

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN FRANCIA

PHILIPPE MARTIN

*Director de Investigación del Centro de Derecho Comparado y de Seguridad Social (Comptrasec),
Universidad de Burdeos (Francia)*

MARÍA LUISA MOLERO MARAÑÓN

Catedrática de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Universidad Rey Juan Carlos (España)¹

Fecha de recepción: 10/10/2017

Fecha de aceptación: 6/11/2017

SUMARIO. I. ALGUNOS ELEMENTOS DE CONTEXTUALIZACIÓN. 1.1. Envejecimiento de la población francesa y realidad del “riesgo de dependencia”. 1.2. Interés político y relevancia del tema de la dependencia. II. EL PLANTEAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN FRANCIA: UN RIESGO SOCIAL FUERA DEL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. 2.1. El debate sobre el quinto riesgo. 2.2. La Ley del 20 de julio de 2001 y la creación de la APA: una prestación híbrida. III. LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES. 3.1. Una prestación nacional y universal. 3.2. La edad como condición de acceso a la prestación. 3.3. Cuantía modulada en relación con el grado de dependencia y los recursos del beneficiario. 3.4. Una prestación no contributiva. 3.5. Gestión descentralizada: el papel de los Conseils Départementaux. IV. EL DERECHO A LA PRESTACIÓN: UN DERECHO SUBJETIVO CON CARÁCTER PROCEDIMENTAL. 4.1. Valoración de la pérdida de autonomía. 4.2. Elaboración del Plan Individual de Atención (a domicilio): *a) Revalorización del derecho de información; b) Contenido del Plan; c) Carácter individualizado del Plan; d) Dimensión contractual del Plan; e)*

.....

¹ Dicho estudio tiene su origen en una estancia de investigación realizada en el Centro de Derecho Comparado y de Seguridad Social (COMPTRASEC), en Burdeos (Francia), en noviembre de 2016, en la que el profesor Martin me facilitó sobre manera el conocimiento del sistema francés de protección social de las personas dependientes.

Libertad de elección del tipo de prestatario de servicios de atención. 4.3. Pago y utilización de la prestación. V. RETOS Y REFORMA DEL SISTEMA. 5.1. Algunos datos económicos, sociales y financieros. 5.2. Los ejes de la reforma 2015: a) *La prevención*; b) *Reforma de la APA y de la regulación de los servicios de atención y cuidado a domicilio*; c) *El reconocimiento y apoyo a los cuidadores próximos o allegados*. VI. CONCLUSIONES.

RESUMEN: Dicho estudio aborda el origen, desarrollo y evolución del sistema francés de protección social de las personas dependientes hasta la actualidad, incluyendo las reformas aprobadas por la importante Ley de 2015. Un sistema concebido al margen del sistema de Seguridad Social, e incluido dentro de la asistencia social en Francia. De forma nuclear, se analizan las características que distinguen a la prestación del APA sobre la que gira el sistema por entero, examinándose las condiciones para tener derecho a la prestación, así como las notas principales que distinguen al APA. Finalmente, se desvela el procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación, que con la última reforma atiende a la persona dependiente y a sus cuidadores más próximos o allegados, prestando especial interés por el Plan Individual de Atención (a domicilio).

ABSTRACT: This study addresses the origin, development and evolution of the French system of social protection for dependent elderly persons until the present. The study includes the reforms approved by the important 2015 Act. The French system was designed outside the Social Security System, and developed in the field of social assistance. In this regard, are analyzed the legal characteristics of the Long Term Care benefit (the APA), with special attention to the conditions for entitlement to the benefit and other main features of the APA. Then, the article analyzes the procedural nature of the right to LTC benefits and describes the processes that lead to the implementation of the Individual Plan of Care (in home). Finally, are examined the challenges and the main issues addressed by the 2015 reform, with special regard to the legal status of caregivers.

PALABRAS CLAVE: Riesgo social, Dependencia, APA, envejecimiento, servicios de cuidado, domicilio, residencias, asistencia social, cuidador.

KEYWORDS: Social Risk, Long Term Care, APA, ageing, eldercare, services, home, nursing home, social assistance, caregiver.

I. ALGUNOS ELEMENTOS DE CONTEXTUALIZACIÓN

Como la mayoría de los países desarrollados, Francia se enfrenta con el fenómeno del envejecimiento de su población a un verdadero desafío para el sistema francés de protección social: no solamente amenaza el sistema de pensiones, sometido a un proceso de reformas sucesivas desde el año 2003, sino que también plantea la necesidad de gestionar de manera adecuada el “riesgo de dependencia” que aumenta correlativamente al envejecimiento, sobre todo para las personas de más de 85 años.

1.1. Envejecimiento de la población francesa y realidad del “riesgo de dependencia”

Hoy en día, el porcentaje de personas (mayores) de 65 años en la población francesa es el 18,4% (estadísticas de 2015), una situación comparable a la de España (el 18,5%)². Según el INSEE, el instituto francés de las estadísticas, este porcentaje debería ser el 32% en 2050 y el número de personas mayores de 85 años se multiplicará por cuatro.

El “riesgo de dependencia”, es decir las situaciones de pérdida de autonomía caracterizadas por la imposibilidad de efectuar actividades básicas de la vida cotidiana, puede medirse contabilizando el número de beneficiarios del *subsidio para la autonomía* (APA): son actualmente 1,24 millones de beneficiarios de la APA (500 000 en instituciones geriátricas / 700 000 en casa) y las predicciones del INSEE indican que serán 2 millones en 2040.

Sin embargo, el fenómeno es realmente más amplio si se tiene en cuenta que en la actualidad unos 3 millones de personas mayores reciben cuidado informal en Francia; por tanto, las estadísticas no reflejan la magnitud del reto que suscita la atención y cuidado de las personas dependientes para el sistema francés.

1.2. Interés político y relevancia del tema de la dependencia

La protección social de la dependencia es políticamente un tema de interés nacional. Sin embargo, en la medida en que la gestión del sistema ha sido transferida a las provincias

.....

² La situación de países como Alemania (el 21%) o Portugal (el 20,3%) es menos favorable que la situación francesa o española, pero esta es más elevada que en países como Irlanda (el 13%), Polonia (el 15,4%) o el Reino Unido (el 17,7%) que mantienen un nivel de envejecimiento más relativo (fuente: Eurostat).

(*Département*) por efecto de las leyes de descentralización, resulta también un asunto de interés local; en definitiva, un elemento del *local welfare*³.

A nivel nacional, se puede decir que la relevancia del interés por la dependencia y por la necesidad de reformar el sistema vigente ha sido variable, mostrando un carácter muy coyuntural. En épocas pasadas, ha habido periodos clave en los que se ha producido un gran debate nacional; en concreto, a finales de la presidencia Sarkozy, se planteó de modo especialmente acusado la problemática acerca de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario francés, así como de la capacidad de desarrollar un sistema eficiente de protección social de la dependencia, ante el aumento previsible del número de personas con pérdida de autonomía⁴. Sin embargo, el mandato de Sarkozy finalizó sin que se aprobara la reforma anunciada. Con posterioridad, el debate se reinició durante la primera parte del mandato de Hollande, aprobándose, finalmente, tras un largo proceso la Ley nº 2015-1776 del 28 de diciembre de 2015 sobre *Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento* que entra en vigor el 1 de enero de 2016. Dicha Ley tiene la ambición de promover la movilización colectiva de la sociedad frente al reto del envejecimiento en su doble dimensión: mejorar la calidad de vida de las personas mayores y otorgar una mayor protección a las personas más vulnerables (“una nueva mirada hacia el envejecimiento”). No obstante, llama la atención cómo el tema de la protección de la dependencia ha estado casi ausente de la campaña presidencial de 2017.

A nivel local, la dependencia de las personas mayores provoca un doble reto. En primera instancia, un reto financiero en la medida en que los *Départements* (provincias), por efecto de las leyes de descentralización⁵, tienen que gestionar y financiar varios subsidios sociales como la Renta Activa de Inserción, y la prestación para la autonomía y la atención a las personas dependientes -la APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*)-, subsidios que están gravando de forma creciente los presupuestos de las entidades públicas locales por su aumento exponencial. En segundo lugar, un reto de modernización de los servicios sociales que exige una evolución del marco jurídico, al tener que adaptarse a toda una serie de nuevas exigencias, como la prevención de la dependencia, el desarrollo de los servicios de cuidado a domicilio, una aproximación multidimensional de la pérdida de autonomía, la igualdad de acceso a los servicios, incluso a nivel territorial, etc.



3 Sobre el tema del *local welfare*, en Francia, v. R. Lafore, “La décentralisation de l’action sociale. L’irrésistible ascension du “département providence””, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004/4, p. 17-34 ; R. Lafore, “Où en est-on du département providence ?”, *Informations Sociales*, nº 179, 2013, p. 14-28.

4 En este periodo (2007-2012), se elaboraron varios informes que se presentaron al Primer Ministro con el objetivo de una reforma del sistema de protección de la dependencia. El Presidente y el Gobierno estaban a favor de desarrollar los seguros privados, como protección social complementaria, de la protección pública constituida por el sistema vigente de la APA (la prestación para la autonomía).

5 Especialmente, la Ley de 13 de agosto de 2004 relativa a las libertades y responsabilidades locales.

II. EL PLANTEAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN FRANCIA: UN RIESGO SOCIAL FUERA DEL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El sistema francés de protección social es un sistema de tipo bismarckiano basado en el reconocimiento de riesgos sociales (enfermedades, incapacidades, invalidez, vejez, paro,...) gestionados en el marco de seguros sociales nacionales, que forman todos ellos el sistema de la seguridad social⁶. Las prestaciones y los servicios de asistencia social -por supuesto no contributivos/as- desempeñan un papel jurídicamente subsidiario (lo que no significa que desempeñan un papel *marginal*). Por consiguiente, en Francia la vía normal o el “camino real” para abordar un problema social como el de la protección de la dependencia es o sería, reconocerlo como un riesgo social, atendido por medio de un seguro social propio, como en Alemania, en Austria, en Luxemburgo o en Japón. Sin embargo, en Francia el debate sobre la tutela de la dependencia y sobre la creación de un sistema de derechos, prestaciones y servicios adecuados ha estado desde el principio marcado por la ambigüedad. Durante años, se trató de reconocer un “quinto riesgo”, pero finalmente, el sistema vigente instituido por la Ley de 20 de julio de 2001 se configura como un *sistema híbrido*: la prestación para personas con dependencia -la APA- no es una “pura” prestación de asistencia social⁷, pero tampoco se incorpora al sistema de la Seguridad Social, puesto que no se ha creado un verdadero seguro social dedicado al riesgo de dependencia.

2.1. El debate sobre el “quinto riesgo”

En Francia, la problemática de la dependencia aparece en el debate público en los años 60 del siglo pasado, con el Informe de Pierre Laroque⁸ de 1962, que lo aborda como un aspecto de las “políticas de vejez”. La propia noción de dependencia se desarrolla en los años siguientes bajo la influencia de la gerontología⁹, lo que conduce a que en los años 1990 se establezca el sistema de valoración AGGIR de la situación de dependencia (*v. infra*), caracterizado por una aproximación esencialmente sanitaria y funcional de la pérdida de

.....

6 Orgánicamente, el sistema de protección por desempleo no forma parte de la Seguridad Social en la medida en que se organiza sobre la base de un convenio colectivo nacional, que está administrado de manera paritaria por los propios interlocutores sociales representativos a nivel nacional. Técnica y funcionalmente, sin embargo, el sistema es un seguro social reconocido como tal por el derecho comunitario.

7 En la terminología española, como se sabe, la noción de asistencia social contenida en el art. 148.1.20ª CE, se ha reemplazado por la rúbrica de servicios sociales que se ajusta más al concepto moderno que subyace bajo dicho título.

8 Se suele considerar a Pierre Laroque como el iniciador del sistema francés de la Seguridad Social de 1945.

9 Informe de M. Arreckx, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Éditeur Assemblée nationale, 1979.

autonomía en relación con el envejecimiento de las personas. Así, durante años y hasta la Ley de 2015 sobre *Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento* que rechaza este vocabulario, se trató en Francia de la protección de las personas mayores “dependientes”¹⁰.

A pesar de la existencia de un debate público sobre dependencia y vejez durante los años 1970 y 1980, no se instituyó en dicho periodo un sistema propio de protección social. Se organizó el cuidado de las personas mayores a domicilio con el reconocimiento del *subsidio de compensación para el recurso a una tercera persona* (ACTP) creado por la gran Ley del 30 de junio de 1975 de *Orientación a favor de las personas discapacitadas*. Esta prestación compensatoria fue concebida para las personas discapacitadas; no obstante, la Ley no había establecido ninguna condición en relación con la edad, pudiendo otorgarse también a las personas mayores “dependientes”. No obstante, no será hasta finales de los años 1980, cuando se manifieste la tesis a favor del reconocimiento de un “quinto riesgo de la seguridad social”, que debe conducir al nacimiento de un seguro social para la dependencia.

La hipótesis del “quinto riesgo” fue elaborada y defendida por la Unión Nacional de las Asociaciones de Cuidado y Atención a Domicilio (UNASSAD), que representa a un interlocutor potente y activo en el ámbito de las políticas sociales (a favor de las personas con discapacidad). Dicha tesis fue aceptada por la ministra de Asuntos Sociales, Simone Veil, quién la propuso a principios del año 1994, pero que no recibió el apoyo de los interlocutores sociales, ni tampoco del mundo sanitario.

Durante el periodo 1994 a 1997, se diseñó un dispositivo experimental, la PED (Prestación Experimental de Dependencia) que fue implementado en una parte del territorio francés¹¹: de manera voluntaria, 12 provincias (*Départements*) activaron esa prestación específica de atención a la dependencia, prioritariamente vinculada al sistema de prestaciones y servicios sociales, asistenciales locales. La financiación de la PED era mixta: por una parte, se encontraba sufragada por las propias provincias, y, por otro lado, se costeaba con una aportación del Seguro Nacional de pensiones por vejez de la Seguridad Social.

Posteriormente, y pese a la promesa electoral de J. Chirac de crear una verdadera “prestación de autonomía”, la Ley 97-60 del 24 de enero de 1997 se limitó a generalizar la prestación especial previamente experimentada. A partir de entonces, la PSD (Prestación Específica de Dependencia) se aplica de manera obligatoria en todo el territorio nacional. Pese a las críticas recibidas por los profesionales, este dispositivo recibió el apoyo político de los *Conseils Départementaux* que son los gobiernos locales¹², que en el contexto del momento, aprovecharon esta medida para reforzar su legitimidad. En virtud de esta Ley,

.....

10 Cuando en el mundo anglosajón o en Alemania, se trata de políticas de *long term care*, vocabulario que pone énfasis sobre la necesidad de cuidado a lo largo del tiempo, más que sobre el estado de la persona.

11 Por efecto de la Ley 94-637 del 25 de julio de 1994 sobre Seguridad Social.

12 En el sistema político-administrativo francés, el *Conseil Départemental* es más o menos el equivalente a la Diputación en el sistema español.

se podían beneficiar de la prestación pública todas las personas de 60 años, evaluadas con “pérdida de autonomía”, tras la aplicación de un sistema de valoración (el cuestionario AGGIR)¹³, que exige para poder acceder a la prestación, encontrarse valorado entre los grados GIR 1 hasta 4, condicionándose la cuantía de la prestación al nivel de los recursos de las personas dependientes (*meanstested*), al aplicarse el *régimen de copago*.

En definitiva, las características jurídicas que distinguían a esta Prestación Especial concebida de forma subsidiaria, cuya gestión y financiación estaban descentralizadas, sujeta a condiciones de recursos, condujo a afirmar que el sistema inicial de protección de la dependencia de 1997 se adscribía con claridad al ámbito de la asistencia social.

2.2. La Ley del 20 de julio de 2001 y la creación de la APA: una prestación híbrida

La Ley del 20 de julio de 2001 instituye una nueva prestación para la autonomía y la atención a las personas dependientes: la APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*). La acción protectora del sistema se articula en torno exclusivamente a dicha prestación; la Ley francesa no establece un catálogo de prestación de servicios, como la Ley española. La voluntad del Gobierno en ese momento era responder a las críticas recibidas en contra del sistema anterior de la PSD, especialmente formuladas por el Comité Nacional de los Pensionistas y de las personas mayores, y por las Asociaciones representativas en el ámbito del cuidado a domicilio y en establecimientos (centros o residencias)¹⁴. En concreto, la idea era mejorar la protección -incluyendo las personas valoradas a nivel 4- y neutralizar las características “asistenciales” de la prestación; en particular, la posibilidad para el *Département* de recuperar de los herederos las cuantías de las prestaciones pagadas al beneficiario, cuando él o ella fallecen, cualidad que distingue a las prestaciones no contributivas en Francia.

Sin embargo, entre las alternativas posibles, el Gobierno rechazó la creación de un seguro social contributivo y obligatorio para la dependencia. De manera implícita, consideró que mantener un sistema no contributivo parcialmente financiado por las autoridades locales (los *Départements*) confería una mayor flexibilidad presupuestaria para el Estado

.....

13 AGGIR es el acrónimo de “*Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources*” (autonomía gerontológica grupo “iso-recursos”). El sistema de valoración de la pérdida de autonomía AGGIR clasifica las personas según 6 grados. Grado 6: persona autónoma para realizar los actos esenciales de la vida diaria; Grado 5: persona que necesita una ayuda puntual para el baño, la comida o la limpieza; Grado 4: persona que necesita ayuda para levantarse, vestirse y el baño, pero que puede moverse en su vivienda; Grado 3: persona con plena autonomía mental y con autonomía de locomoción parcial pero que necesita cada día y varias veces ayudas para el cuidado personal; Grado 2: persona mantenida en la cama o en una silla cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria; Grado 1: persona mantenida en la cama o en una silla cuyas funciones mentales están seriamente alteradas y que necesita una presencia continua de cuidadores.

14 El Comité y dichas asociaciones publicaron un “Libro negro de la PSD” en 1998.

que un verdadero seguro social¹⁵. Por consiguiente, la nueva prestación -la APA- no se incorpora al sistema de Seguridad Social francés, pudiéndose calificar como una prestación social “híbrida”:

- por una parte, tiene los rasgos típicos de una prestación de Seguridad Social: es una prestación nacional y universal, no condicionada por el nivel de recursos;
- por otra parte, tiene rasgos asistenciales: es una prestación no contributiva, administrada y parcialmente financiada por las provincias (*Départements*).

III. LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

3.1. Una prestación nacional y universal

Según los propios términos de la Ley: “Toda persona de edad avanzada, residente en Francia, que se encuentra en la situación de no poder asumir las consecuencias de una falta o de una pérdida de autonomía en relación con su estado físico o mental tiene derecho a una prestación personalizada de autonomía, que permita un cuidado adaptado a sus necesidades” (art. L. 232-1 del Código de la Acción Social y de las Familias, en adelante CASF)¹⁶. Dicha prestación, cuyas condiciones están definidas de manera idéntica en todo el territorio nacional, es destinada a las personas que, “no obstante la atención que pueden recibir”, necesitan ayuda para realizar los actos esenciales de la vida, o cuyo estado requiere un cuidado o seguimiento regular” (art. L 232-1 CASF).

Se trata de una prestación universal, en la medida en que puede beneficiarse toda persona (de edad avanzada) que reside en Francia de forma estable y regular, sin que la Ley la limite a las personas con escasos recursos: el otorgamiento de la APA no está condicionado por una comprobación de los recursos económicos del solicitante (*meanstesting*). La legislación de 2001 insiste también sobre la dimensión y el alcance nacional de la prestación, de acuerdo al modelo republicano francés, que configura como principio esencial, la igualdad de trato de todos los ciudadanos en todo el territorio nacional.

.....
15 T. Frinault, “La réforme française de l'allocation dépendance, ou comment bricoler une politique publique”, *Revue Française de Science Politique*, Vo. 44, 2005, p. 607-632.

16 En concreto, dicho precepto indica lo siguiente: “Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins” [art. L 232-1].

3.2. La edad como condición de acceso a la prestación

Como se ha expuesto, la aproximación francesa al tema de la dependencia se caracteriza por la influencia de la gerontología, y la idea nuclear de que la dependencia es un riesgo relacionado con la vejez. Por ello, la Ley formula una condición en relación con la edad para beneficiarse de la APA: en caso de falta o de pérdida de autonomía, solo a partir de que las personas cumplan 60 años pueden solicitar la APA. Este umbral de los 60 años puede valorarse como ciertamente artificial, puesto que, como se sabe, estadísticamente, el riesgo de dependencia sobre todo afecta a las personas mayores de 85 años. La exigencia de dicha edad quizás se puede explicar porque el legislador, tanto en 1997 como en 2001, fijó dicha edad de 60 años, como la de acceso a la pensión de jubilación.

Ahora bien, como se sabe, las personas más jóvenes de dicho umbral pueden igualmente encontrarse en situaciones de pérdida de autonomía, reclamando la necesidad de cuidado y atención para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, conforme a la legislación vigente no pueden solicitar la APA. Efectivamente, el sistema francés organiza de manera separada la protección de las personas mayores y la de los jóvenes y adultos con discapacidad: para las personas con discapacidad de menos de 60 años que necesitan cuidado y ayuda, existe otra prestación especial para compensar la pérdida de autonomía: la PCH (*Prestation de Compensation du Handicap*) creada por la Ley del 11 de febrero de 2005 de Igualdad de Derechos y Oportunidades, Participación y Ciudadanía de las Personas con Discapacidades. La legislación prevé que el beneficiario de la PCH, cuando cumple los 60 años, puede teóricamente elegir entre ambas prestaciones y solicitar la APA; sin embargo, en la práctica, eso no ocurre ya que, si las condiciones para beneficiarse de la PCH son un poco más exigentes, el ámbito de servicios y la cuantía de la prestación en el sistema de la PCH son mucho más favorables que en el sistema de la APA.

3.3. Cuantía modulada en relación con el grado de dependencia y los recursos del beneficiario

La finalidad de la APA es compensar una falta o una pérdida de autonomía. Por tanto, la cuantía teórica de la prestación, es decir el importe máximo de servicios y ayudas que la colectividad pública va a ofrecer a la persona dependiente, está vinculada al grado de pérdida de autonomía valorado por las autoridades locales. Cuanto más grave es la falta de autonomía, más elevada será la cuantía pagada para la implementación del plan individual de ayuda (en el caso de atención a domicilio)¹⁷.

.....

¹⁷ Igualmente para las personas dependientes atendidas en establecimientos geriátricos. La diferencia es que, para ellas, no se establece un “plan individual de ayuda” sino un “proyecto personalizado de vida”. La APA sirve para

Como se ha indicado, el reconocimiento de la APA no está condicionado a una comprobación de los recursos económicos del solicitante. Sin embargo, la cuantía efectivamente pagada por las autoridades locales depende del nivel de recursos financieros del beneficiario. En suma, el APA varía en función del grado de dependencia y de los recursos que dispone el beneficiario.

En efecto, la Ley impone una participación financiera del beneficiario al coste del plan individual (o del cuidado en establecimiento), fijándose el APA con cuantías máximas en función del grado de dependencia:

- a) La cuantía teórica depende del grado de pérdida de autonomía:
 - cuantía máxima Grado (GIR) 4: 663,61€/mes;
 - cuantía máxima Grado (GIR) 3: 994,87€/mes;
 - cuantía máxima Grado (GIR) 2: 1376,91€/mes;
 - cuantía máxima Grado (GIR) 1: 1714,79€/mes.
- b) La cuantía efectiva depende del nivel de recursos financieros del beneficiario (y de su pareja).

La Ley instituye un mecanismo progresivo de copago del plan individual (o de la atención en establecimiento geriátrico): la participación financiera del beneficiario será del 0% si la renta mensual es inferior a 800,53€ y hasta el 90% si la renta mensual es superior a 2948,16€. Por tanto, el beneficiario puede llegar a recibir solo un 10 por 100 del montante indicado para cada grado en la prestación. Entre 800, 53 y 2948,16€, hay una escala de descuento del 0 por 100 hasta el 90 por 100. Cada año es calculada y actualizada la aportación que debe realizar el beneficiario en función de un baremo nacional que igualmente es revalorizado anualmente.

En todo caso, dichas cifras reflejan que la amplitud del copago es muy importante en el sistema francés, confiriéndole indudablemente un carácter asistencial o redistributivo.

3.4. Una prestación no contributiva

La financiación del sistema de la APA se configura como una prestación no contributiva. El modo de financiación resulta bastante complejo y poco transparente para los ciudadanos, resultado de la política ambigua de los sucesivos Gobiernos en materia de protección social de la dependencia. Al final, el sistema se mantiene en el ámbito de la asistencia social, cuya adscripción implica una financiación vía impuestos, y en virtud de las le-



pagar los actos y servicios de atención y cuidado suministrados por el establecimiento o residencia.

yes de descentralización que confirieron a las provincias (*Départements*) competencias en materia de políticas sociales, la financiación de la APA por los impuestos se comparte actualmente entre el Estado y las provincias. Adicionalmente, la Ley prevé también una contribución de los organismos de la Seguridad Social y, desde 2004, una “contribución de solidaridad” de los trabajadores. En concreto, dicha contribución significa que, en virtud de la Ley de 2004, los trabajadores perdieron un día festivo, resultando que el trabajo efectuado durante este día suplementario se convierte en una aportación (del 0,3% del salario) pagada por los empresarios.

Inicialmente (Ley de 2001), la financiación de la APA se adecuaba al modelo siguiente:

- Provincias (*Départements*) + Contribución Nacional (Fondo de financiación estatal)¹⁸.

La Ley 2004-626 del 30 de junio de 2004 sobre “Solidaridad y Autonomía” instituye una entidad nacional, la CNSA (*Caisse Nationale de Solidarité Autonomie*), que sustituye al Fondo estatal. La CNSA recibe y gestiona las contribuciones financieras siguientes:

- Contribuciones del Seguro Nacional de enfermedades + del Seguro Nacional de pensiones por vejez + varios impuestos + una contribución especial pagada por los trabajadores (*journée de solidarité*) + una contribución adicional pagada por los jubilados (CASA).

El hecho de que las entidades de Seguridad Social aporten una contribución financiera, como el que los trabajadores contribuyan “por solidaridad” no significa que la prestación pueda ser calificada como contributiva. El sistema no puede ser concebido como un seguro social, en el que el derecho a la protección se adquiera por afiliación obligatoria y pago de contribuciones que dan lugar a prestaciones. A día hoy, los impuestos son los que esencialmente financian el sistema, resultando que las provincias son las que soportan actualmente el coste más importante de la prestación por dependencia. El reparto del peso de la financiación de la APA es: Provincias (2/3) + Aportaciones nacionales/CNSA (1/3).

3.5. Gestión descentralizada: el papel de los *Conseils Départementaux*

Por efecto de las leyes de descentralización, el *Conseil Départemental* se concibe como el líder en materia de *acción social*, es decir se trata de la unidad administrativa competente

.....

18 La contribución nacional: Impuestos especiales + contribución del Seguro Nacional de pensiones por vejez de la Seguridad Social.

que implementa las políticas sociales a favor de las personas vulnerables, marginándose del ámbito de la Seguridad Social. Dicha atribución incluye las políticas a favor de las personas mayores. El Código de la Acción Social y de las Familias, en su artículo L. 113-2, indica lo siguiente:

- “El *Département* diseña e implementa la acción social a favor de las personas mayores y de sus cuidadores familiares. En el marco del Plan Provincial de Organización social y médico-social¹⁹, coordina las acciones de los distintos intervinientes, incluyendo las acciones a favor de los cuidadores. Dicho plan define las áreas geográficas de la intervención. Determina las modalidades de información, de asesoramiento y de orientación al público sobre las ayudas y los servicios que son de su competencia”.

En concreto, los *Conseils Départementaux* (CD) gestionan las solicitudes individuales de APA: un equipo médico social del CD realiza la valoración de la pérdida de autonomía (según la metodología AGGIR regulada a nivel nacional) y elabora el plan individual de atención; la decisión de otorgar o no la APA es formalmente una decisión del presidente del CD. Los servicios de atención a domicilio y las instituciones geriátricas (residencias) son controlados/as por el CD, a través del procedimiento de autorización de los mismos que implica una regulación de los precios.

IV. EL DERECHO A LA PRESTACIÓN: UN DERECHO SUBJETIVO CON CARÁCTER PROCEDIMENTAL

En este apartado, no se trata de abrir nuevamente el clásico debate teórico sobre la naturaleza de los derechos sociales, y la cuestión de saber si constituyen *verdaderos* derechos subjetivos²⁰. Partiendo de que un derecho subjetivo es, básicamente, una prerrogativa reconocida por la Ley a favor de un individuo o, en el caso de los derechos de protección social a favor de una categoría social (las personas vulnerables o sin recursos económicos,

.....

19 Los *Conseils Départementaux* tienen que diseñar programas (planes de 5 años) que definen a nivel local los objetivos de las políticas a favor de las personas de edad avanzada y de las personas con discapacidad.

20 Según Rudolph von Jhering, “los derechos subjetivos son unos intereses jurídicamente protegidos” y el derecho subjetivo “pertenece al individuo”. El jurista francés Léon Duguit (1859-1928) consideró que los derechos sociales -“derechos de crédito”- no pertenecen al individuo; solo son la contraparte de los “deberes sociales” del Estado asumidos por la intermediación de los servicios públicos.

los discapacitados, las personas mayores dependientes, etc.), parece claro que el artículo L. 232-1 del Código de la Acción Social y de las Familias establece este tipo de prerrogativa. En particular, dicha disposición normativa sin sombra de duda, dispone lo siguiente: “toda persona de edad residente en Francia que no pueda asumir las consecuencias de la falta o de la pérdida de autonomía en relación a su estado físico o mental *tiene derecho* a una prestación personalizada que permita una atención adaptada a sus necesidades”²¹.

De conformidad con la literalidad de dicho texto legal, resulta indubitado que el legislador ha instituido un derecho subjetivo, pero de carácter *procedimental*, puesto que el concreto contenido que cubre la prestación no está predeterminado, sino que depende de un conjunto de factores que lo condicionan: la valoración de la pérdida de autonomía, la evaluación de las necesidades concretas de ayuda y de atención para el individuo y su entorno, así como los recursos de los que dispone. De esta forma, la Ley de 2015 indica que “las personas de edad avanzada con pérdida de autonomía tienen derecho a las ayudas adaptadas a sus necesidades y a sus recursos, con respeto a su proyecto de vida, para responder a las consecuencias de su pérdida de autonomía, en función de la naturaleza de sus limitaciones, y de su modo de vida” (art. L 113-1-1). El sistema francés pone especial énfasis en la “libertad de elección de la persona dependiente”, conforme a sus necesidades, y de acuerdo a su proyecto vital, incluidos los recursos de los que dispone, con el fin de que elija la acción o asistencia que más le satisfaga, sin que el legislador opte por un modelo predeterminado de atención a la dependencia, al modo de la legislación española, salvaguardando el principio de autonomía de la persona en situación de dependencia.

Según los términos de la Ley, la APA es una *prestación en especie* (“*prestation en nature*”, art. L 232-2 CASF). La ordenación normativa se desdobra en una doble modalidad, atendiendo al lugar en el que se desarrollan los cuidados y la atención a la persona dependiente: la primera y predominante destinada al cuidado en el domicilio (*à domicile*)²², y la segunda va dirigida al cuidado en residencias o instituciones geriátricas (*en établissement*)²³. En ambos casos, su finalidad es compensar los gastos asumidos por la persona dependiente para su cuidado y atención a domicilio o en una institución geriátrica. Sin embargo, en la medida en que el beneficiario recibe en principio el dinero del CD, la APA se identifica como una prestación económica pero cuyo uso estará concretamente determinado por el Plan Individual²⁴. Los agentes del CD controlan el uso de la APA.

.....

21 Art. L 232-1: “Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l’incapacité d’assumer les conséquences du manque ou de la perte d’autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d’autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins”.

22 Se encuentra regulada en Chapitre II dedicado a la Allocation Personnalisée d’Autonomie, en la Sous-Section 1, Section Première, titulado, “Prise en Charge et Allocation personnalisée d’Autonomie à Domicile”.

23 Se encuentra regulada en el mismo Chapitre II pero en la Sous-Section 2, de la Section Première, titulado “Allocation Personnalisée d’Autonomie en Établissement”.

24 Para una reflexión general sobre prestaciones económicas *versus* prestaciones de servicios, v. M. L. Molero Marañón, “El espacio de las prestaciones económicas en la protección social de las personas dependientes: una

4.1. Valoración de la pérdida de autonomía

El otorgamiento de la APA se realiza tras un procedimiento de valoración de la falta o de la pérdida de autonomía de la persona, que permite evaluar el grado de dependencia de la persona que solicita la prestación con el fin de determinar el nivel de ayuda que necesita. Es importante destacar que desde la Ley 2015 en el proceso de valoración, se evalúa no solo la situación y las necesidades de la persona dependiente, sino la de sus cuidadores más próximos o allegados (“*prochesaidants*”). En concreto, dicho cuidador se define como la persona que asegura una presencia o una ayuda indispensable para el sostenimiento del beneficiario del APA en su domicilio, que no puede ser sustituido, posibilitando en ese caso que sus necesidades de descanso sean evaluadas (art. L 232-3-2 CASF).

En concreto, un equipo “médico-social” del CD realiza la valoración a domicilio²⁵. El equipo médico-social está formado por varios tipos de profesionales: un médico, varias clases de trabajadores sociales, enfermeros o enfermeras, personal administrativo. La Ley no impone un modelo uniforme así que los *Départements* gozan de cierta autonomía al respecto.

La valoración se realiza sobre la base del cuestionario AGGIR (“*Grille iso-ressources*”), al que se refiere la Ley y que se presenta como una nomenclatura nacional contemplando 10 actividades de la vida diaria. El cuestionario permite clasificar las personas valoradas según 6 grados. Se otorga la APA a las personas valoradas de 4 a 1, es decir de un estado de dependencia moderada a un grado de gran dependencia; por tanto, el solicitante puede tener alguna limitación, evaluándole como 5 o 6, sin que en este caso le corresponda ninguna prestación. Tras la instrucción del proceso administrativo, el equipo médico-social formula una propuesta de valoración, y en el supuesto de que la persona sea clasificada en un grupo del 1 al 4 se pasa a la fase siguiente (Plan d’Aide).

4.2. Elaboración del Plan Individual de Atención (a domicilio)

a) Revalorización del derecho de información

Para las personas valoradas como “dependientes”, el equipo médico-social elabora un Plan Individual de Atención, que requiere una evaluación de las necesidades de ayuda de la persona solicitante y de sus cuidadores próximos. En dicho Plan se debe informar del conjunto de modalidades de intervención existente, y de las más apropiadas de acuerdo a

reflexión sobre el sistema de cuidados deseable”, *Documentación Laboral*, nº 102, 2014, Vol. III, p. 183-193.

25 Para las personas mayores atendidas en instituciones geriátricas es el “médico coordinador” contratado y empleado por la propia institución quién efectúa la valoración del grado de dependencia.

las necesidades del beneficiario y sus cuidadores. La información exhaustiva sobre el conjunto de los distintos recursos posibles en el territorio es una garantía esencial para que el solicitante pueda ejercer su libertad de elección, principio esencial del sistema francés (art. L 232-6 3° CASF) (*v. infra*). De esta forma, la reforma de 2015, siguiendo recomendaciones europeas²⁶, instituye un Derecho de información de la persona dependiente y de su familia sobre las modalidades de acompañamiento que pueden ser llevadas a cabo, adaptadas a sus necesidades y sus deseos, constituyendo una obligación a cargo del CNSA, los departamentos, así como de los centros de información locales en función de su competencia (art. L 113-1-2).

b) Contenido del Plan

Según la dicción literal de la Ley, la APA es una prestación *personalizada*. Dicha prestación está concebida para compensar el coste de las ayudas y de los servicios prescritos en el Plan Individual por el equipo médico-social. La configuración legal es muy abierta y flexible, puesto que la Ley concibe que dicha prestación quede afectada para la cobertura de los gastos *de toda naturaleza* fijados en dicho plan [art. L 232-3 CASF].

El plan puede prescribir:

- Ayudas “domésticas”: limpieza, planchado, comida a domicilio, etc.
- Ayudas a la persona: baño, ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, transporte, etc.
- Ayudas técnicas: aparatos, adaptaciones de la vivienda, servicio de tele alarma/tele asistencia, etc.

Asimismo, como se ha expuesto, desde la Ley de 2015 el Plan Individual puede incluir medidas de ayuda a los cuidadores familiares, y de modo particular se fijarán los dispositivos necesarios para el derecho al descanso (“*droit de répit*”): descanso/alojamiento temporal de la persona dependiente. La Ley de 2015 contiene una medida de mejora de la APA en este caso (*v. infra*).

De manera general, el Plan APA puede prescribir todas formas de ayudas y atención *no sanitaria*, ya que la atención sanitaria está asumida por el Seguro Nacional de Salud.

El tipo y la variedad de ayudas y de servicios incluidos en los planes individuales dependen de la política y de las decisiones de cada *Conseil Départemental*, produciéndose diferencias entre los territorios. Por ejemplo, en la provincia de La Gironde, el *Conseil*

.....

26 A este respecto, la Recomendación nº (98) 9 del Consejo Europa, hace referencia al deber u obligación de información por la autoridad competente sobre las posibilidades existentes: “la elección debe ser igualmente informada, lo cual requiere una información accesible, objetiva, completa y personalizada”.

Départementale decidió en los últimos años excluir los sistemas de teleasistencia de los planes individuales. Por consiguiente, actualmente si las personas mayores o sus familiares desean este tipo de servicio, tienen que ellos mismos que costearlo. Dicha decisión refleja las dificultades financieras a las cuales se enfrentan los *Départements*, con el aumento creciente del número de beneficiarios potenciales de la APA en su territorio. Sin embargo, dicho aumento no afecta por igual a todas las provincias, y se puede observar que se ha mantenido la teleasistencia dentro de los planes APA en unas provincias cuando ha desaparecido en otras, como en la provincia de la Gironde.

c) *Carácter individualizado*

El Plan tiene que ser individualizado, o lo que es lo mismo adaptado a las necesidades propias de la persona. La Ley no fija un tipo de servicio o un número de horas de atención en relación con el grado (1, 2, 3, 4) de dependencia establecido. El equipo médico-social goza en principio de una libertad de apreciación: puede tomar la decisión de otorgar la cuantía máxima del APA prevista por la Ley en relación con el grado de dependencia (“planes al tope”), o determinar una cuantía inferior.

Sin embargo, lo cierto es que las normativas locales o recomendaciones de algunos CD restringen dicha libertad: por ejemplo, el CD puede decidir asignar para una persona valorada en grado 3, un número *normal* de 20 horas mensuales de ayuda para el baño, levantarse, acostarse y vestirse. Asimismo, se nota también que, por efecto de la presión financiera en relación con el aumento del número de beneficiarios, unos CD recomiendan a sus equipos médico-sociales limitar los “planes al tope” (al máximo), y no elaborar planes que superen el 90% del tope legal.

d) *Dimensión contractual del Plan*

El equipo médico-social (EMS) efectúa la visita a domicilio del solicitante y elabora el Plan. Por ejemplo, puede establecer 30 horas de ayudas a la persona (baño, levantarse, acostarse, vestirse) + 10 horas de ayuda doméstica = 40 horas mensuales. El EMS se refiere a los precios oficiales de los servicios a domicilio (regulados a nivel de cada provincia) para calcular el coste total de las intervenciones (por ej. 800€). Es claro que para este cálculo, el EMS toma en cuenta la cuantía máxima de la APA y las recomendaciones eventuales del CD al respecto, considerando también el nivel de recursos financieros de la persona²⁷, puesto que en dicho Plan ha de computar su participación



²⁷ Los datos sobre los recursos económicos del solicitante figuran en el expediente de solicitud previamente rellenado y transmitido al EMS.

financiera al plan (entre el 0% y el 90%). Su participación es calculada y actualizada cada año, a 1 de enero.

Finalmente, el EMS *propone* el Plan que tiene que ser aceptado por la persona dentro de un plazo de 10 días: “el APA es acordada”. Por tanto, el Plan de Atención se concibe como un contrato o acuerdo individualizando entre la persona dependiente y la administración que fija el importe del APA. En suma, dicho Plan tiene carácter contractual. En la práctica, con frecuencia se produce una negociación durante la visita al domicilio del solicitante de la APA, con objeto de obtener más horas de cuidado, o, en ocasiones, se trata de reducir el Plan, cuando implica una participación financiera demasiado importante del beneficiario.

e) Libertad de elección del tipo de prestatario de servicios de atención

La libertad de elección es un principio clave del funcionamiento del sistema de protección organizado por la APA. El equipo médico-social prescribe un plan concebido como adecuado para responder a las necesidades del individuo, pero no puede imponer el tipo de agente que prestará los servicios. El beneficiario puede teóricamente elegir entre:

- Un servicio público o privado autorizado por el CD, que interviene bien como prestatario o como mandatario. En este último caso, el beneficiario de la APA emplea a la persona mandada por el servicio de atención a domicilio que solo desempeña un papel de intermediación.
- Contratar libremente a una persona profesional o a un familiar, o pagar un acuerdo de acogimiento familiar. Sin embargo la ley francesa no permite contratar a su esposo/su esposa, a la persona con quién el beneficiario ha firmado un Pacto Civil de Solidaridad (para la convivencia) o a la persona con quien convive (“*concubin*”). Esta restricción no tiene una explicación jurídica muy clara. El deber de asistencia mutua entre los esposos del artículo 212 del Código Civil francés podría justificar la exclusión de un contrato de trabajo entre ellos. En efecto, la colectividad no ha de asumir a través de la APA la remuneración del esposo ayudante. Igualmente en el caso de personas que han firmado un Pacto Civil de Solidaridad, dado que la Ley francesa impone también un deber de asistencia mutua entre ellos, pero en el caso de la persona con quien convive, este tipo de deber jurídicamente no existe. Y es que con dicha exclusión, parece claro que el legislador francés no quiso fomentar el trabajo asalariado de la pareja; si la razón es la edad, dicho dato sin valoraciones adicionales resulta jurídicamente un prejuicio de falta de idoneidad que resulta bien discutible.

En la práctica, el APA que es destinado a la remuneración de un trabajador empleado a domicilio, o un servicio de ayuda a domicilio, puede ser pagado bajo el sistema del “cheque empleo-servicio universal” (CESU) (art. L 1271 Code du Travail). La utilización del CESU exige la aplicación de la legislación laboral, y que se respete el Convenio colectivo nacional de asalariados de empleadores particulares (Nº 3180), confiriendo a la persona asalariada los mismos beneficios sociales que un contrato de trabajo tradicional, siendo permitido solo para el pago de actividades de servicios a las personas a domicilio, o fuera de domicilio, pero complementando un servicio en el hogar. Asimismo, es importante destacar que en el caso del CESU declarativo, dicha contratación otorga ventajas fiscales para quien emplea a una persona asalariada a domicilio, e introduce simplificaciones administrativas en la contratación, redacción del contrato de trabajo, y en el pago de las cotizaciones sociales que es gestionado por el Centro Nacional del CESU²⁸. La finalidad principal de estos Cheque Servicio fue la de emerger el trabajo informal en el sector de los servicios de cuidado a las personas en el ámbito privado, presentando las ventajas de su tramitación para las personas empleadoras, y exoneraciones fiscales.

En la práctica, dicho principio de libertad de elección del beneficiario que rige dentro del sistema francés puede intentar ser limitado por los *Conseils Départementaux*, restringiendo la libertad de elección del beneficiario. Por ejemplo, en la provincia de La Somme, el CD impuso a los beneficiarios de la APA que contraten y empleen directamente a su cuidador a domicilio. En febrero de 2017, el tribunal especial en materia de asistencia social juzgó que este tipo de decisión administrativa violaba el principio legal de libertad de elección. Otros CD, como el de La Gironde, persiguen una política distinta y recomiendan a los EMS que orienten a las personas beneficiarias de la APA hacia la intervención de servicios prestarios profesionales autorizados que, por supuesto, ofrecen una mejor garantía de calidad.

La Ley de 2015 sobre *Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento* se sitúa en la misma perspectiva, ya que limita la libertad de elección de los beneficiarios de la APA que sufren una pérdida de autonomía importante (los grados 2 y 1). De este modo, la nueva ordenación normativa indica que cuando el Plan de atención prescribe la intervención de un tercero a domicilio, la APA estará afectada a la remuneración de un servicio de prestación de atención a domicilio, excepto si el beneficiario lo rechaza expresamente²⁹.

4.3. Pago y utilización de la prestación

Desde el momento en que el beneficiario acepta el Plan, la autoridad local -formalmente el



28 El CESU prefinanciado por el Estado se presenta bajo la forma de un boleto, con un valor predeterminado, como sucede con los *tickets restaurant*, que la parte empleadora entrega directamente al trabajador como remuneración.

29 Art. L. 232-6 del Código de la Acción Social y de las Familias.

presidente del CD- debe adoptar la decisión de atribución de la APA. El plazo legal entre la solicitud y la decisión es de 2 meses, lo que implica una intensa agilidad de los servicios provinciales dedicados a la APA. Transcurrido este plazo, el CD tiene que atribuir una cuantía fija de manera temporal, así que no resulta legalmente posible que haya listas de espera de solicitudes no satisfechas durante meses.

Por regla general, el propio beneficiario es quien recibe la APA cada mes, y el primer pago se abona al mes siguiente de la decisión de otorgamiento de la prestación. Si el beneficiario está de acuerdo, o cuando el beneficiario está cuidado en una institución geriátrica o residencia, el CD paga directamente la APA a los servicios profesionales de atención a domicilio o a la institución geriátrica. En caso de urgencia de naturaleza médica o social, el beneficiario puede percibir el APA de forma *anticipada a título provisional*, durante un máximo de 2 meses a partir de la petición. La prestación atribuida en ese caso es igual a 856,54 euros. Este anticipo es deducido del importe total del APA que finalmente es pagado, una vez resuelta de forma definitiva, la solicitud de la prestación.

V. RETOS Y REFORMA DEL SISTEMA

El sistema de protección social de las personas con dependencia instituido en 2001 ha alcanzado sus límites. El riesgo de dependencia en la población es creciente y aunque el gasto público es bastante considerable, la prestación APA no permite cubrir bien los costes, de modo especial cuando se trata de personas atendidas en residencias (“*en etablissement*”). La reforma aprobada con la Ley 2015-1776 del 28 de diciembre de 2015 sobre *Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento* propone una visión muy ambiciosa de cómo abordar los retos que supone el envejecimiento de la sociedad, intentando implicar a todo el tejido social en la problemática del cambio demográfico que están sufriendo las sociedades europeas; sin embargo, lo cierto es que la adopción de las medidas que pretende no transforma fundamentalmente el sistema vigente de protección social, y no aporta soluciones sólidas respecto a la financiación.

5.1. Algunos datos económicos, sociales y financieros

Hoy en día, el gasto público de la dependencia representa unos 24 mil millones de €, importe que incluye los gastos de atención sanitaria a las personas dependientes, asumidos por el Seguro Nacional de Salud, y los gastos de cuidado asumidos por la APA.

El gasto estimado en 2040 es de 35 mil millones de euros, cuyo solo enunciado claramente revela un problema de financiación respecto a la situación del déficit público francés. A tenor de la dificultad de su sostenibilidad se han explorado nuevas vías que permitan la consolidación del sistema, ya sea con el aumento de los impuestos dedicados a la financiación de la protección social³⁰, ya sea con el desarrollo de los seguros privados, o con soluciones mixtas.

El importe medio del subsidio APA es de 500€, con la obligada consecuencia de que buena parte de los beneficiarios tienen que pagar una parte considerablemente importante del coste de los servicios de cuidado, de manera especial, cuando la atención se presta en los establecimientos geriátricos. En este último caso, se estima que las personas atendidas en estos centros asumen un gasto que representa un promedio de 1400€/mes. Si se tiene en cuenta que la pensión media de jubilación es de 1376€ (brutos) resulta extremadamente difícil para muchas personas de edad avanzada y sus familias cubrir el gasto financiero que supone una atención adecuada³¹.

Por ello, una parte importante del cuidado a las personas mayores dependientes se realiza de manera informal, en general suministrado por un cuidador familiar. En el contexto francés de alto desempleo, dicha realidad representa para los poderes públicos una oportunidad de generación de puestos de trabajo. Se estima que el papel y el peso económico del cuidado informal representa unos 500 000 empleos / 8 mil millones de euros. La cuestión es: ¿cómo financiarlo?

5.2. Los ejes de la reforma de 2015

Como se ha expuesto, la Ley de 28 de diciembre de 2015 sobre *Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento* se presenta muy ambiciosa en sus fines, tratando de promover la movilización colectiva de la sociedad frente al reto del envejecimiento, proponiendo un cambio global en la visión de las personas maduras o de edad avanzada (“*un nouveau regard sur la vieillesse*”). Entre sus objetivos, propone una aproximación integral al problema de la dependencia, no solamente focalizada en la mejora de la prestación social (la APA), sino que diseña una amplia estrategia de prevención, así como medidas de apoyo al mantenimiento de las personas en el domicilio, y todo un conjunto de acciones de

.....

30 Como la *Contribution Sociale Généralisée* (CSG).

31 Las personas sin recursos o con escasos recursos financieros pueden beneficiarse de la asistencia social a la vivienda. En este caso, el precio de la vivienda (que incluye el precio de las comidas y otros servicios de “hostelería”) es pagado por el sistema local de asistencia social. Sin embargo, este sistema para la vivienda solo se aplica en los establecimientos geriátricos públicos (a asimilados), cuyo deber legal es precisamente acoger a las personas dependientes con escasos recursos. Por consiguiente, la libertad de elección de los individuos está limitada por sus recursos económicos y la oferta de atención en los establecimientos geriátricos se encuentra segmentada entre los públicos, con servicios muy básicos, y los privados que pueden ofrecer servicios “premium”.

adaptación de los territorios y de las ciudades al envejecimiento de la población (viviendas adaptadas, medios de transporte, urbanización, planes contra el aislamiento, etc.). Consecuentemente, dicha ordenación legal abarca a una serie de políticas públicas que implican a una gran diversidad de actores públicos y privados a varios niveles (estatal, regional, provincial, municipal).

En este estudio, nos limitaremos a referenciar las reformas que tienen impacto sobre el sistema vigente de protección social de la dependencia. En particular, se destacan tres ejes principales: la prevención, la reforma de la APA y de la regulación de los servicios de atención a domicilio, y el reconocimiento y apoyo al cuidador próximo o allegado.

a) La prevención

El presupuesto de la CNSA incorpora nuevos tipos de financiación a favor de las personas mayores valoradas o identificadas como *frágiles* (grado GIR 5 y 6). Se pueden financiar ayudas técnicas individuales, para las personas con escasos recursos económicos, y ayudas colectivas para las “residencias autonomía” que son unos conjuntos de viviendas sociales de alquiler moderado para las personas mayores, que incluyen servicios colectivos (restaurante, limpieza, actividades recreativas, etc.). Dichas residencias recibirán una ayuda modular, llamada paquete de autonomía (“*forfait autonomie*”), que permite reforzar la misión de prevención que cumplen de la pérdida de la autonomía, así como se implementará un plan de ayuda a la inversión para esta clase de residencias. En principio, solo las personas de 60 años valoradas con grado 5 o 6 pueden acceder a este tipo de vivienda, que está concebido como una fórmula intermedia entre el domicilio privativo y el establecimiento geriátrico³².

Desde esta misma perspectiva, dicha Ley prevé que cada *Conseil Départemental* tiene que organizar una “Conferencia de los financiadores”, nueva institución cuya misión es la coordinación de las acciones de prevención a nivel local con el fin de proponer a todas las personas de edad avanzada una respuesta coherente y adecuada a sus necesidades.

b) Reforma de la APA y de la regulación de los servicios de atención y cuidado a domicilio

La Ley de 2015 contempla una revalorización de la APA *a domicilio*: se aumentan las cuantías máximas de los planes individuales para las personas con fuerte dependencia (GIR 1 y 2), incrementándose el número de horas de ayuda a domicilio. Se contempla también una mi-

.....
32 Las “residencias autonomía”.

noración del copago para las personas con ingresos más modestos y que necesitan una atención de alto nivel (*ticket modérateur*). Asimismo, la reforma trata de mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores que prestan sus servicios en el sector de ayuda a domicilio, integrado en un 97 por 100 por mujeres: 25 millones de euros son destinados a la subida de los salarios de dichas asalariadas, definiéndose por el legislador como una “medida de justicia social”.

La Ley modifica también el modo de tarificación de los servicios de atención y cuidado a domicilio. Antes de la reforma, coexistían dos categorías de servicios: los autorizados por el CD, con regulación de sus precios (precios determinados por la propia autoridad local), y los servicios solamente “aprobados”, es decir reconocidos y registrados por la Administración de Trabajo y cuyos precios eran libres. Con la Ley de 2015, desaparece la categoría de los servicios “aprobados”. Todos los servicios de atención a domicilio que presten servicios a personas mayores con pérdida de autonomía tienen que ser autorizados, lo que confiere al *Conseil Départemental* un mayor poder de regulación a nivel de su territorio.

Aunque la reforma se focalice en la atención a domicilio, el legislador quiso abordar de manera general el tema de la tarificación y de los precios de los servicios de cuidado a favor de las personas mayores dependientes, así que la Ley de 2015 prevé nuevas normas para regular los precios que afectan al pago de la “vivienda” en los establecimientos geriátricos privados. Técnicamente, la gestión de estos establecimientos o residencias de mayores implica una distinción entre tres tipos de precios: la “tarifa atención sanitaria” que es asumida por el Seguro Nacional de Salud, la “tarifa cuidado” que resulta en todo o en parte asumida por la APA, y, finalmente, la “tarifa vivienda” asumida por el usuario. Pues bien, la reforma de 2015 incide solo en esta última, fijando una regulación bastante flexible.

Se trata de la introducción de una *tarifa de referencia*, no absolutamente obligatoria pero que constituye un elemento de comparación de los precios para los usuarios y de *benchmarking* para las entidades que ejercen la tutela sobre los establecimientos geriátricos (CD y Agencia Regional de Salud). Y es que dicha Ley establece todo un conjunto de medidas que tienen como finalidad otorgar una mayor transparencia en el coste de alojamiento de la residencia, debiendo tener el beneficiario acceso al conocimiento preciso del coste y de los servicios incluidos en la tarifa, habiendo establecido un portal oficial de internet con un simulador, para que el solicitante pueda realizar una simulación previa del gasto, teniendo un mayor conocimiento para poder elegir el establecimiento adecuado a sus necesidades y recursos (www.pour-lespersonnes-agees.gouv.fr). Asimismo, se han introducido medidas de “control de calidad” de los servicios y establecimientos que reciben la APA.

c) *El reconocimiento y apoyo a los cuidadores próximos o allegados*

Otro elemento clave de la reforma es el reconocimiento de la figura del cuidado familiar, denominado en Francia como cuidador próximo o allegado, definiendo la noción, e instituyendo el estatus del cuidador, haciendo referencia a la necesidad de su revalorización, así como a la necesidad de adoptar medidas de apoyo o sostenimiento de su función en línea con otras reformas de legislaciones europeas, como la Ley inglesa de Cuidado de 2014 (Care Act 2014)³³. La Ley 2015 define la noción de dicho cuidador familiar como una persona que ayuda de manera regular y frecuente, no profesionalmente, a una persona mayor con pérdida de autonomía, a efectuar una parte o la totalidad de los actos o actividades de la vida diaria (art. L 113-1-3). Según la definición legal, puede ser el esposo/ la esposa, la persona con quién se ha firmado un pacto civil de solidaridad, el concubino/ la concubina, un familiar, un allegado o una persona que comparte la vivienda o que tiene con la persona dependiente vínculos estrechos y estables. Por tanto, la identidad de dicho cuidador supera la noción que se identifica exclusivamente con relaciones de parentesco.

Como se ha indicado, en la legislación francesa, el cuidador próximo -excepto que sea la pareja de la persona con pérdida de autonomía en sus distintas variantes, *supra*- puede ser susceptible de ser contratado laboralmente, bajo la modalidad de un contrato de ayuda o asistencia en domicilio, destinando la APA a cubrir la remuneración de su función de cuidado (art. L 232-7 CASF). Asimismo, cabe resaltar como en el proceso de valoración de la situación de pérdida de autonomía, desde la Ley 2015, el equipo médico-social no solo evalúa la situación y necesidades de la persona dependiente, sino también las del cuidador allegado, fijando el plan individual en atención a ambos sujetos (art. L 232-6 CASF). De forma especial, se reconoce por primera vez el derecho al descanso (“*droit de répis*”), cuando el cuidador no puede ser reemplazado y asegura una atención indispensable para el sostenimiento de la persona dependiente en su domicilio. En dicha hipótesis, el plan individual que fija el APA puede incorporar un “derecho al descanso”, incrementándose el importe que recibe del APA, añadiéndose a la cuantía máxima que puede recibir el beneficiario (500€/año), garantizando descansos temporales, al igual que cuando hay una hospitalización del cuidador familiar, en cuyo caso se prevé un acuerdo de urgencia que permita solventar la situación del cuidado para la persona dependiente (995 euros al año).

.....

33 A diferencia de lo sucedido en la legislación española, por obra del RDL 20/2012, vid. M. L. Molero Marañón, *Bases, evolución y retos de la Ley de dependencia a los diez años de su aprobación*, Albacete (Bomarzo), 2017, pp. 77 a 89.

VI. CONCLUSIONES

La descripción del sistema francés de protección social de la dependencia pone de relieve que, pese a la voluntad de reconocer un verdadero derecho subjetivo universal y uniforme a todas las personas mayores dependientes, el sistema se ha mantenido más o menos en la esfera de la asistencia social. Sin duda, se trata aquí de una forma “modernizada” de asistencia social, o en la terminología española actual, podría ser una expresión equivalente a los servicios sociales que soportan la protección de la dependencia. Sin embargo, la tendencia asistencial es patente, como lo ilustra la reforma de la APA por la Ley de 2015: el esfuerzo de solidaridad nacional se focaliza en las personas con dependencia fuerte e ingresos modestos. Dicha restricción indudablemente tiene relación directa con el tema financiero. La reforma se presenta muy ambiciosa, pero con escasa financiación estatal: se basa sobre la aportación de unos 645 millones de €, proviniendo de la CASA³⁴ para financiar las mejoras de la APA y las acciones de prevención de la dependencia.

Todo ello provoca que el centro de gravedad del sistema de protección francés se sitúe en las competencias y las responsabilidades de las colectividades públicas locales: los *Départements*. En suma, se asiste a un desarrollo del *local welfare*, con un papel siempre más importante de los *Conseils Départementaux*. De un lado, dichos organismos soportan el peso de la financiación y asumen responsabilidades ante la población que vive en su territorio, lo que supone en última instancia garantizar el acceso a la protección para todos, asegurando la equidad o igualdad territorial a su nivel. De otro lado, dichas administraciones desempeñan un papel de gobernanza de la intervención de los varios actores, especialmente con la regulación de la oferta de servicios de atención y cuidado a las personas mayores con pérdida de autonomía. Consecuentemente, actúan con un cierto margen de autonomía respecto a la Ley, produciéndose en la práctica unas diferencias relevantes entre las provincias. Sin embargo, el sistema permanece garantizando una protección bastante uniforme a nivel nacional, de conformidad con los valores de la República.

La protección social de las personas con pérdida de autonomía tiene claramente sus debilidades. Como se ha mencionado, el esfuerzo financiero del Estado para implementar la reforma de 2015 es muy modesto. La reforma apuesta por el desarrollo de la prevención de la dependencia para aliviar el peso de la protección sobre las finanzas públi-

.....

34 CASA: Contribución Adicional de Solidaridad para la Autonomía. Es un impuesto del 0,3% sobre la renta de los jubilados y pensionistas, afectado a la financiación del sistema de protección social de la dependencia.

cas, pero realmente se puede considerar que un verdadero esfuerzo hacia la prevención supondría o hubiera supuesto más que esta reforma, una revolución del sistema vigente, “estructuralmente” concebido en base a un subsidio -la APA- con finalidad de reparación o de compensación. Pasar de la reparación (de un daño) a la prevención es un reto para el sistema francés, como es un reto para cada sistema nacional de protección social, que verdaderamente pretende dar una respuesta adecuada a los “nuevos riesgos sociales”³⁵.

PHILIPPE MARTIN

*Director de Investigación del Centro de Derecho Comparado y de Seguridad Social (Comptrasec),
Universidad de Burdeos (Francia)
philippe.martin@u-bordeaux.fr*

MARÍA LUISA MOLERO MARAÑÓN

*Catedrática de Derecho del Trabajo y Seguridad Social,
Universidad Rey Juan Carlos (España)
luisa.molero@urjc.es*



35 Sobre el tema, P. Martin, “New social risks and new social rights in the French welfare system”, *Social Rights in the Welfare State: Origins and Transformations*, T. Kotkas and K. Veitch (ed.), Routledge, 2017, pp. 99-116.