

Resumen

Este artículo trata de la oferta y la financiación de los cuidados de larga duración en Francia para personas dependientes mayores de 60 años. Desde principios del siglo XXI, se han hecho progresos importantes tanto en el diseño institucional de la protección social de la dependencia como en el desarrollo de planes de actuación y de prestaciones concretas, pero el sistema adolece de problemas de eficacia y coordinación. Con todo, la principal preocupación reside en el previsible aumento del gasto dedicado a cubrir esta contingencia como consecuencia del envejecimiento de la población. Aun cuando la compensación personalizada para la autonomía se contempla como un derecho universal, en el actual contexto de disciplina fiscal parece probable que se mantenga el protagonismo de la familia en este ámbito de protección social y que el mercado de seguros privados de dependencia se desarrolle.

Palabras clave: envejecimiento de la población, cuidados de larga duración, riesgo de dependencia, instituciones de protección social.

Abstract

This article deals with the supply and financing of long-term care in France for people aged 60 and more. Since the beginning of the 21st century substantial progress has been made in the institutional design of dependency coverage as well as in the development of specific programmes and benefits, but problems of efficacy and coordination are evident. However, the main concern lies in the foreseeable rise of expenditure devoted to the coverage of dependency as a consequence of population ageing. Although the personalized compensation for autonomy is considered as a universal right, in the context of economic crisis and the need of fiscal discipline the maintenance of the family's main role in long-term care and the development of the private dependency insurance market seem likely.

Key words: population ageing, long-term care, dependency risk, institutions of social protection.

JEL classification: I 1, I 12.

LA DEPENDENCIA (EL QUINTO RIESGO) Y LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN FRANCIA (*)

Sandrine DUFOUR-KIPPELEN

Marie-Eve JOËL

LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine

I. INTRODUCCIÓN

DESDE hace algunos años, la cuestión de la pérdida de autonomía de las personas mayores despierta el interés de los responsables políticos en Francia. La dependencia o la pérdida de autonomía pone de relieve la necesidad de recurrir a terceras personas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, o ABVD (1). El nuevo concepto «quinto riesgo» hace referencia a la contingencia de la dependencia y a la necesidad de cubrirla socialmente (junto a las contingencias relacionadas con la enfermedad, la familia, los accidentes profesionales y la jubilación). Por lo demás, los debates sobre la definición de discapacidad y dependencia están de actualidad en Francia, a causa de la separación establecida entre el dispositivo de asistencia a personas mayores dependientes y el dispositivo de cuidados a personas con discapacidad. Asimismo, «la barrera de los 60 años» (2), umbral de edad que define a los «mayores», según los instrumentos normativos y estadísticos franceses, se halla muy presente en el debate público (CNSA, 2004).

En Francia existen actualmente entre 628.000 y 850.000 casos de dependencia grave. El gasto público se ha estimado en 2007 entre 19.000 y 21.000 millones (Sénat, 2008), lo cual representa aproximadamente el 1 por 100 del PIB. Con vistas a 2040, la población depen-

diente aumentará entre un 32 y un 79 por 100, según los casos, a causa del envejecimiento de la población (Duée y Rebillard, 2006), lo que pone de relieve la importancia de la demanda de cuidados de larga duración.

Los «cuidados de larga duración» hacen referencia, en el caso de Francia, a la gama de servicios a personas mayores que sufren una disminución de su capacidad funcional, física o cognitiva y que dependen de una ayuda permanente de terceras personas para llevar a cabo las ABVD. No incluyen los cuidados proporcionados al conjunto de personas que sufren enfermedades crónicas. Si bien ya se definen como un campo de estudio, es difícil encontrar una definición satisfactoria para los cuidados de larga duración. En la frontera entre los sectores sanitario y social, en una encrucijada de distintos niveles de responsabilidad, son el punto de encuentro de actividades de contornos imprecisos y complejos, que pertenecen tanto a la esfera privada como a la esfera pública, a la atención sanitaria y a la social, a la ayuda profesional y a la no profesional, a los servicios dispensados a domicilio y a los institucionales. En definitiva, los cuidados de larga duración se inscriben en el campo sociosanitario e incluyen una atención sanitaria plasmada en cuidados de enfermería, y una atención social consistente en ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Se han hecho progresos innegables en lo que se refiere a las personas mayores, con la creación de la ayuda personalizada de autonomía —APA (3)— en 2002 y la creación de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA, Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía) en 2004. El Plan de Solidaridad para Personas de Edad Muy Avanzada (2007-2012) y el último Plan Alzheimer (2008-2012) han producido una mejora importante de la atención a las personas mayores. No obstante, persisten algunas dificultades para atender al conjunto de las necesidades de las personas mayores dependientes. El debate actual sobre la creación de un «riesgo de dependencia» (el quinto riesgo) en el sistema de protección social coloca en el centro de la actualidad política la cuestión de la financiación de los cuidados y las ayudas que necesitan las personas dependientes.

En la primera parte de este artículo presentaremos la diversidad de la oferta de cuidados de larga duración dispensados a domicilio y en instituciones, a cargo de profesionales o de allegados. A continuación, se abordarán las cuestiones relacionadas con la financiación de la atención a las personas en situación de dependencia, mientras que los temas objeto de mayor debate se expondrán en la última parte.

II. LA OFERTA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1. Los distintos tipos de cuidados

La oferta de cuidados y servicios es diferente en función de la forma en que se atiende (a domicilio o en institución) a las personas mayores, y en función del tipo de personas que intervengan (profesionales o no profesionales). En general, el nivel

de dependencia (estado de salud física y psíquica) junto con la red de relaciones (ayuda no profesional) de la persona mayor determinan los tipos de ayuda necesarios, su combinación y la posibilidad de sustituirlos por otros.

Los factores de intercambiabilidad entre ayuda profesional y no profesional que suelen tenerse en cuenta son de naturaleza económica, relacionados con el estado de salud física y psíquica de la persona dependiente y con la disponibilidad de la ayuda (configuración familiar, actividad profesional de los cuidadores, otras cargas de los cuidadores, etc.). Según la OCDE (2008), los dos modelos de atención, a domicilio y en un centro, son más complementarios que intercambiables. Teniendo en cuenta que la pérdida de autonomía afecta globalmente a cerca de nueve cada diez personas que viven en residencias para personas mayores, la institucionalización aparece como la solución de último recurso.

1.1. La ayuda no profesional

La solidaridad familiar es la parte esencial de la ayuda aportada a las personas dependientes: se considera tres veces más importante que la ayuda de los profesionales (Davin *et al.*, 2008). Cerca de doce millones de personas mayores de 60 años en la Francia metropolitana viven en su domicilio. El 34 por 100 de ellas cuenta 75 años o más. Más de la cuarta parte de estas personas mayores de 60 años, es decir, 3,2 millones, reciben ayuda a causa de una discapacidad o de un problema de salud (Dutheil, 2001).

Esos más de tres millones de personas mayores asistidas (de las que un 57 por 100 son mujeres) están a cargo, como media, de casi dos personas, que pueden ser

miembros de su entorno (ayuda no profesional) o profesionales. Entre esos casi seis millones de cuidadores, los no profesionales son mayoritarios y representan cerca del 60 por 100 de los cuidadores (es decir, aproximadamente 3.700.000 personas). Para alrededor de la mitad de personas mayores, la ayuda procede únicamente de su entorno. En cerca del 29 por 100 de los casos, la ayuda no profesional está complementada con una ayuda profesional, mientras que el 21 por 100 cuenta exclusivamente con ayuda profesional.

Los cuidadores no profesionales suelen ser miembros de la familia (nueve de cada diez). No obstante, también pueden participar amigos o vecinos (un 9 por 100 de los cuidadores), sobre todo con personas que viven solas en su domicilio. Entre estos cuidadores no profesionales, dos terceras partes son mujeres. La mitad de los cuidadores principales son cónyuges, y un tercio son hijos.

El papel de «cuidador principal» lo asume una mujer en seis de cada diez casos cuando es el cónyuge el que realiza este papel, y en siete de cada diez cuando se trata de un hijo. En cambio, cuando la persona asistida es una mujer, sólo en un tercio de los casos el cuidador principal es un cónyuge, y cerca de la mitad es un hijo.

Cuando el cuidador principal es el cónyuge, su edad media es de 70 años, y cuando se trata de un hijo, su edad media es de 51 años. Por otra parte, cuando el cuidador es el cónyuge, las actividades realizadas suelen ser cuidados personales y tareas domésticas, mientras que cuando se trata de un hijo, cobran más importancia las tareas administrativas (defensa de los derechos, gestión del presupuesto...). La naturaleza de la ayuda suele variar

también en función del sexo, pues las mujeres asumen preferiblemente las tareas domésticas.

El nivel de dependencia de las personas asistidas incide lógicamente de manera importante en la carga de los cuidadores. Cerca del 42 por 100 de los cuidadores de las personas mayores más dependientes declaran que su actividad de asistencia tiene consecuencias exclusivamente negativas, particularmente de orden psíquico (tres cuartas partes así lo declaran), pero también físicas (según afirma algo menos del 50 por 100) (Dutheil, 2001).

1.2. *La ayuda profesional a domicilio*

En Francia, el sector de los cuidados de larga duración dispensados a domicilio afecta a más de la cuarta parte de las personas de 60 años o más; es decir, a 3,3 millones de personas. Actualmente, la oferta de servicios es variada y dispersa.

Los cuidados a domicilio abarcan dos grandes tipos de servicios: los servicios de enfermería a domicilio (SEAD), que corresponden al sector sanitario, y los servicios de ayuda y acompañamiento a domicilio (SAAD). A finales de 2008 se hallaban registrados 2.095 SEAD, que atendían a más de 94.000 personas de 60 años o más. Esta cifra representa una tasa de equipamiento media de 20 plazas por cada 1.000 personas de 75 años o más (Bertrand, 2010). Por otra parte, a 31 de diciembre de 2006 existían unos 6.251 SAAD homologados y 68.000 enfermeros privados. Los SAAD pueden funcionar en diferentes regímenes: pueden pertenecer al sector público, al sector asociativo o al sector privado con fines de lucro. La oferta de

servicios es principalmente asociativa (un 80 por 100).

La distinción entre atención sanitaria a domicilio (*home nursing care*) y los servicios de ayuda a domicilio (*home care*) descansa en el nivel de atención con respecto al grado de dependencia. Más exactamente, la atención sanitaria a domicilio, al contrario de lo que ocurre con los servicios de ayuda a domicilio, sólo es accesible previa prescripción médica. No obstante, la frontera entre actos que corresponden a personal sanitario y los que pueden ser efectuados por un cuidador a domicilio no siempre es fácil de definir para los actos de la vida cotidiana que pueden tener componentes de ayuda y de atención sanitaria. El resultado es un reparto de tareas, en cierta medida, impreciso.

La diferencia entre las dos modalidades de intervención es perceptible, sobre todo, con respecto al contexto particular en el que se encuentra la persona dependiente. Por una parte, el recurso a los SEAD se caracteriza básicamente por la urgencia de la situación (los SEAD intervienen, sobre todo, con personas mayores dependientes para diferir una hospitalización o para facilitar la vuelta a casa tras una estancia en el hospital) o por el grado de dependencia de la persona mayor (4) que precisa la competencia técnica de personal de enfermería.

Por otra parte, la intervención de los SAAD tiende más a inscribirse en un proyecto de vida (modalidades de atención, vida social), es decir, en un ciclo de ayuda más largo y regular. Por ejemplo, los SAAD incluyen gran número de prestaciones. Los agentes implicados (auxiliares, cuidadores y otros) desarrollan su acción alrededor de dos ejes esenciales, en función del grado de dependencia de la per-

sona mayor: ayuda en las tareas domésticas (limpieza, compra, cuidado de la ropa), definida como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y ayuda a la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD). A estos servicios se suma eventualmente una oferta complementaria que contribuye al mantenimiento del vínculo social y a la seguridad de las personas mayores dependientes, con servicios como comida a domicilio (organizados en la mayor parte de los municipios), acompañamiento para desplazamientos al exterior, sistemas de teleasistencia, etcétera.

Aunque en teoría las ofertas de atención sanitaria y de servicios ocupan esferas de intervención diferentes, en la práctica el personal sanitario se hace cargo de algunos actos que pudieran ser realizados por un servicio de ayuda a domicilio; a la inversa, por falta de coordinación o falta de plazas de SEAD, los servicios de ayuda a domicilio pueden verse en la tesitura de hacerse cargo de un acto que requeriría competencias sanitarias. Los problemas que plantea el reparto de competencias son múltiples (Cour des Comptes, 2005). Son, desde luego, financieros: las prestaciones son abonadas por el seguro de enfermedad para la atención sanitaria y por el departamento que se ocupa de la pérdida de autonomía, a través de la ayuda personalizada de autonomía (APA). También son cualitativos: la cualificación debería estar más adaptada al acto efectuado. Y también son jurídicos: se plantea el problema de la responsabilidad penal de la persona que presta los servicios traspasando el marco de sus funciones.

La cuestión de la calidad constituye actualmente una de las prioridades en el sector de los servicios a las personas en situación de dependencia. A causa de la opor-

tunidad que representan estos servicios en términos de empleo, la masificación de la oferta a menudo ha ido en detrimento de la calidad. La oferta de servicios a domicilio se ha diversificado mucho desde hace aproximadamente diez años, en particular en el marco de la política de desarrollo del empleo en servicios de proximidad (Fermon y Firbank, 2001). El resultado ha sido una oferta múltiple de modalidades de intervención entre las que puede elegir la persona mayor dependiente. Así, puede contratar directamente a una (o más) personas para organizarse a domicilio (modalidad de contratación directa). En este caso, es un cliente directo y, como tal, debe cumplir todas las funciones que le corresponden (respeto de la normativa laboral, obligaciones fiscales, etc.). La persona mayor, sin perder la condición de empleador, puede dirigirse también a un servicio delegado, que se hace cargo de las funciones de contratación y gestión administrativa relacionadas con la contratación de una persona a domicilio (modalidad delegada). Finalmente, también puede recurrir a los servicios de un proveedor de servicios (modalidad proveedor) que contrata al cuidador a domicilio que interviene ante un particular.

Además, las normas de calidad son poco coherentes: mientras que los SAAD, sometidos a autorización o a homologación de calidad, deben respetar una serie de obligaciones relativas a la cualificación de su personal, los trabajadores que intervienen en virtud de un contrato privado directo se encuentran exentos de semejante exigencia. En este momento, la reflexión sobre la promoción de la calidad se orienta principalmente hacia los concursos de proyectos y la firma de convenios con los proveedores de servicios (a través de mecanismos de homologación).

1.3. *La ayuda profesional en el marco de una institución*

a) Capacidad de asistencia

Las 10.300 residencias para personas mayores (RPM) que hay en Francia ofrecen 684.000 plazas (es decir, una media de 66 plazas por centro) y acogen a 657.000 personas de 60 años o más. Estos centros, sometidos a una estricta normativa (5) desde 1975, incluyen todos los centros sociosanitarios o sanitarios —hogares, residencias, unidades de cuidados de larga duración (6)— que acogen a las personas mayores de forma permanente o temporal (Prévot, 2009). No obstante, la tasa de institucionalización es bastante baja: del orden del 3,5 por 100 para las personas de 75 a 79 años, y del 15 por 100 para las personas de más de 80 años.

Desde 1997, las residencias para personas mayores pueden obtener el estatuto de residencia para personas mayores dependientes (RPM-D). El estatuto jurídico de las RPM-D se obtiene tras la firma de un convenio entre tres actores: el Consejo General de Departamento, el Estado y el centro en cuestión. Este convenio define las condiciones de funcionamiento del centro, tanto en el plano financiero como en el de la calidad y la atención a las personas. Progresivamente, todos los centros que atienden a personas mayores dependientes tienen vocación de convertirse en RPM-D. Las RPM-D representan actualmente un 67 por 100 (6.850) de todas las residencias, con 515.000 plazas, 75 por 100 del total (Prévot, 2009).

No obstante, la tasa de equipamiento global tiende a disminuir: las 127 plazas por cada 1.000 personas de más de 75 años que hay en la actualidad eran 166 por cada 1.000 a finales de 1996, y de 140 en 2003.

Entre el comienzo de 2004 y el de 2008, la población de 75 años o más ha aumentado mucho más rápidamente (+14 por 100) que el número de plazas en instituciones (+1,4 por 100) (Prévot, 2009). Esta evolución debe relacionarse con el retroceso de la edad de comienzo de la dependencia y con el desarrollo de la atención a domicilio. En cualquier caso, se plantea el problema de la adecuación de la oferta a la demanda. Actualmente, no existe ningún estudio sobre listas de espera en centros para personas mayores. La realidad de la insuficiencia de la oferta con respecto a la demanda es difícil de evaluar a falta de datos fiables: la tasa global de ocupación es alta (97 por 100), pero no es suficiente para demostrar la existencia de listas de espera y enmascara las disparidades en función de la titularidad de los centros (públicos o privados, sobre todo) y en función del territorio (Sénat, 2008).

Efectivamente, el análisis cuantitativo de la oferta de cuidados de larga duración en instituciones se evalúa con respecto a la disponibilidad de plazas, pero también con respecto a la accesibilidad geográfica. La distribución de las residencias sólo corresponde en parte a la distribución geográfica de las personas mayores. Esta población se concentra principalmente en el medio rural (con excepción de París) y en el sur de Francia. Pueden avanzarse varias razones. La primera está vinculada a la heterogeneidad de las políticas locales. La segunda podría residir en la solidaridad familiar; su mayor importancia en el sur de Francia puede redundar en una sustitución de la oferta formal de atención. Finalmente, los centros privados con fines de lucro se implantan allí donde la demanda es suficiente y solvente, siguiendo así una lógica de «estrategia comercial».

b) La evolución del mercado

Dos evoluciones principales caracterizan el mercado de la atención en instituciones: la diversificación de los servicios y la progresión del sector privado con fines de lucro.

Por una parte, la diversificación de los servicios se ilustra a través del desarrollo de nuevas estructuras: secciones especializadas y muy medicalizadas, servicios de atención temporal, individualización de la atención y creación de unidades especializadas de pequeño tamaño, como las unidades Alzheimer. El desarrollo de estos nuevos servicios responde a necesidades específicas y contribuye a descompartimentar las dos formas de atención (a domicilio y en institución), facilitando el paso de una a otra en función de la evolución de las necesidades.

Por otra parte, la progresión del sector privado con fines de lucro corresponde a un movimiento que comenzó hace cerca de veinte años en Francia para aprovechar el potencial de un grupo creciente de personas mayores con un poder adquisitivo de cierta importancia. Si consideramos el sector privado en su totalidad (con o sin fines de lucro), representa actualmente un 40 por 100 del número total de centros (es decir, 4.334 centros): las estructuras del sector privado sin fines de lucro constituyen, en cuanto a capacidad de atención, aproximadamente la cuarta parte del parque instalado. La parte del sector privado con fines de lucro representa un 26 por 100 de las RPMD (algo menos en plazas operativas). Todo indica que el movimiento actual de consolidación del sector mediante la concentración de la oferta y el desarrollo relativo del sector privado comercial proseguirá, e incluso se intensificará, en Francia. Los problemas de rentabilidad y fondos propios insuficientes (así como de acceso al

crédito) para la realización de inversiones de extensión y de adaptación a unos estándares cada vez más numerosos (normas técnicas y de seguridad, normas de calidad) cuestionan la viabilidad de las pequeñas estructuras e imponen una reconfiguración del sector. Este sector evoluciona desde un mercado marcado por la dispersión de la oferta a un mercado oligopólico dominado por algunos grupos (nacionales e internacionales), entre los que empieza a perfilarse una quincena de tamaño crítico, que incluso pueden cotizar en bolsa. Cinco grupos dominan actualmente el mercado nacional: Korian, Orpéa, Dolcéa, Medica France y DomusVi (Duthil, 2007; Sénat, 2008).

2. Problemas de eficacia y de coordinación de la oferta

A pesar de que la situación de las personas mayores dependientes requiere una atención sanitaria y también social, la articulación entre el sector sanitario y el sector sociosanitario es insuficiente. La compartimentación entre los dos sectores es perjudicial para la atención a las personas mayores, que sufren rupturas en el proceso de atención a causa de la falta de coordinación entre los actores sobre el terreno, cuyas tutelas son diferentes en función del sector al que pertenecen. Las dos herramientas principales para la coordinación gerontológica, las redes gerontológicas y los centros locales de información y coordinación (CLIC) están insuficientemente desarrolladas para poder hacer frente al problema. Los dispositivos parecen tener poco efecto en lo que se refiere a la descompartimentación de los sectores social, sociosanitario y médico (Sénat, 2008).

Uno de los objetivos de las Agencias Regionales de Salud (ARS),

creadas en 2010 dentro del marco de la Ley «Hospital, Salud, Paciente, Territorio», consiste en desarrollar una visión de conjunto de la atención a las personas en situación de dependencia. De acuerdo con este planteamiento, se están estudiando diferentes fórmulas para poner en marcha lo que parece ser la clave de una atención continua a las personas mayores dependientes. Por ejemplo, el proyecto Prisma France (proyecto de investigación sobre la integración de servicios para el mantenimiento de la autonomía), elaborado a partir del modelo canadiense, está en proceso de experimentación. Se basa en el principio de mutualización de las responsabilidades en los niveles de gestión, institucional y clínico, para permitir una verdadera coordinación y la puesta en marcha de un sistema integrado de atención sanitaria y de servicios a las personas mayores que pierden su autonomía. En la práctica, se trata de agrupar las herramientas necesarias para la integración de los servicios; es decir, concertación, ventanilla única, gestores de casos, herramienta de evaluación normalizada, planes de servicios individualizados y sistema de información compartida (Prisma, 2008).

III. EL COSTE Y LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

El gasto público consagrado a la atención a personas dependientes se ha valorado para 2007 en 19.000 millones de euros, es decir, un 1 por 100 del PIB. Esta cifra alcanza los 21.000 millones si se incluyen las exenciones de cotizaciones sociales y las ayudas abonadas por la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y las cajas de subsidios familiares, aunque estas ayudas no están exclu-

sivamente destinadas a las personas mayores dependientes. No obstante, el coste macroeconómico global derivado de la dependencia debe entenderse teniendo en cuenta tanto el gasto público como el privado. Las familias gastan al menos 7.000 millones de euros al año como complemento de los recursos procedentes de la solidaridad nacional (Sénat, 2008).

1. Los flujos financieros

El sistema francés de cuidados de larga duración se caracteriza por su complejidad y su originalidad. Descansa en una arquitectura institucional inédita que tiende a una gestión descentralizada (el Departamento es la clave de la organización), poniendo en manos de una agencia nacional (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA) la coherencia y la homogeneidad del conjunto del dispositivo nacional.

El rasgo característico de este sistema es la diversidad de fuentes de financiación. Financiado en parte mediante impuestos, recuerda el modelo de Beveridge (Elbaum, 2008; Esping-Andersen, 1990): la financiación de la prestación principal de dependencia (ayuda personalizada de autonomía, APA) queda a cargo de los impuestos nacionales y locales. Sin embargo, su financiación también a través de cotizaciones sociales le dota de una dimensión bismarckiana.

En función de que se trate de una lógica sanitaria o social, las fuentes de financiación difieren. Por una parte, la financiación de la atención se hace a través de la rama del seguro de enfermedad de la Seguridad Social. El objetivo nacional de gasto para el seguro de enfermedad sociosanitario de atención a personas mayores se vo-

ta cada año desde 1996 en el Parlamento, dentro del marco del proyecto de ley de presupuestos de la Seguridad Social. Este objetivo define la tasa de crecimiento del gasto. El usuario cuenta con una cobertura directa y total para la atención en una institución y para los SEAD, ya que el seguro de enfermedad se ocupa de la financiación de todas las prestaciones relacionadas con la atención sanitaria.

Por otra parte, la financiación de las ayudas dedicadas específicamente a la pérdida de autonomía (de entre las que destaca la ayuda para la pérdida de autonomía, APA) se efectúa a través de la ayuda social gestionada a escala departamental (Lafore, 2004). Los departamentos cubren dos tercios de la financiación de la APA y el resto es completado por la CNSA. Creada por la Ley de 30 de junio de 2004, la CNSA es un establecimiento público nacional de carácter administrativo que goza de personalidad jurídica y de autonomía financiera (CNSA, 2004; Bauduret y Montalembert, 2008). Su primera función consiste en gestionar y distribuir la mayor parte de los créditos asignados a la pérdida de autonomía de las personas mayores y con discapacidad. En particular, la CNSA centraliza los recursos procedentes de la «jornada nacional de la solidaridad» (0,3 por 100 de la masa salarial de las empresas sujetas al pago de este impuesto) y de 0,1 puntos de la CSG (impuesto social generalizado, sobre los rendimientos del trabajo personal, de carácter nacional) y luego los redistribuye entre los departamentos, en función de un sistema de cálculo fijado por vía reglamentaria.

Además de estas funciones financieras, la CNSA cumple también una función de agencia. En efecto, desarrolla toda una serie de programas destinados a personas

mayores y con discapacidad: rehabilitación de centros sociosanitarios, profesionalización y promoción del personal en los centros y en los servicios a domicilio, acompañamiento y formación de los familiares cuidadores, animación de la red de MDPH (7), mejora de la eficacia de la ayuda técnica, desarrollo y financiación de la investigación.

Por otra parte, las «cajas de vejez y familia» de la Seguridad Social también aportan (gracias a las cotizaciones sociales) una parte de la financiación de los servicios de ayuda o acompañamiento (especialmente, para las tareas domésticas) destinados a personas con un nivel de dependencia menor.

En resumen, de los 19.000 millones de euros dedicados a cubrir servicios de atención a la dependencia, aproximadamente un 60 por 100 está a cargo del seguro de enfermedad, un 20 por 100 a cargo de las entidades locales, un 15 por 100 a cargo de la CNSA sobre sus recursos propios y aproximadamente un 2 por 100 a cargo del Estado a través de exenciones de impuestos. No obstante, no hay que perder de vista que el sistema francés deja un margen importante a los esfuerzos privados (los de la persona dependiente y su familia): la familia es el proveedor principal de cuidados de larga duración en lo que se refiere a la ayuda financiera (se hace cargo de la alimentación) y a la ayuda en forma de servicios.

2. La ayuda personalizada para la autonomía (APA)

La ayuda personalizada para la autonomía (APA), que entró en vigor el 1 de enero de 2002, es la prestación principal que hace solventa la demanda de cuidados de larga duración. La APA (8) presen-

ta todas las características de una prestación en especie: la atención a domicilio se lleva a cabo sobre la base de un plan de ayuda. Este plan es la combinación de tres tipos de ayuda: ayuda doméstica (limpieza, plancha, etc.), ayuda personal (higiene, ayuda para vestirse, etc.) y ayuda técnica (suministros médicos, principalmente).

La APA se ha desarrollado muy deprisa: con 605.000 beneficiarios a finales de 2002, a mediados del año 2010 recibían esta ayuda cerca del doble de personas: 1.174.000 (cuadro n.º 1). Los pagos de la APA están condicionados a unos criterios de elegibilidad: tener al menos 60 años y justificar una pérdida de autonomía evaluada mediante el baremo AGGIR (véase anexo). Sólo las personas clasificadas en las categorías GIR 1 a 4 pueden solicitar la ayuda personalizada para la autonomía.

Finalmente, la concesión de la APA no depende de los recursos, sino de la renta de los beneficiarios (Debout y Lo, 2009; DREES, 2010). La ayuda social también incluye la ayuda social para vivienda, que se hace cargo de los gastos de alojamiento de personas de más de 65 años que se encuentran en centros homologados para atender a los beneficiarios de la ayuda social.

A estas ayudas hay que sumar otra financiación social que no se dirige sólo a las personas mayores dependientes, y está a disposición de cualquiera bajo determinadas condiciones. Se trata de las ayudas facultativas de los organismos de la Seguridad Social para la ayuda a domicilio a las personas (por ejemplo, la prestación denominada «ayuda doméstica a domicilio»). También habría que incluir aquí las ayudas personales para la vivienda abonadas por las cajas de subsidios familiares, básicamente la adjudicación de viviendas de tipo social y una ayuda personalizada para vivienda. De acuerdo con los datos de la Caja Nacional de Asignaciones Familiares (CNAF), el importe total de las ayudas para la vivienda concedidas a las personas de más de 60 años alojadas en una institución era, a 31 de diciembre de 2007, de 568 millones de euros.

3. Una parte importante a cargo de las familias

Si bien la financiación de la dependencia está muy socializada, una parte importante queda a cargo de las familias. En los centros, la tarificación descansa en tres secciones tarifarias que corresponden cada una a una categoría precisa de

prestaciones: cuidados, dependencia, vivienda. El seguro de enfermedad sólo se hace cargo directa e íntegramente de una cantidad para cuidados. La vivienda (9) y una parte importante de la cantidad destinada a dependencia están a cargo de las familias. Como ya se ha indicado, los gastos de esta partida se han estimado en más de 7.000 millones de euros en el año 2007; es decir, un gasto de aproximadamente 1.000 euros mensuales por cada persona que se encuentra en un centro, incluyendo todos los niveles de dependencia.

El coste de la atención a domicilio oscila entre 300 y 5.300 euros al mes en caso de dependencia física y psíquica máxima (Ennuyer, 2006), con una media de aproximadamente 1.500 euros (Loones, 2005). Si se relaciona este coste medio con el importe medio de la APA abonado por los consejos generales de los departamentos, que asciende a unos 400 euros, se concluye que la atención de tipo público sólo representa el 30 por 100 del coste medio total de la atención (Ennuyer, 2006). Otras estimaciones valoran la financiación pública en un 50 por 100 del coste medio (Cour des Comptes, 2005).

El resto, a cargo de las familias, tiene distintos orígenes. Por una

CUADRO N.º 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA APA EN IMPORTES MEDIOS DE APA SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA

	DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (PORCENTAJE)	IMPORTES MEDIOS MENSUALES A CARGO DE LOS CONSEJOS GENERALES DE DEPARTAMENTO (EN EUROS)	
		A domicilio	En instituciones
GIR 1.....	7,6	831	432
GIR 2.....	28,6	634	
GIR 3.....	19,3	477	215
GIR 4.....	44,5	290	
TOTAL.....		408	347
Número de beneficiarios a 30 de junio de 2010	1.174.000	719.000	455.000

Nota: GIR 1 a 4 definidos en el anexo.

Fuente: DREES (2010).

parte, procede de la limitación de los planes de ayuda de la APA a domicilio y de su *saturación*: los planes de ayuda no pueden superar un importe máximo fijado por un baremo definido a escala nacional. Pero estos límites se superan con frecuencia cuando se trata de personas con gran nivel de dependencia. Por otra parte, si bien la APA no está sometida a condiciones relacionadas con los recursos, su cálculo tiene en cuenta la renta (10) del beneficiario, pudiendo quedar una parte a su cargo (11). Por consiguiente, la APA no siempre cubre la totalidad del gasto destinado a la ayuda y la atención sanitaria a personas mayores dependientes. Si se suma un problema de redistribución, el resto que queda a cargo de las familias es más importante para las rentas bajas (Sénat, 2008) (12).

Precisamente, ese importe de la parte a cargo de las familias que se considera *aceptable* está en el centro de la controversia política sobre la cobertura pública y privada de la dependencia. Plantea la cuestión del principio de la igualdad de trato de los ciudadanos frente a la dependencia y de la necesidad de apostar mayoritariamente por la solidaridad nacional con respecto a este riesgo. Por otra parte, es importante estimular la solidaridad familiar allá donde existe, pues contribuye a garantizar una atención estable y evita intervenciones de emergencia, costosas y desestructurantes para la persona mayor.

IV. LOS DEBATES EN TORNO AL RIESGO DE DEPENDENCIA (EL LLAMADO «QUINTO RIESGO»)

La importancia creciente del número de personas mayores plantea de forma concreta la cuestión de su

protección social, del peso económico y de la equidad de esta protección. Sin embargo, el paso previo consiste en delimitar la frontera entre la esfera colectiva y la esfera privada, y cabe destacar la ausencia de consenso entre los poderes públicos y la clase política sobre este tema (Joël, 2003). La forma óptima de repartir el coste de la dependencia entre los distintos actores (familia, seguros privados, seguros públicos) se ha convertido en un interrogante fundamental en el contexto actual de control del déficit, en el que los poderes públicos han planteado en términos económicos la cuestión del buen funcionamiento de este dispositivo de ayuda a las personas mayores dependientes (Henrard, 2007).

El recurso a los seguros privados individuales sólo es una solución parcial. El mercado de los seguros de dependencia privados individuales se ha desarrollado en Francia con pólizas de coberturas predefinidas (rentas), con más de 1,5 millones de asegurados (FFSA, 2007). No obstante, además de las dificultades relativas al seguro en sí (riesgo moral, selección adversa), el seguro privado de dependencia tropieza con las mismas incertidumbres importantes sobre la evolución de las probabilidades de llegada a una situación de dependencia, así como sobre el coste unitario de la atención sanitaria y la asistencia de larga duración. Por consiguiente, la dependencia se puede asegurar si sólo entra en juego la dependencia al final de la vida y si las pólizas no cubren las consecuencias de la dependencia en términos de asistencia (Taleyson, 2007). Las pólizas que existen en Francia utilizan definiciones estrictas del concepto de dependencia (13), mecanismos de control del riesgo (una selección médica importante, periodos de carencia y franquicias, control interno de la declaración del ries-

go) y cubren la pérdida de autonomía abonando rentas y servicios predefinidos. Las pólizas suelen ser onerosas comparadas con las prestaciones abonadas en caso de dependencia. Por ejemplo, a los 60 años la prima media anual asciende a una suma que oscila entre aproximadamente 300 (cobertura de dependencia parcial) y 450 euros (cobertura de dependencia total) para obtener una renta media mensual de 610 euros (Dufour-Kippelen, 2008).

Algunos países, como Alemania, han respondido a estos problemas con un seguro público, vinculado al seguro de enfermedad, motivando su decisión en virtud de tres argumentos principales: mayor resistencia macroeconómica del Estado con respecto a las aseguradoras privadas; eficacia microeconómica del seguro obligatorio en la medida en que aparece como una solución a los problemas de selección adversa y de miopía de las personas mayores (especialmente importante en materia de dependencia); consideraciones de equidad, que resultan importantes desde el momento en que se persigue que las prestaciones se adjudiquen en función de las necesidades, y no en función de la renta. En cambio, los condicionamientos financieros, así como las consideraciones de eficacia, llevan a desaconsejar una financiación total procedente del sector público.

1. El quinto riesgo

El debate sobre el quinto riesgo (14) se articula alrededor de estas cuestiones. La dificultad principal en la elaboración del *riesgo de dependencia* consiste en definir unos contornos y en garantizar una financiación permanente (Henrard, 2007). Si bien existe una voluntad de reconocer un quinto riesgo, las modalidades de financiación de

este, especialmente el lugar que ocupan las fuentes públicas y privadas y su articulación, es objeto de debate, sin que se haya llegado de momento a una decisión.

El problema consiste en la creación de un nuevo ramo de protección social que ponga en marcha un mecanismo de previsión colectiva que permita a las personas mayores y con discapacidad hacer frente a los gastos derivados de su dependencia. El debate se refiere a los contornos de este riesgo de dependencia, al catálogo de bienes y servicios considerados necesarios, al reparto de la financiación entre contribución pública y contribución familiar, etcétera.

El reciente informe de la Asamblea Nacional destaca dos tipos de propuestas para la financiación de la dependencia: seguro de dependencia privado y recurso al capital de las personas dependientes (Rosso-Debord, 2010). La vía de la financiación a través de un seguro se desarrolla a través de diferentes propuestas técnicas: transformar las pólizas de seguro de vida en pólizas de dependencia, sin que esta transformación se considere una innovación fiscal, es decir, sin penalización para el asegurado; permitir la deducción fiscal de las primas complementarias de dependencia; permitir la transferencia de las pólizas cuando los suscriptores deseen cambiar de aseguradora... La segunda vía consiste en poner en marcha una participación voluntaria y limitada sobre el propio capital, dirigida a los beneficiarios de la APA mejor dotados en patrimonio. Se definirían dos niveles de APA, con —en caso de percepción de la APA al 100 por 100— una parte reembolsable sobre la sucesión por un importe máximo de 20.000 euros para las personas cuyo patrimonio supere los 150.000 euros.

No obstante, estas consideraciones financieras no deben ocultar aspectos igualmente importantes relativos a la reestructuración prevista de la oferta de cuidados de larga duración y a la problemática de los enfermos aquejados de enfermedades neurodegenerativas.

2. La futura reestructuración del sector de la oferta de cuidados de larga duración

El sector de los centros sociosanitarios se ha modernizado en los últimos años bajo el impulso de los poderes públicos y se ha ido adaptando al cumplimiento de las normas europeas. Sin embargo, esta modernización requiere un cambio de cultura importante de los profesionales ante el crecimiento que se anuncia. Efectivamente, la generación de *baby-boomers* no ha alcanzado todavía la edad avanzada en la que el riesgo de dependencia es elevado. El punto más sensible consiste en encontrar a medio plazo el personal necesario para sostener el crecimiento del sector. Un segundo punto importante se refiere a la necesidad de articular los numerosos actores, de culturas profesionales heterogéneas, que gravitan alrededor de la persona mayor dependiente. Uno de los objetivos de las agencias regionales de salud (ARS), creadas en 2010, es precisamente poner fin a estos problemas de coordinación en el seno del sector sociosanitario, y entre el sector sanitario y el sector sociosanitario, para llegar a una visión de conjunto de la atención a personas dependientes.

La «mutación cultural» derivada de este crecimiento esperado masivo de los cuidados de larga duración es muy importante. Se cuestiona la lógica de ayuda social que ha prevalecido hasta ahora. La cultura de

gestión de los responsables de los centros y los servicios resulta insuficiente con respecto al rigor económico exigido por los poderes públicos en el contexto de crisis actual.

3. Los problemas relacionados con la enfermedad de Alzheimer

La estimación actual del número de personas enfermas de Alzheimer y trastornos similares es de 840.000. El número de nuevos casos podría ser de 200.000 al año. La población aquejada de esta enfermedad podría ascender a 1,3 millones en 2020, y a 2,1 millones en 2040.

La sensibilidad de la opinión pública francesa respecto al problema de la enfermedad de Alzheimer ha aumentado considerablemente con ocasión de la puesta en marcha del tercer Plan Alzheimer 2008-2012 para la atención integral a personas que sufren esta enfermedad. La incorporación de esta cuestión a la agenda política ha permitido desbloquear créditos importantes para investigación y desarrollar el número de plazas para estos enfermos. No obstante, la oferta sigue siendo muy insuficiente, aunque en 2009, de las 7.500 plazas nuevas creadas para personas mayores dependientes, tres cuartas partes han ido a parar a personas mayores enfermas de Alzheimer.

Una novedad importante estriba en la creación de las MAIA (casas de autonomía e integración para enfermos de Alzheimer). Se trata de un centro de coordinación de servicios existentes, sanitarios y sociales, sin superposición de nuevas estructuras. Entre 2008 y 2012 se está trabajando en más de diez grandes proyectos específicos sobre esta enfermedad y sus implicacio-

nes (Blanchard *et al.*, 2009). El reto principal reside en la capacidad de la sociedad civil para movilizarse a largo plazo sobre este problema, con el fin de ofrecer una atención adecuada al conjunto de los pacientes y una ayuda suficiente a las familias de los enfermos.

V. CONCLUSIÓN

El sistema de atención a la dependencia en Francia es complejo y presenta todavía carencias de oferta y coordinación de servicios. El quinto riesgo —relacionado con la dependencia y el derecho a ayudas para mantener la autonomía— se halla muy presente en la agenda pública de la sociedad francesa, pero se debate en el contexto de la crisis financiera y la necesidad de controlar el gasto público. Diferentes grupos de trabajo ministeriales preparan actualmente propuestas que llegarán a la Asamblea Nacional, una vez concluya el debate sobre la jubilación y las pensiones. En estas condiciones económicas tan poco favorables, cabe pensar que la opción por los seguros privados ganará terreno.

NOTAS

(*) Traducido del francés por Alicia Martorell.

(1) ABVD (*activities of daily living-ADL*): lavarse, vestirse, comer, acostarse, levantarse, sentarse en un sillón y levantarse de él, moverse e ir al servicio.

(2) Los instrumentos normativos y estadísticos franceses definen como personas «mayores» a las personas de 60 años o más, aunque esta edad no constituye un umbral pertinente en el proceso de envejecimiento, y menos aún en el de dependencia, que sólo afecta a una proporción mínima de sexagenarios.

(3) *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA), subsidio destinado a las personas mayores que necesitan ayuda para realizar las ABVD, tanto en su domicilio como en residencias asistidas (N. del T.).

(4) Más de dos tercios de los usuarios tienen 80 años o más, y necesitan ayuda para lavarse y vestirse, la cuarta parte está perma-

nentemente en una cama o un sillón. El 45 por 100 sufre dependencia psíquica.

(5) Ley n.º 75-535, de 30 de junio de 1975, relativa a las instituciones sociales y médico-sociales.

(6) Los hogares son grupos de viviendas autónomas; las residencias se ocupan globalmente de las personas mayores, lo que incluye alojamiento, comidas y distintos servicios específicos; las unidades de cuidados de larga duración son estructuras más medicalizadas, destinadas a atender a las personas más dependientes.

(7) *Maisons Départementales des Personnes Handicapées* (casas departamentales de personas con discapacidad) (N. del T.).

(8) La APA es una prestación que sustituye a la PED (prestación específica de dependencia, creada en 1997 y considerada poco equitativa y demasiado restrictiva).

(9) Las disparidades en el subsidio para vivienda son importantes de un Departamento a otro, según las ayudas concedidas y según la naturaleza de los centros, con una media de más de 2.000 € en las RPMD privadas con fines de lucro y de 1.300 € en las RPMD públicas (Plisson, 2009).

(10) El importe medio de las pensiones percibidas ascendía a 1.300 euros (1.020 para las mujeres, 1.616 para los hombres) (Burrincand y Deloffre, 2006).

(11) Salvo si los ingresos mensuales son inferiores a 677,25 euros. La participación de los beneficiarios oscila entre el 0 por 100 y el 90 por 100 del importe del plan de ayuda.

(12) Para los casos más complejos (Gir 1 y Gir 2) y las rentas más bajas (14.000 euros anuales netos), el coste de la ayuda retiene más del 50 por 100 de las rentas tras la deducción del subsidio (frente a un 20 por 100 para las rentas más elevadas).

(13) Las definiciones no siempre son homogéneas de una póliza a otra. Globalmente, la dependencia total o grave corresponde a los niveles de Gir 1 y 2, y debe ser irreversible; la dependencia parcial corresponde a los niveles Gir 3 y Gir 4 en algunas pólizas (Dufour-Kippelen, 2008).

(14) La protección social tradicional abarca los cuatro riesgos sociales siguientes: vejez, salud, familia, accidentes laborales.

(15) Más detalles sobre el baremo, en CNAMTS (2007).

BIBLIOGRAFÍA

ASSOUS, L., y MAHIEU R. (2002), «L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé», *Revue Économique*, 53, 4, julio: 887-912.

BAUDURET, J. F., y MONTALEMBERT, M. (2008), «Handicap, vieillissement, autonomie», en: MONTALEMBERT, M. (dir.), *La protection sociale en France*, París, La Documentation Française.

BERTRAND, D. (2010), «Les services de soins infirmiers à domicile en 2008», *Études et Résultats*, 739.

BLANCHARD, N.; COLVEZ, A.; BERTHIER, S., y ROYER, V. (2009), «Gestionnaire de cas ou case manager, référent ou accompagnateur de situations complexes», *Cahiers du Cleirppa*, 33.

BREUIL-GENIER, P. (1996), «La gestion risque dépendance: le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé», *Économie et Statistique*, 291, 1.

BURRICAND, C., y DELOFFRE, A. (2006), «Les pensions perçues par les retraités fin 2004», *Études et Résultats*, 538.

CNAMTS (2007), *Le modèle AGGIR*.

CNSA (2004), *Mission de préfiguration de la CNSA*, París, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

COUR DES COMPTES (2005), *Les personnes âgées dépendantes, Rapport*, París, Direction des journaux officiels.

CUTLER, D. M., y ZECKHAUSER, R. J. (1997), «Reinsurance for catastrophs and cataclysms», *NBER Working Paper*, 5913.

DAVIN, B.; PARAPONARIS, A., y VERGER, P. (2008), «L'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées à domicile», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*.

DEBOUT, C., y LO, S.-H. (2009), «L'APA et la PCH au 30 juin 2009», *Études et Résultats*, 710.

DREES (2010), *Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA n.º 3*.

DUÉE, M., y REBILLARD, C. (2006), «La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040», *Données Sociales, La Société Française*: 613-622.

DUFOUR-KIPPELEN, S. (2008), «L'offre de contrats d'assurance dépendance en France en 2006 à partir d'un échantillon de 34 contrats», *Document de travail DREES n.º 84*.

DUTHEIL N. (2001), «Les aides et les aidants des personnes âgées», *Études et Résultats*, 142.

DUTHIL G. (2007), «L'arrivée du privé dans la prise en charge des personnes âgées», *Gérontologie et Société*, 123: 185-200.

ELBAUM, M. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, París, PUF.

ENNUYER, B. (2006), *Repenser le maintien à domicile: enjeux, acteurs, organisation*, París, Dunod.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

FERMON, B., y FIRBANK, O. (2001), «Gérer la qualité des services à domicile: une analyse des approches suivies en France et au Québec», *Gérontologie et Société*, 99: 187-205.

<p>FFSA (2007), <i>Les contrats d'assurance dépendance en 2006</i>.</p> <p>HENRARD, J. C. (2007), «Répondre à la dépendance et aux handicaps; 5ème risque ou 5ème branche de sécurité sociale?», <i>Gérontologie et Société</i>, 123 : 213-227.</p> <p>JOËL, M. E. (2003), <i>La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Europe et ses enjeux économiques</i>, Rennes, Ed. ENSP.</p> <p>LAFORE, R. (2004), «La décentralisation de l'action sociale, L'irrésistible ascension du département providence», <i>Revue Française des Affaires Sociales</i>, 4 : 19-34.</p>	<p>LOONES, A. (2005), «Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile», <i>Credoc, Cahier de Recherche n.° 221</i>.</p> <p>OECD (2008), <i>Conceptual Framework and Definition of Long Term Care Expenditure</i>, Paris, Health Division, OECD.</p> <p>PLUSSON, M. (2009), «Le marché de l'assurance dépendance. Risques», <i>Les Cahiers de l'Assurance</i>, 78.</p> <p>PRÉVOT, J. (2009), «L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007», <i>Études et Résultats DREES n.° 689</i>.</p>	<p>PRISMA (2008), <i>Rapport Prisma France 2008</i>, Paris, Ministère de la Santé et des Sports.</p> <p>ROSSO-DEBORD (2010), <i>Rapport sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes</i>, Assemblée Nationale (http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp).</p> <p>SÉNAT (2008), <i>Rapport de la Commission d'Information sur la Construction du 5ème Risque</i>.</p> <p>TALEYSON, L. (2007), «L'enjeu de la définition de la dépendance: une comparaison internationale», <i>Risques</i> 72: 28-35.</p> <p>TRONTO, J. (2009), <i>Un monde vulnérable, pour une politique du care</i>, Paris, La Découverte.</p>
--	---	--

ANEXO

BAREMO AGGIR

El baremo AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), que engloba las dimensiones psíquicas y mentales, se ha impuesto como un baremo nacional de evaluación de la dependencia de las personas mayores. Conforme a este baremo, las personas mayores se clasifican en seis niveles de pérdida de autonomía: GIR 1 (muy dependiente) a GIR 6 (nada dependiente), a partir de la evidencia de actividades de la vida diaria realmente efectuadas o no por la persona. Las categorías GIR 1 a 4 definen a las personas dependientes y constituyen la base legal de la adjudicación de la ayuda personalizada para la autonomía.

Aunque es una herramienta relativamente completa respecto a las actividades que tiene en cuenta, el baremo AGGIR no deja de ser imperfecto. Si bien tiene en cuenta las deficiencias psíquicas, se critica la evaluación incorrecta de los problemas de demencia, especialmente en las fases precoces. Así pues, no permite clasificar a una persona en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer como dependiente si no sufre ninguna otra deficiencia física. Los trastornos de la memoria y las incoherencias, que pueden ser los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer, pueden conducir a una clasificación GIR 5 o 6, lo que podría llevar a una decisión negativa en la concesión de la ayuda personalizada para la autonomía (15).