados a partir del mes de julio de 2004 deben pagar una contribución del 0,3%.

En todo caso, la financiación de la dependencia es problemática para los departamentos (Urteaga, 2010b). La carga neta de la acción social para los departamentos (después de la deducción de la contribución del Estado) representa 20,13 mil millones de euros en 2008, en aumento del 76% desde 2000. La carga neta que corresponde al apoyo de las personas mayores y discapacitadas se eleva a 8,71 mil millones de euros, en aumento del 106% desde 2000. La parte de la CNSA en el gasto departamental para personas mayores y discapacitadas se ha reducido en razón de la coyuntura económica: la tasa de cobertura de la CNSA ha pasado del 36,5% en 2006 al 30% en 2009, mientras que ha sido del 28,5% en 2010, a pesar de que el envejecimiento de la población se incrementa. Es una fuente de inquietud para los departamentos que se descomprometen del Estado, como lo subraya el informe Janet (2010). Esto crea una fractura entre los departamentos en función de la edad de sus poblaciones respectivas y de la riqueza relativa de las finanzas departamentales, y esto cuestiona el principio de una solidaridad nacional en materia de dependencia. El informe subraya que veinte departamentos conocen graves problemas financieros y que el incremento del gasto social ya no está cubierto por los recursos correspondientes en un contexto de infravaloración general del gasto social de los departamentos. Insiste en la necesidad de crear instrumentos de gestión adecuados a la descentralización, especialmente sobre los temas de la discapacidad y la efectividad de las prestaciones a domicilio.

2.1.2. La atención familiar de la dependencia

La carga que representa la dependencia para las familias es muy importante, tanto desde el punto de vista de la contribución financiera aportada por los familiares como de la ayuda en naturaleza, sea cual sea la forma (convivencia o ayuda a distancia). En institución, la carga media es de 1.600 euros mensuales (Senado, 2008) y a domicilio la atención pública representa entre el 30% (Ennuyer, 2006) y el 50% (Cour des Comptes, 2005) del coste medio según las estimaciones. El importe del resto a cargo de las familias está en el corazón de la controversia política sobre el seguro de dependencia público y privado. La contribución en naturaleza de las familias es elevada cuando la dependencia es importante. Numerosos estudios han subrayado el agotamiento del ayudante y el deterioro de su estado de salud porque carece de tiempo para cuidarse a sí mismo, lo que puede tener unas consecuencias sobre su esperanza de vida. Esta situación es especialmente sensible para los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer.

2.1.3. Una concienciación colectiva reciente

La estimación actual del número de personas que padecen Alzheimer y trastornos similares es de 840.000. El número de nuevos casos sería de 200.000 cada año y la población víctima de esta enfermedad alcanzaría 1,3 millones de personas en 2020 y 2,1 millones en 2040. La sensibilidad de la opinión pública francesa a la cuestión de la enfermedad de Alzheimer se ha incrementado notablemente con la puesta en marcha del tercer plan Alzheimer (2008-2012). La inscripción de esta cuestión en la agenda política ha permitido movilizar importantes créditos para la investigación y aumentar el número de plazas. No en vano, éste sigue siendo muy insuficiente, incluso si, en 2009, sobre las 7.500 nuevas plazas creadas para las personas dependientes, las tres cuartas partes han concernido a personas mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer. Una novedad importante es la creación de la Casa para la autonomía y la integración de los enfermos

de Alzheimer. Se trata de un espacio de coordinación de los servicios existentes, sanitarios y sociales, sin superposición de nuevas estructuras. De diez a quince proyectos serán experimentados entre 2008 y 2012.

El reto principal es la capacidad de la sociedad civil de movilizarse en el tiempo en torno a este problema para prestar una atención apropiada al conjunto de los pacientes y una ayuda suficiente a las familias de los enfermos.

3. La financiación de la dependencia

Frente a estas dificultades y a la insuficiente atención de la dependencia, un amplio debate se ha abierto sobre el "quinto riesgo". El reto es la creación de una nueva rama de protección social que pondría en marcha un mecanismo de previsión colectiva que permita a las personas mayores y discapacitadas enfrentarse a los gastos asociados a su dependencia.

3.1. Las características del riesgo de dependencia

El debate alude a los contornos del riesgo de dependencia, su naturaleza, la población beneficiaria, el reparto de la financiación entre contribución pública, contribución familiar y seguro privado.

La primera cuestión concierne la naturaleza del riesgo de dependencia: ¿la dependencia es un riesgo de seguridad social de misma naturaleza que los riesgos de enfermedad, vejez, accidente laboral y familia o debe considerarse que la atención de las personas dependientes no depende completamente de la solidaridad pública y no debe integrarse en el marco del seguro obligatorio? La cuestión de un seguro obligatorio se planteó en la Asamblea nacional en 2001. Pero, desde entonces, los poderes públicos manifiestan un interés creciente por una solución mixta (una solidaridad pública básica completada por un seguro privado a título individual). En 2005, la *Cour des comptes*, en su informe sobre la dependencia, la Oficina parlamentaria de evaluación de las políticas sanitarias (informe sobre la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades comparables) y más recientemente el Senado evocaban la perspectiva de la creación de unos incentivos para la suscripción de un seguro de dependencia.

La segunda cuestión alude al hecho de que 3 millones de franceses (para un total de 13 millones de jubilados) son beneficiarios de un contrato de seguro dependencia (contratos de empresa o contratos individuales). Esto convierte a Francia en el segundo mercado del seguro de dependencia en el mundo. El 10% de los más de 40 años están asegurados contra la dependencia. Este seguro privado está justificado para unos jubilados adinerados que tienen un ticket moderador de la APA elevado. Toda la cuestión es saber si las nuevas generaciones asumirán su propia dependencia, lo que podría conducir el Estado a convertir ese seguro en obligatorio. El problema es que los más pobres no podrán asegurarse.

La tercera cuestión concierne la población beneficiaria. Una de las especificidades francesas estriba en la distinción entre las personas mayores dependientes y las personas

discapacitadas y la existencia de dos regímenes separados. La posibilidad de romper la barrera de las edades, en nombre de la igualdad de trato a lo largo de la vida, a la imagen de numerosos países europeos, plantea en filigrana la discusión sobre el quinto riesgo. Es evocado regularmente por la CNSA en sus informes. Sigue siendo, por el momento, una hipótesis teórica porque el coste de las ayudas a las personas discapacitadas es más elevado que el de las ayudas a las personas mayores. En lo que alude a las personas mayores dependientes, ¿a qué colectivo debe dirigirse el dispositivo? ¿Conviene incluir a las personas en ligera dificultad, porque las medidas de ayuda surtirán efectos preventivos, o limitarse a los casos más graves, centrando la acción de los poderes públicos en los pacientes que padecen enfermedades neurodegenerativas o con recursos muy escasos, y modular la ayuda en función de la renta?

3.2. Dos modalidades de financiación

La CNSA desea conservar una parte mayoritaria a la solidaridad colectiva en la cobertura del riesgo de dependencia y el informe de 2007 de la CNSA ha definido claramente los principios de esta solidaridad colectiva:

- La creación de un derecho universal de compensación para la autonomía, que permita a cualquier persona el ejercicio de su estilo de vida financiando un plan personalizado de compensación de la autonomía después de un análisis de la situación de cada persona, en lugar del sistema complejo actual. Una perspectiva universal se combina con una perspectiva individual. Se trata de una situación que debe ser compensada y no una categoría de personas. La idea es salir de una lógica de los colectivos prioritarios.
- La convergencia entre los sistemas de atención a las personas mayores y a las personas discapacitadas. La edad debe dejar de ser un factor discriminante en beneficio de la evaluación de las necesidades y de las respuestas ofrecidas.
- La construcción de respuestas de proximidad: los Consejos generales se encargan de la gestión descentralizada de los dispositivos de atención y de ayuda, y la CNSA se ocupa de la regulación global y de la reducción de las desigualdades de trato.

El reciente informe del Senado (2008) privilegia un modelo de financiación diferente que concierne únicamente a las personas mayores y avanza dos tipos de propuestas para la financiación de la dependencia: el seguro de dependencia privado y el uso del patrimonio de las personas dependientes.

- El seguro privado es privilegiado a través de diversas propuestas técnicas: convertir unos contratos de seguro de vida en contratos de dependencia, sin que esta transformación sea considerada como una innovación fiscal, es decir sin penalidad para el asegurado; permitir la deducibilidad fiscal de las cotizaciones complementarias de dependencia; permitir la transformación de los contratos cuando los suscriptores desean cambiar de seguro. Pero el desarrollo de este tipo de financiación exige una colaboración público-privada para permitir, en buenas condiciones, la concesión de las prestaciones en caso de dependencia. La utilización de un mismo instrumento de medida de la dependencia es un objetivo a medio plazo.

- La segunda vía consiste en poner en marcha una “fianza patrimonial”, es decir una participación voluntaria y limitada sobre el patrimonio, afectando a los beneficiarios de la APA mejor dotados en patrimonio. El objetivo es que el esfuerzo en dirección de los beneficiarios de la APA a domicilio sea más equitativo y que los planes de ayuda sean revalorizados para las personas aisladas y los pacientes que padecen enfermedades neurodegenerativas. El control de la cantidad de dinero que deben pagar las clases medias es uno de los objetivos del gobierno.

Se definirían así dos tipos de APA, con, en caso de percepción de la APA a tarifa plena, una parte recuperable sobre sucesiones de alrededor de 20.000 euros para las personas cuyo patrimonio excede 150.000 euros. La contribución sobre el patrimonio desaparecería si el beneficiario acepta percibir una APA reducida del 50%.

La asociación profesional de los reaseguradores propone centrar la APA en las personas más dependientes y menos solventes. El importe de la APA podría así ser dividida por cuatro en 2025. La cobertura del resto de la población dependiente estaría asegurada por el seguro privado con unos mecanismos incitativos importantes.

4. Conclusión

La discusión sobre el quinto riesgo avanza lentamente a la vez porque pone en juego unas cuestiones de principio, unas elecciones técnicas complejas así como porque la crisis financiera y el nivel actual de los déficits públicos sitúan a esta cuestión después de la cuestión de las pensiones. Diferentes grupos de trabajo ministeriales preparan actualmente unas propuestas que serán presentadas ante la Asamblea nacional. En estas condiciones poco favorables, puede pensarse que el seguro privado será la solución privilegiada y temer que las presiones financieras sean el determinante principal de las elecciones en materia de dependencia en detrimento de la elección de una concepción del riesgo y de su cobertura.

Pero, no todo es una cuestión financiera. La solvencia del riesgo de dependencia es una primera etapa pero no significa que todos los problemas vinculados al riesgo de dependencia se resolverán por ello. El punto más sensible es encontrar a medio plazo el personal necesario para garantizar el crecimiento del sector. Un segundo reto se refiere a la insuficiente coordinación de ese sector y a la necesidad de articular los numerosos actores, cuyas culturas profesionales son heterogéneas y que gravitan en torno a las personas mayores dependientes. Las diversas iniciativas que van en este sentido no han conseguido hasta ahora unos resultados concluyentes. Uno de los objetivos de las agencias regionales de sanidad (ARS)¹⁸ que han sido creadas en 2010 es precisamente poner fin a unos problemas de coordinación en el seno del sector médico-social y entre el

¹⁸ La Ley del 21 de julio de 2009 sobre la reforma del hospital y relativa a los pacientes, a la sanidad y a los territorios, crea, en su artículo 118, las Agencias regionales de sanidad que constituyen el pilar de la reforma del sistema sanitario. Las ARS han sido creadas con el fin de asegurar la dirección unificada de la sanidad en las regiones, de mejorar la respuesta a las necesidades y de incrementar la eficacia del sistema.

sector sanitario y el médico-social, de fluidificar las trayectorias de las personas mayores entre el sector sanitario y el sector médico-social, y de ganar en eficiencia, especialmente en los centros.

La mutación cultural inducida por este crecimiento de la atención a largo plazo es considerable. La lógica de ayuda social que ha prevalecido hasta ahora es cuestionada. La cultura gestora de los responsables de los centros y servicios sigue siendo insuficiente en comparación con el rigor económico exigido por los poderes públicos en el contexto de crisis actual. El cambio de cultura no debe ser infravalorado. Esto significa que unas soluciones pueden ser igualmente encontradas en una modificación y una mejora de la gobernanza del sistema y que nuevos despliegues serán probablemente realizados de la atención aguda a la atención a larga plazo.

Por último, conviene observar que todas estas evoluciones tienen como tela de fondo unas grandes incertidumbres a propósito de las evoluciones tecnológicas, tanto desde el punto de vista de los nuevos medicamentos como de las ayudas técnicas que estarán a disposición de las personas dependientes en el futuro. Lo que pone de manifiesto la dificultad del ejercicio, complicado por el contexto presupuestario delicado y los relevos ministeriales sucesivos en el ministerio de Trabajo y Relaciones laborales.

Referencias

- Cour des Comptes (2005). Les personnes âgées dépendantes. Rapport au Président de la République.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.
- Gisserot, H. (2007). *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025: prévisions et marges de choix*. Rapport à Monsieur Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.
- Jamet, P. (2010). *Rapport à Monsieur le Premier ministre sur les finances départementales*.
- Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (2005): *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*.
- Senat (2008). *Rapport d'information au nom de la mission d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*. Vasselle.
- Urteaga, E. (2010a). La política a favor de los discapacitados en Francia. *Portularia*, 10(2), 77-89.
- Urteaga, E. (2010b). La territorialización de las políticas sociales en Francia. *Zerbitzuan*, 48, 97-107.