



boletín

sobre el envejecimiento

## perfiles y tendencias

Nº 10

MARZO 2004

# La protección social a las personas mayores dependientes en Francia

### EDITORIAL

El informe que se presenta a continuación ha sido realizado después de una visita a París, que tenía por objeto intercambiar experiencias sobre nuestros respectivos modelos de atención y protección a la dependencia de las personas mayores. Quizás pueda resultar tedioso para el lector esta descripción tan detallada y a veces difícilmente comprensible de las características de su modelo.

Sin embargo, el momento histórico que vivimos en España, y la urgencia de tomar decisiones políticas y técnicas que nos ayuden a salir de un modelo

que todavía conserva muchos rasgos benéfico asistenciales, nos obliga a conocer la "letra pequeña" de la experiencia de nuestros vecinos franceses. Sin duda, disponen de un sistema mucho más desarrollado que el español, sin llegar a las cotas de bienestar alcanzadas por otros países como los escandinavos.

El análisis de sus propuestas, nos hace pensar en un modelo viable, de financiación mixta, con contribución importante de los usuarios. Pero también en una voluntad decidida de los poderes públicos por afrontar con justicia y dignidad las necesidades de las personas

dependientes, asumiendo una importante dosis de autocrítica, tan necesaria a la hora de evaluar para planificar. Sin duda, tenemos mucho que aprender de este modelo, por supuesto mejorable, muy especialmente en el empeño de dividir a las personas dependientes por grupos de edad y diseñar dos modelos.

Esperamos que el estudio de ésta y otras experiencias europeas sirvan de estímulo para la necesaria toma de decisiones en nuestro país.

**Observatorio  
de Personas Mayores**

Primera edición: 2004

© IMSERSO, 2004

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,  
Imsero, Familias y Discapacidad  
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58  
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 209-04-003-0

Depósito Legal: BI-774-04

Imprime: Grafo, S.A.

Autor: *Mayte Sancho Castiello*  
Jefa de Servicio del Observatorio de Personas Mayores

## ÍNDICE

1. Bases demográficas .....	2
2. El sistema sanitario y la atención geriátrica .....	3
3. Los cuidados de larga duración. Situación actual .....	7
4. La protección de las personas mayores en situación de dependencia: El subsidio personalizado de autonomía (APA) .....	8
5. El plan envejecimiento y solidaridad .....	13
6. Bibliografía recomendada – Enlaces de interés .....	15

# 1. Bases demográficas

En los comienzos del siglo XXI, 12.479.000 ciudadanos franceses tenían más de 60 años, es decir, el 21% de su población. En enero de 2004, 9.967.336 son mayores de 65 años. De ellos, 2.400.000 son octogenarios y 14.383 son ya centenarios. Las proyecciones demográficas prevén para el 2020, 17 millones de mayores de 60 años (27% de la población) de los cuales 4 millones superarán los 80 años.

de personas mayores que padecen situaciones de dependencia. Su Encuesta Nacional de Discapacidad, Deficiencias y Dependencia, informa de la existencia de 800.000 personas en situación de grave o moderada dependencia y 390.000 en grado leve (Tabla 2).

De los más graves, el 50% son mayores de 85 años. Siete de cada diez son mujeres. Sin embargo y a pe-

**Tabla 1. ESPERANZA DE VIDA EN VARIOS PAÍSES EUROPEOS. ENERO 2003**

Países	1970 Hombres y mujeres	1980 Hombres y mujeres	1990 Hombres y mujeres	2000 Hombres y mujeres
ALEMANIA	67,5 - 73,5	69,6 - 76,1	72,0 - 78,4	74,7 - 80,7
DINAMARCA	70,9 - 75,9	71,2 - 77,2	72,0 - 77,8	74,5 - 79,3
FRANCIA	68,4 - 75,8	70,2 - 78,3	72,8 - 80,9	75,2 - 82,7
REINO UNIDO	— - —	70,8 - 76,9	72,9 - 78,6	75,4 - 80,2
SUECIA	72,3 - 77,1	72,8 - 78,8	74,8 - 80,4	77,4 - 81,7
ESPAÑA	69,9 - 75,2	72,2 - 78,2	73,3 - 80,3	75,5 - 82,7
PORTUGAL	64,0 - 69,9	68,0 - 74,9	70,4 - 77,3	72,7 - 79,7

Fuente: *Population en chiffres Institut National d'études démographiques 2003*

Francia es uno de los países del mundo donde se evidencia con más claridad los efectos de una sociedad del bienestar que consigue altísimas cotas de supervivencia de su población. Como se puede observar en la tabla nº 1, sus mujeres, junto con las españolas, alcanzan la esperanza de vida más alta del mundo. Buen ejemplo de este proceso es que, para el 2015, el 40% de su población será mayor de 50 años.

Esta extraordinaria conquista de la longevidad genera, quizás como efecto perverso, un importante número

de estas preocupantes cifras, el análisis longitudinal de la evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad muestra una tendencia optimista desde los años 80 que empieza a confirmar, como en otros países, la veracidad de la hipótesis de la compresión de la morbilidad (Fries, 1982), con un posible descenso del peso relativo de la gran dependencia. Si estas tendencias se confirman, estamos ante una de las mejores noticias del comienzo de este siglo, que debe tenerse muy en cuenta a la hora de planificar la atención a este grupo de población.

**Tabla 2. PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN FRANCIA**

		Población > 65 AÑOS	Viven en su domicilio %
DEPENDENCIA MUY GRAVE	GIR 1	69.000	22.000
	GIR 2	262.000	133.000
	GIR 3	201.000	137.000
DEPENDENCIA MODERADA	GIR 4	264.000	232.000
<b>TOTAL (de GIR 1 a GIR 4)</b>		<b>796.000</b>	<b>524.000</b>

GIR: Grupo de iso-recursos

**MODELO AGGIR DE EVALUACION DE LA DEPENDENCIA**

Fuente: INSEE. 1999

## 2. El sistema sanitario y la atención geriátrica

El sistema sanitario francés se rige por los principios de universalidad y solidaridad. Basado en sus orígenes en el modelo bismarkiano, y estructurado en torno a los regímenes del seguro de enfermedad, fue extendiendo gradualmente su cobertura a toda la población.

La oferta de servicios se realiza a través de proveedores públicos y privados. En 1998, el 75% de los médicos de atención primaria y el 68% de los especialistas pertenecían al sector privado. Sin embargo, el 65% de las camas hospitalarias estaban en el sector público y un tercio de los establecimientos privados pertenecían a la iniciativa social sin fin de lucro.

En cuanto al coste de los cuidados, el sistema sanitario francés asigna una parte del gasto sanitario al paciente, a través del sistema de «tiquet moderador» aplicando un porcentaje de participación variable en función del tipo de servicio sanitario consumido (Tabla 3):

**Tabla 3. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS**

30%-40%	para cuidados de enfermería
40%	para análisis y pruebas de laboratorio
35%-65%	para gastos farmacéuticos
0%-20%	para hospitalización
35%	para consultas médicas

Los pacientes pueden elegir libremente el médico y el establecimiento sanitario. Ellos realizan el pago directo al facultativo y el gasto se les reembolsa a través de la correspondiente Caja del seguro de enfermedad. Gran parte de la población dispone de mutualidades complementarias o seguros privados que asumen los costes del tiquet moderador. Por otra parte, están previstas exoneraciones en el pago ante determinadas circunstancias socioeconómicas.

La remuneración de los profesionales se realiza mediante el pago del acto médico, regulado por un sistema de tarifas oficiales. Algunos especialistas, como

los odontólogos, están autorizados a sobrepasar el precio tarifado.

### La atención geriátrica

En Francia, como en la mayoría de los países desarrollados, un tercio de las estancias hospitalarias corresponden a los mayores de 65 años. Además, un buen número de ellos sufre diversas complicaciones durante su ingreso, fruto en muchos casos de la escasa formación geriátrica de sus profesionales de la salud. La valoración geriátrica integral generalmente no se realiza en los ámbitos no especializados. La mayoría de los ingresos se producen desde los servicios de urgencia, los cuales ubican a las personas en función de las camas disponibles y no tanto en base a las necesidades de los pacientes.

En definitiva, el sistema sanitario francés presenta carencias importantes para hacer frente a las necesidades de atención sanitaria de los ancianos.

Recientemente se ha elaborado un ambicioso plan de actuación para la mejora de la atención geriátrica en torno a los siguientes grandes ejes:

#### a) *Mejorar el acceso a los cuidados de proximidad con medidas como:*

- Refuerzo del papel del médico generalista o de atención primaria como primer interlocutor del paciente geriátrico. Se le facilita el acceso a consultas geriátricas especializadas y a los equipos multidisciplinares de evaluación geriátrica.
- En el ámbito local o regional se han de generar, en función de su localización e importancia, dos tipos de dispositivos de atención:
  - **Consultas geriátricas especializadas** articuladas con los Centros Locales de Información y Coordinación (CLIC), cuya estructura se desarrollará más adelante. Las realiza un geriatra y

en función de los casos, un psicólogo y personal paramédico. Son los responsables de efectuar una primera evaluación biopsicosocial que permita ajustar al máximo el plan de cuidados y anticipar posibles necesidades futuras, sociales y sanitarias. Cada CLIC ha de tener una de referencia, ubicada en el entorno cercano (consulta externa o en un hospital local o comarcal).

- **Equipos multidisciplinares de valoración geriátrica**, ubicados en los hospitales y encargados de la evaluación geriátrica exhaustiva y de la elaboración y seguimiento de planes de cuidados de los pacientes hospitalizados. Funcionan como equipos consultores de otros servicios del hospital. Están compuestos por médicos geriatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, logopedas y trabajadores sociales. Puntualmente intervienen neurólogos, psiquiatras, médicos rehabilitadores... De forma complementaria, deben trabajar en estrecha coordinación con los centros de memoria y de investigación de su área de influencia, desarrollando también actividades de formación. Está prevista su implantación en 207 hospitales para 2006.

- **Los hospitales locales** son el primer eslabón de la atención geriátrica especializada. Se potencia su papel y su coordinación con el resto de los dispositivos locales, así como con los hospitales generales para consultas más complejas y monográficas.
- Se define por ley (nº 2002-303 de 4 de marzo de 2002) **la red de salud**, como una respuesta especialmente eficaz en la atención a las personas mayores, rentabilizando al máximo todos los recursos alternativos a la hospitalización. Asimismo, pretende mejorar los derechos de los enfermos en el acceso al sistema sanitario y la garantía de su participación en el proceso de su enfermedad y recuperación, así como abordajes interdisciplinares y coordinados de la atención.

El diseño de la red de salud se estructura como modelo de coordinación sociosanitaria, que intenta organizar una respuesta de proximidad adecuada a las necesidades de la persona. La continuidad de los cuidados, la complementariedad de los servicios sanitarios y sociales, la formación geriátrica transdisciplinar, la educación de las personas mayores y sus cuidadores informales, el diseño de

protocolos consensuados y las actividades preventivas, constituyen, entre otras, las bases de esta red. Los Centros Locales de Información y Coordinación (CLIC) se configuran como espacio de soporte y mantenimiento de la red.

### **b) Favorecer la agilización de la tramitación apoyándose en las estancias cortas geriátricas**

Se pretende adaptar los dispositivos sanitarios a las especiales características de los muy ancianos a través de las siguientes medidas:

- **Desarrollar la corta estancia geriátrica.** Se destinan 8,23 millones de euros para el desarrollo de unidades de corta estancia, las cuales utilizarán camas reconvertidas de otros servicios, así como los profesionales correspondientes. Se contempla la necesidad de crear nuevos puestos de trabajo, especialmente geriatras. Está prevista la creación de 8.000 plazas para 2005.
- **Favorecer las admisiones directas en la corta estancia geriátrica.** Se intenta evitar el paso por los servicios de urgencias a los pacientes geriátricos, mejorando así su atención. Para ello, el servicio de geriatría organiza un sistema de coordinación con un teléfono de contacto permanente con los médicos de atención primaria del área. De manera inmediata se considera imprescindible reforzar la coordinación entre estos dispositivos y la red de residencias para personas dependientes, evitando ingresos innecesarios. Paralelamente es indispensable mejorar la atención a los ancianos en los servicios de urgencias, cuando su acceso es inevitable. Para ello se desarrollan protocolos de intervención para que los geriatras, o algún miembro de los equipos móviles geriátricos, puedan asumir la evaluación de los pacientes. Esta evaluación permitirá orientar al paciente al recurso adecuado, evitando hospitalizaciones frecuentes e inadecuadas y organizando un plan de atención que incluya todos los servicios sanitarios y sociales necesarios.
- **Los equipos móviles geriátricos** se desarrollarán en hospitales universitarios y grandes hospitales. Su objetivo es proporcionar la atención geriátrica ne-

cesaria a las personas frágiles a demanda de los servicios de urgencias y de otros servicios de hospital. Están compuestos como mínimo por los siguientes profesionales: geriatra, enfermero, trabajador social y un administrativo. Tienen una función evaluadora y también de información y formación para otros equipos profesionales. Asimismo tienen un papel muy importante en la reorientación, cuando se produce el alta hospitalaria.

- **Papel de la psiquiatría en la atención a pacientes geriátricos.** La prevalencia de trastornos psíquicos y comportamentales en las personas muy mayores es muy alta. A pesar de que los servicios de geriatría en los hospitales asumen un abordaje integral de las patologías de estas personas, es indispensable una estrecha colaboración con los servicios de psiquiatría que en Francia se formaliza en las políticas sectoriales.

### **c) Mejorar las respuestas alternativas a la hospitalización de corta duración**

Uno de los problemas más importantes que sufren las personas mayores hospitalizadas es la organización de la vuelta a su domicilio en situación de fragilidad y de pérdida de su autonomía, para ello el sistema sanitario francés quiere hacer un esfuerzo especial para favorecer una buena adaptación al domicilio, evitando reingresos hospitalarios innecesarios. La coordinación de los servicios sociales y sanitarios, y muy especialmente de los cuidados de enfermería y de los servicios domiciliarios, se sitúan en el centro de este plan de mejora. Asimismo se desea desarrollar la hospitalización a domicilio siempre que las condiciones de vida de la persona lo permitan.

### **d) La hospitalización a domicilio**

Con el objeto de articular de la mejor manera posible los dispositivos de atención, los servicios geriátricos del hospital deben de coordinarse con las estructuras de hospitalización a domicilio cuando estas existen. Para ello está previsto la firma de acuerdos de colaboración entre ambas estructuras. La tipología de cuidados que afronta la hospitalización a domicilio es la siguientes:

- Cuidados puntuales ante una patología no estabi-

lizada, que suelen exigir cierta complejidad y empleo de medios tecnológicos costosos.

- Cuidados continuos que requieren durante un tiempo, a veces indefinido, cuidados de enfermería, y cuidados técnicos más o menos complejos, a veces de carácter paliativo. Suelen estar asociados a pacientes con patologías evolutivas,
- Cuidados de rehabilitación a domicilio. Se aplican en fases postagudas a una patología neurológica, traumatológica, cardiológica o una pluripatología.

Como se puede observar, la hospitalización a domicilio permite hacer frente a una gran cantidad de patologías. Para ello es necesaria una estructura sólida de coordinación de los cuidados, pero además son indispensables unas condiciones favorables en el modo de vida del enfermo y de su familia.

### **e) Los cuidados de rehabilitación adecuados a las necesidades de los pacientes geriátricos**

Dos tercios de los pacientes hospitalizados en servicios de rehabilitación son mayores de 65 años, y la mitad mayores de 75 años. Estos datos son suficientemente significativos para que se realice un esfuerzo especial en este ámbito, elaborando en todos los casos un proyecto geriátrico que garantice una mejor calidad en el sistema de atención. Las unidades de rehabilitación geriátrica deben desempeñar las siguientes funciones:

- Abordaje de las discapacidades físicas
- Educación del paciente y de su entorno habitual
- Seguimiento de los cuidados y del tratamiento
- Organización del alta y reinserción en el domicilio

Se intenta desarrollar al máximo la noción de proximidad en este tipo de cuidados de reeducación funcional especializada. El equipo del servicio de rehabilitación geriátrica es multidisciplinar y está compuesto por:

- Personal médico: un geriatra presente durante toda la jornada, un médico rehabilitador con funciones de colaboración. Un médico de guardia para las noches y los fines de semana.
- Personal paramédico: enfermeras presentes las veinticuatro horas del día, auxiliares de clínica, te-

rapeutas ocupacionales, psicomotricistas, psicólogos, trabajadores sociales y, puntualmente, dietista, podólogo, logopeda... Asimismo está previsto que todo este tipo de atención rehabilitadora se pueda ofertar en la modalidad de hospitalización de día.

- En definitiva, el sistema sanitario francés ha abordado una auténtica revolución en el modelo de atención geriátrica a las personas mayores, incluyendo el reciente reconocimiento de la geriatría como especialidad médica. Las políticas sanitarias

regionales están ahora obligadas a elaborar un plan específico para las personas mayores, que a su vez deberá de estar coordinado con el resto de dispositivos de atención gerontológica provistos desde otros departamentos. Para facilitar la elaboración de los proyectos geriátricos se prevé la creación de una comisión de personas mayores, asociada a la de los representantes de los consumidores, que vele por la buena marcha de todo este plan de atención.

### 3. Los cuidados de larga duración. Situación actual

---

- Algo más de 600.000 mayores de 70 años son beneficiarios del servicio de ayuda a domicilio. Además, otros 600.000 emplean por su cuenta a 774.654 asalariados con similares funciones.
- El n.º de plazas residenciales asciende a 668.900. De ellas, 77.000 corresponden a unidades sanitarias de cuidados de larga duración (USDL) con una ratio de profesionales de 3,15 por cada diez enfermos, frente al 4,33 de las residencias públicas.
- Se está realizando un esfuerzo especial para dotar a las residencias de suficiente infraestructura médica que corresponda a las necesidades de las personas dependientes que actualmente las ocupan. En 2003, se han invertido 3.200 millones de euros en dotación de infraestructuras sanitarias para los centros residenciales.
- La oferta de plazas residenciales se considera suficiente en la actualidad, por lo que la prioridad en todos los planes de actuación gerontológica está centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios.
- Se han creado 77.639 plazas de cuidados de enfermería a domicilio (SSIAD), es decir, una ratio de 16.16 plazas por cada 1000 mayores de 75 años (diciembre 2003). Su incremento en los próximos años es incuestionable.
- En general, el grado de formación de los profesionales que prestan servicios domiciliarios es bastante bajo. Mas del 80% no posee ningún tipo de cualificación.
- Desde el año 1997 se han ido poniendo en marcha diversas iniciativas legislativas que intentaban garantizar la satisfacción de las necesidades de las personas dependientes. Sin embargo, la falta de concreción y garantía financiera, tanto de la Prestación Específica de Dependencia (PSD 1997) como de la Prestación Experimental de Dependencia (PED), han obligado a los poderes públicos a desarrollar el modelo «Allocation personnalisée d'autonomie» (APA), actualmente en un nuevo proceso de desarrollo.

## 4 La protección de las personas mayores en situación de dependencia: El subsidio personalizado de autonomía (APA)

En julio de 2001, se aprobó la ley nº 201-647 relativa a la asunción de medidas sobre la pérdida de autonomía de las personas mayores. El subsidio personalizado de autonomía, título bajo el que se identifica esta legislación, establece en su art. n.º 1: **«toda persona mayor residente en Francia que no puede asumir las consecuencias de la falta o pérdida de autonomía asociada a su estado físico o mental, tiene derecho a un subsidio personalizado de autonomía adaptado a sus necesidades»**.

Este subsidio, definido en condiciones idénticas para todo el territorio nacional, está destinado a las personas que, con independencia de los cuidados sanitarios que sean susceptibles de recibir, tienen necesidad de ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana o necesitan una vigilancia constante.

Los beneficiarios de esta ley son todos los ciudadanos residentes en Francia mayores de 60 años. Paralelamente se ha promulgado una legislación similar para discapacitados menores de dicha edad. La ley no establece como requisito la nacionalidad francesa, aunque sí la condición de residente para ser receptor de la misma.

- El número de beneficiarios de esta prestación a finales de 2003 ascendía a 800.000, seleccionados entre 1.400.000 solicitudes.
- El 54% de sus beneficiarios reside en su domicilio. El 46% restante vive en residencias.
- La previsión de gasto del APA para 2004 es de 3.600 millones de euros. Sirva como dato comparativo el gasto de 780 millones de euros en 2000, destinados a la Prestación Social de Dependencia y Ayuda a Tercera Persona.

Si sumamos esta cuantía de gasto al generado desde otros programas como el seguro de enfermedad, la ayuda social para el alojamiento de las personas mayores o los CLIC, podemos deducir que Francia des-

tina anualmente 9.000 millones de euros a la protección de las situaciones de dependencia entre las personas mayores.

### Evaluación de las situaciones de dependencia

El sistema nacional AGGIR (Autonomía Gerontológica Grupos Iso-Recursos) es el elegido por el APA para evaluar los diferentes grados de pérdida de autonomía de los solicitantes de este subsidio. AGGIR es un instrumento para la gestión del APA. En principio no se puede utilizar para medir cargas de trabajo, ni calidad en los cuidados.

Se realiza sobre la base de diez variables discriminantes relativas a la pérdida de autonomía física y psíquica, que corresponden, con alguna variación, a las actividades básicas de la vida diaria:

- **Coherencia:** conversar y/o conducirse de forma sensata
- **Orientación:** en el tiempo, en los diferentes momentos del día, y en los lugares
- **Higiene:** lavarse solo
- **Vestido:** vestirse, desvestirse, arreglarse
- **Alimentación:** comer los alimentos preparados
- **Control de esfínteres:** urinario y fecal
- **Transferencias:** levantarse, acostarse, sentarse
- **Desplazamientos en el interior** del domicilio o residencia: movilidad espontánea y con ayuda técnica
- **Desplazamientos en el exterior:** salir desde la puerta de entrada sin medio de transporte
- **Comunicación a distancia:** utilizar los medios de comunicación, teléfono, timbres

Como información complementaria para la elaboración del plan de ayuda, se utilizan otras siete variables de carácter descriptivo que, en términos generales, se corresponden con la Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:

- **Gestión:** controlar los asuntos propios, sus bienes, su presupuesto
- **Cocina:** preparar la comida y servirla
- **Tareas domésticas:** realizarlas en su conjunto
- **Transporte:** tomar o solicitar un medio de transporte
- **Compras:** adquisición directa o por correspondencia
- **Seguimiento de tratamientos:** adoptar las prescripciones médicas
- **Actividades de tiempo libre:** practicar actividades deportivas, sociales, de entretenimiento etc.

Cada una de estas diecisiete variables se registra en tres niveles:

- A.** Corresponde a la cumplimentación de los actos total y correctamente.
- B.** Corresponde a una cumplimentación parcial
- C.** Corresponde a actividades no realizadas

El instrumento AGGIR evalúa la autonomía y reagrupa a las personas en seis grupos iso-recursos<sup>1</sup> que responden de forma genérica a las siguientes características:

● **Gir 1:** Personas mayores encamadas con funciones mentales graves y que necesitan presencia continua para la realización de las actividades de la vida diaria. En este grupo se incluyen también las personas que necesitan cuidados al final de la vida.

● **Gir 2:** Se reagrupan en dos categorías:

- Personas encamadas o con graves problemas de movilidad sin total deterioro cognitivo y que necesitan ayuda para la mayor parte de las AVDs.
- Personas con grave deterioro cognitivo, que conservan su movilidad.

● **Gir 3:** Personas mayores que conservan parcialmente su movilidad, sin deterioro cognitivo, pero que necesitan diariamente y durante varias veces ayuda para mantener su autonomía corporal (mayoritariamente incontinentes).

● **Gir 4:** Dos categorías:

- Personas que tienen importantes problemas de transferencia pero que, una vez que se han levantado, pueden desplazarse en el interior de la vivienda. Suelen necesitar ayuda para la higiene corporal y el vestido.
- Personas que, aún no teniendo problemas locomotores, necesitan ayuda para las actividades corporales y para la comida.

● **Gir 5:** Personas que se desplazan solos en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solos. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.

● **Gir 6:** Personas que no han perdido su autonomía para las actividades de la vida diaria.

La cuatro primeras categorías generan derecho al APA. Las categorías 5 y 6 pueden beneficiarse de servicios de Ayuda a Domicilio, bien por su régimen de jubilación o por la ayuda social departamental.

La valoración del funcionamiento y de la eficacia de este sistema de evaluación está encomendada a un Comité Científico compuesto por quince miembros nombrados por tres años con funciones evaluadoras y armonizadoras. Está encargado de elaborar una

memoria anual sobre la utilización de este sistema. Las conclusiones de este comité científico son presentadas ante el Parlamento.

## Tramitación e instrucción del APA

Existe un proceso de demanda e instrucción para solicitar el APA en el que se establecen plazos y todo tipo de garantías para el solicitante, durante este

<sup>1</sup> Un grupo Iso-Recursos comprende a las personas que necesitan una misma movilización de recursos para hacer frente a su dependencia.

proceso de instrucción que comprende dos fases que se gestionan paralelamente.

- **La fase de evaluación de la pérdida de autonomía** que se realiza esencialmente sobre la base de la rejilla Aggir. Las modalidades concretas de este procedimiento difieren en función del lugar de residencia del demandante.
  - En el caso de la evaluación en domicilio, está establecida la obligación de que el equipo médico social realice una visita de evaluación en un plazo inferior a un mes desde que se formula la solicitud. Además de la aplicación del sistema Aggir se evalúan diversos elementos relacionados con el entorno familiar, social y material que permiten la elaboración de un plan integral de intervención.
  - Cuando el solicitante reside en una institución la evaluación corre a cargo del médico coordinador de la misma.
- **La fase de instrucción administrativa.** Para las prestaciones domiciliarias se pueden presentar dos modalidades:
  - Si el solicitante está incluido en los niveles 1 a 4 del Aggir, el equipo médico social le propone un plan de ayuda que debe ser aprobado por él o su representante legal.
  - Si el solicitante está incluido en los niveles 5 y 6, su nivel de dependencia no justifica la elaboración de un plan de ayuda. En consecuencia, se le suele derivar hacia su mutualidad para evaluar la posibilidad de que perciba otras ayudas, generalmente el servicio de ayuda a domicilio.

La decisión de concesión del APA es tomada por el presidente del Consejo General a propuesta de una comisión compuesta por siete miembros en los que están representados los ámbitos locales, sanitarios, sociales y proveedores de servicios.

## La aplicación del APA en el domicilio

El plan de ayuda constituye la esencia de esta prestación. Diseñado por un equipo médico-social, intenta dar respuesta a las necesidades de cualquier naturaleza que el solicitante tiene para seguir manteniéndose en su domicilio. En definitiva, intenta financiar los gastos que genera su situación de dependencia.

- En cuanto a las intervenciones en el domicilio éstas pueden ser: horas de SAD o de acompañamiento diurno o nocturno, gastos de estancia temporal en residencia, servicio de comidas a domicilio, teleasistencia, trabajos de adaptación de la vivienda, lavandería transporte y pequeñas reparaciones.
- Las ayudas técnicas pueden consistir en: silla de ruedas, bastones o muletas, andador, cama articulada, grúas, empapadores o pañales (en la parte no cubierta por el seguro no sanitario).

El plan de ayuda se procura coordinar al máximo con el médico de atención primaria del solicitante.

A los efectos de la concesión de esta prestación se considera también el domicilio de la familia que acoge de forma remunerada a una persona dependiente, y las mini residencias u otros alojamientos con capacidad inferior a 25 plazas (en este caso el plan de ayuda está supeditado a otra reglamentación).

## Cuantía de las prestaciones

En el año 2002 las cuantías de los planes de ayuda eran las siguientes:

- Gir 1: A = 1.066,00 €
- Gir 2: A = 916,52 €
- Gir 3: A = 685,89 €
- Gir 4: A = 457,26 €

La revalorización de estas cantidades no puede ser en ningún caso inferior al índice anual de precios al consumo. Los beneficiarios participan a través de un ticket moderador cuya cuantía se establece en función de sus ingresos. Para unos ingresos mensuales inferiores a 1.000 no hay participación financiera del beneficiario. Los datos más recientes sobre contribución económica de los usuarios, indican que el 35% de ellos acceden gratuitamente a todos los servicios y el 25% tiene una participación menor del 10%.

En cuanto a la prestación del servicio, existen varias posibilidades: el beneficiario puede recurrir a entidades especializadas que le ofrecen servicios en función de su situación y de la oferta disponible. También puede recurrir a un servicio propuesto por su centro de servicios sociales, una asociación acreditada por el

Estado o una empresa de trabajadores familiares. Asimismo puede contratar a un trabajador familiar, convirtiéndose así en empleador, siempre que reúna los requisitos de legalidad laboral establecidos en Francia.

## La aplicación del APA en las residencias

Las modalidades de cálculo del APA en residencias son sumamente complejas. Están asociadas directamente a la reforma de la tarificación de alojamientos para personas mayores dependientes (EHPAD), aprobada en mayo de 2001. Se ha generado un intenso debate en el sector de los proveedores de servicios. En ella se diversifican las tarifas residenciales en tres conceptos:

- Tarifa de alojamiento, sufragada por el/la residente. En el caso de que no disponga de recursos

económicos suficientes, es asumida por los servicios sociales departamentales.

- Tarifa de cuidados sanitarios, financiada por el seguro médico.
- Tarifa dependencia, actualmente sufragada por la persona mayor dependiente, mediante la percepción de su correspondiente subsidio personalizado de autonomía (APA). Previa autorización del beneficiario, el APA puede ser percibido directamente por el centro.

El cálculo del APA se realiza en base a la combinación de tres elementos:

- El GIR (grupo de iso-recursos) del beneficiario, es decir su nivel de dependencia.
- Las tarifas de dependencia de la residencia establecidas para los diferentes GIR.
- Los recursos del beneficiario, que determinarán su nivel de participación conforme a lo establecido en la Tabla n.º 3.

**Tabla 3. CÁLCULO DE LA APORTACIÓN MENSUAL**

Ingresos del beneficiario	Cálculo de la aportación mensual
1.º Ingresos inferiores a 1.981 € aprox. (menos de 329.611 ptas. a 1/10/01)	Aportación fija, correspondiente a la cantidad mensual de la tasa de dependencia de la residencia para los GIR 5 y 6.
2.º Ingresos entre 1.981 € y 3.049 € (entre 329.611 ptas. y 507.311 ptas. a 1/1/01)	Aportación equivalente al importe de la tarifa de dependencia para los GIR 5 y 6, a lo que se añade, según el nivel de ingresos, del 20 al 80 por ciento de la tarifa de dependencia de la residencia para el GIR del beneficiario.
3.º Ingresos superiores a 3.049 € (más de 507.311 ptas. a 1/1/01)	Aportación fija, equivalente al importe de la tarifa de dependencia de los GIR 5 y 6, más el 80% de la tarifa de dependencia de la residencia para el GIR del beneficiario.

Fuente: *Guide pratique. L'APA. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2001.*

Por último, es necesario destacar que el APA sustituye a otras legislaciones anteriores, como es el caso de la «Prestación específica de dependencia (PSD)» y la «Prestación experimental de dependencia (PED)». También puede sustituir al subsidio compensador para tercera persona (ACTP). El proceso de sustitución se está realizando de manera gradual, respetando la capacidad de elección de sus perceptores y garantizándoles las ventajas que pudieran haber adquirido a través de un subsidio diferencial.

## Seguimiento del APA.

Cada departamento tiene la facultad de organizar su sistema de control periódico para evaluar la eficacia de las ayudas. Los beneficiarios del APA tienen la obligación de declarar los servicios o personal que desempeña tareas otorgadas por el APA. Asimismo está prohibido que el perceptor del subsidio establezca una relación laboral con personas pertenecientes al Pacto Civil de Solidaridad (PACS), que realiza tareas con carácter voluntario.

## **La coordinación en la aplicación del APA: los CLIC**

La puesta en marcha de este sistema de protección a la dependencia, exige un esfuerzo de coordinación importante entre los diferentes actores de la misma: instituciones locales y departamentales, prestadores de servicios, servicios sociales y sistema sanitario.

El dispositivo de coordinación de la acción gerontológica diseñado para el APA es el **Centro Local de Información y Coordinación (CLIC)**.

Bajo esta denominación se han creado dispositivos de acogida, consejo, orientación y abordaje de situaciones complejas que se presentan entre las personas mayores. Estas estructuras se sitúan en una triple lógica de proximidad, accesibilidad y trabajo en red entre los profesionales de la salud, de los servicios domiciliarios y los responsables locales. Es uno de los dispositivos de ámbito territorial contemplados por el APA, entendidos como instrumentos de información al público y de coordinación gerontológica.

### **Objetivos de los CLIC**

Estos dispositivos pretenden organizar la coordinación gerontológica de manera accesible y estable en todo el país, con carácter ejecutivo, para tratar las situaciones complejas y urgentes. Constituyen uno de los pilares prioritarios para conseguir el mantenimiento en el domicilio de las personas mayores. Se desarrollan en tres niveles:

- **Nivel 1:** Les corresponden las tareas de acogida, escucha e información y apoyo a las familias. Supone la puerta de entrada en el dispositivo CLIC.
- **Nivel 2:** Asume, además, tareas de evaluación de necesidades y la elaboración de un plan de ayuda personalizado. Puede realizar propuestas de un amplio abanico de servicios.
- **Nivel 3:** Es una continuación del nivel 2, asumiendo el seguimiento y la evaluación de las situaciones más complejas y articulando la atención médico social y la coordinación de los profesionales de la salud y de los servicios sociales. Puede tomar decisiones sobre los servicios de enfermería a domicilio, ayuda a domicilio, centro de día, reparto de comidas, transportes, ayudas técnicas etc. Como se puede observar, en este nivel se ofrece una gama completa de servicios, incluyendo también convenios con instituciones sanitarias y socio-sanitarias.

El territorio de intervención de los CLIC es infradepartamental. Suele atender a un sector de población entre siete y diez mil personas mayores de sesenta años, en el medio rural, y quince mil en el medio urbano.

En diciembre de 2003 existían 404 CLIC instalados en 93 departamentos. Estos dispositivos pueden estar promovidos y gestionados por diferentes actores: municipios, hospitales, asociaciones, Consejo General etc. Su financiación depende de los Presupuestos Generales del Estado.

## 5. El plan de envejecimiento y solidaridad

Las consecuencias de la ola de calor del pasado verano, que provocó la muerte de más de 15.000 ancianos, ha generado una auténtica conmoción en la ciudadanía, poniendo en evidencia las carencias de su sistema de protección a las personas más frágiles. La lucha contra la exclusión, y la solidaridad con las personas dependientes, se han convertido en una prioridad gubernamental.

En noviembre de 2003, se presentó el Plan Envejecimiento y Solidaridad, cuyas grandes líneas son las siguientes:

- Creación de un dispositivo de «alerta» y vigilancia de las personas mayores y discapacitadas ante situaciones de riesgo excepcional.
- Instauración de una «jornada de solidaridad» que asegure la financiación del APA. En principio, esta jornada, se fija en el lunes de Pentecostés.
- Creación de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía, organismo nacional que asocia al Estado, los representantes locales, los interlocutores sociales y las asociaciones. Los fondos de esta Caja están constituidos por:
  - Una contribución de un 0,3 % descontada a empresarios públicos y privados en contrapartida por la supresión de un día festivo.
  - Una contribución de un 0,3 % procedente de las rentas del patrimonio y de las inversiones.
  - El producto del 0,1 % de la contribución actual a la financiación del APA.
  - Una parte de la financiación que actualmente sufragaban los seguros obligatorios de enfermedad en gastos de acción social, ayuda domiciliaria y residencias.

Éstas y otras disposiciones han sido reflejadas en un proyecto de Ley, debatido en las últimas semanas en el Parlamento, que será aprobado en el mes de mayo.

La reforma propuesta por el Gobierno francés aborda además otras cuestiones:

- Priorización de la permanencia en el domicilio de las personas mayores a través de medidas como:
  - Creación de 4.000 plazas de alojamientos temporales. (1.800 cada año).
  - Creación de 17.000 puestos de enfermería a domicilio (4.200 cada año).
  - Creación de 8.000 plazas de centro de día para enfermos de Alzheimer.
  - Creación de una prestación de «ayuda a la vuelta al domicilio» posterior a la hospitalización.
  - Profesionalización del sector a través de planes especiales de formación.
  - Reconocimiento profesional de los cuidadores a través de la validación de los conocimientos adquiridos por la experiencia.
  - Reforzamiento de las acciones emprendidas para prevenir los malos tratos y mejorar la calidad de la atención profesional.
- Desarrollo de un Plan de medicalización de las residencias que dé respuesta a las actuales necesidades de las personas dependientes.
  - Creación de 10.000 nuevas plazas en residencia hasta 2007.
  - Contratación de 15.000 cuidadores sociosanitarios en las residencias.
  - Creación de servicios de geriatría que reúnan todos los dispositivos necesarios para ofertar una atención geriátrica de calidad.
  - Creación de pequeñas unidades de vida como alternativa de calidad a los cuidados residenciales.
  - Reforzamiento de los programas de inspección en residencias.
  - Valoración de las buenas prácticas a través de un Consejo Nacional de Evaluación Social.

Todo este Plan, irá acompañado de un decidido proceso de descentralización , delegando competencias a los ámbitos locales, así como una simplificación en el modelo de tarificación de los centros, muy complejo actualmente.

La evaluación del gasto a realizar en el periodo 2004-2007 para poner en marcha estas medidas, asciende a 9.000 millones de euros.

## 6. Bibliografía recomendada

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2001), *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Guide Pratique*. Secrétariat d'État aux Personnes Âgées. Francia.
- CLAUDE JEANDEL y MARC BONNEL (2004). *Livre Blanc de la Gériatrie Française*. Collège Professionnel des Gériatres Français. París.
- ASSEMBLÉE NATIONALE (2004). *Projet de Loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 janvier 2004.
- HUBERT FALCO (2003). *Pour une politique de la longévité et de solidarité entre les générations*. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Secrétariat d'État aux Personnes âgées. Francia.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (2002). *Circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Francia.
- DREES (2003). *Handicaps, incapacités, dépendance*. N° 1-2 enero-junio de 2003. Revue Française des Affaires sociales. Francia.
- (2003). Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. N° 1 enero-marzo. Dossiers solidarité et santé.
- ROSELYNE KERJOSSE (2004). *L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003*. N° 298, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- EMMANUELLE CAMBOIS y JEAN MARIE ROBINE (2004). *Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social*. N° 295, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- CORINNE METTE (2004). *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide*. N° 293, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- (2002). *Les opinions des Français sur la dépendance des personnes âgées de 2000 à 2002*. N° 274, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- ROSELYNE KERJOSSE y AMANDINE WEBER (2003). *Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile*. N° 262, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES) y Université LILLE I.
- EMMANUELLE CAMBOIS y JEAN-MARIE ROBINE (INSERM) (2003). *Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels*. N° 261, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- MARC COHEN-SOLAL y MICHÈLE LELIÈVRE (2003). Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens. N° 213, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- HÉLÈNE MICHAUDON (2002). *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*. N° 204, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- BLANCHE LE BIHAN (Lapss-ENSP) (2004). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-type*. N° 176, Études et Resultats. Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques (DREES).

## ENLACES DE INTERÉS:

Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité  
<http://www.social.gouv.fr>

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
<http://www.sante.gouv.fr/>

Site de la Sécurité Sociale  
<http://www.ameli.fr>

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse  
<http://www.cnnav.fr>  
Àllo Maltraitance des personnes âgées  
<http://www.almafrance.org>

Institut National d'Études Démographiques  
<http://www.ined.fr>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
<http://www.insee.fr>

Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées  
<http://hcsp.ensp.fr/adsp/AdSP-21/a21so191.htm>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
<http://www.inserm.fr>

Observatoire National De l'Action Sociale Décentralisée (ODAS)  
<http://www.odas.net>

Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)  
<http://hcsp.ensp.fr/adsp/AdSP-20/A20tx181.htm>

European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)  
<http://www.eugms.org>

France Parkinson  
<http://wd014.lerelaisinternet.com/sites/franceparkinson>

Association France Alzheimer  
<http://www.francealzheimer.org>

Union Nationale des Associations de Soins et Services à Domicile  
<http://www.unassad.net>

## **PUBLICACIONES COLECCIÓN OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES**

1. Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997
2. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Iniciativa. Recomendaciones del Consejo de Europa
3. Año Internacional de las Personas Mayores 1999. Memoria
4. Las personas mayores y las Residencias. Tomo I y II
5. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en Residencias.
6. La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo
7. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia
8. Envejecer en España.
9. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.
10. Percepciones sociales sobre las personas mayores.
11. Las personas mayores en España. Informe 2002.
12. La madurez de masas.

## **Observatorio de Personas Mayores**

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación  
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58  
28029 MADRID

Tlfno: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: [opm.imserso@mtas.es](mailto:opm.imserso@mtas.es)

**VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>**