

FRANCIA

PENSIONES DE JUBILACIÓN EN FRANCIA EN 2008 ⁸

A finales de 2008, cerca de 15 millones de personas –con residencia en Francia o en el extranjero- eran jubilados y desde 2006, el número de jubilados aumenta en torno a las 500.000 personas por año. En 2008, la pensión media de los jubilados – incluyendo todos los regímenes de seguridad social- fue de 1.122 euros mensuales. Esta aumenta un 2,4% de media al año desde 2003, lo que supone un crecimiento de 0,6% por encima de la inflación media anual, pero esta evolución se produce principalmente por la salida de los pensionistas de mayor edad y la entrada de los nuevos jubilados con derecho a mejores pensiones por haber tenido una mejor vida profesional. Por otra parte, la pensión obligatoria por reparto sigue constituyendo lo esencial de las pensiones de jubilación en Francia: los diversos dispositivos de jubilación complementaria facultativa solo representan entre el 2% y el 5%, respectivamente, de los importes totales de prestaciones y cotizaciones.

Las pensiones de jubilación y viudedad⁹, pagadas por los regímenes franceses obligatorios y facultativos, representaron 251.000 millones de euros de prestaciones en 2008, lo que supone el 12,9% del PIB. Se distribuyen en 180.000 millones de euros para los regímenes de base, 65.000 millones para los regímenes complementarios obligatorios y 6.000 millones para los regímenes suplementarios facultativos y planes de pensiones gestionados por compañías de seguros, mutuas o institutos de previsión. Desde 2004, la masa anual total de las prestaciones de jubilación aumenta un 5,4% de media cada año.

Quince millones de jubilados

Como hemos dicho anteriormente, los 15 millones de jubilados citados anteriormente no debe confundirse con el número de jubilados que viven en Francia ya que, por una parte, ciertos beneficiarios de una pensión de jubilación de un régimen francés viven en el extranjero y, por otra, algunos jubilados que viven en Francia perciben únicamente bien una pensión de viudedad, bien una pensión extranjera o el “subsidio mínimo de vejez”.

La mayoría de los jubilados perciben pensiones procedentes de varios regímenes, lo cual explica que el número de jubilados de al menos un régimen francés sea bastante inferior a la suma de los efectivos de jubilados en los diferentes regímenes. Así, los antiguos trabajadores asalariados del sector privado perciben a menudo otra pensión de un régimen complementario, además de la pensión de base y las personas que, durante su vida activa, pasaron del sector privado al sector público o al estatuto de trabajador autónomo perciben pensiones de varios regímenes de base. La Caja Nacional del Seguro de Vejez (CNAV) -régimen general de los trabajadores del sector privado- representa el régimen más importante, en términos de

⁸ “Études et Résultats” n° 722 – Abril de 2010. DREES (Dirección de Investigación, Estudios y Estadísticas de la administración central de los ministerios sanitarios y sociales).

⁹ La pensión de viudedad (denominada “reversión”) la abona el seguro de vejez

efectivos, con 11,4 millones de beneficiarios. Entre los regímenes de base, le sigue la Mutualidad Social Agrícola (MSA) “Asalariados Agrícolas”, con cerca de dos millones de jubilados, así como la MSA “Autónomos Agrícolas”, y la Función Pública con 1,6 millones de jubilados, cada uno.

Por último, 600.000 personas perciben la prestación el “subsido mínimo de vejez”: la Ayuda Complementaria del Mínimo de Vejez (ASV) o la Ayuda de Solidaridad para las Personas Mayores (ASPA), que les permite alcanzar un nivel mínimo de ingresos. En la mayoría de los casos, estas prestaciones completan las pensiones mínimas pagadas por la CNAV o la Mutualidad Social Agrícola (MSA). Sin embargo, para 70.000 personas estas ayudas constituyen la única fuente de ingresos y son pagadas directamente por el Servicio de Ayuda de Solidaridad para las Personas Mayores (ASPA).

Aumento del efectivo de jubilados y del importe de las pensiones.

Como lo hacía ya desde 2006, en 2008 siguió aumentando el número de personas con derecho a percibir una pensión de jubilación, alcanzando la cifra de 500.000 personas. Este ritmo de crecimiento -superior al que se había observado antes de 2006- se debe a la llegada a la edad de jubilación de las llamadas generaciones del “baby-boom”, nacidas a partir de 1946 y que contaban con un tercio más de personas que las generaciones precedentes. El aumento del crecimiento anual del número de jubilados a partir de 2006 ilustra el crecimiento brutal de los demandantes de pensiones de jubilación con la llegada a la edad legal del retiro de estas generaciones. Pero, sin embargo, de manera atenuada, ya que todas las personas de una misma generación no se jubilan ni fallecen durante el mismo año. Además, en particular, ciertas personas de esas generaciones pudieron jubilarse de manera anticipada antes de 2006 por el hecho de haber comenzado a trabajar muy jóvenes. Así, la CNAV constató un fuerte aumento desde el año 2004, primer año de aplicación de ese dispositivo. Por otra parte, ciertas personas de las generaciones anteriores, menos numerosas, pudieron liquidar sus pensiones tardíamente, después de 2006.

El importe medio de las pensiones –abonadas por todos los regímenes- (excluyendo las pensiones de viudedad, mejoras y subsidios mínimos de vejez), fue de 1.122 euros mensuales de media en diciembre de 2008. Ese importe aumenta cada año como los efectivos de jubilados, a un ritmo anual medio del orden de 0,6 puntos de porcentaje por encima de la inflación. Las diferencias entre hombres y mujeres se reducen progresivamente, aunque el importe medio de la pensión de estas últimas sigue siendo bastante inferior: 825 euros mensuales frente a 1.426 euros de media para los hombres en diciembre de 2008. La pensión media de las mujeres representa el 58% de la de los hombres, cuando solo representaba el 55% en 2004.

Crecimiento de las pensiones debido esencialmente a la rotación de las distintas generaciones de jubilados.

El crecimiento del importe medio de las pensiones de los jubilados de un año a otro resulta de dos componentes: el primero relativo a la evolución de las pensiones de las personas ya jubiladas y el segundo relativo a la renovación de la población de jubilados, con el fallecimiento de los de mayor edad, por un lado,

y la liquidación de los derechos a pensión de las personas de las generaciones que llegan a la edad del retiro, por otro. Desde 2004 y conforme a la Ley de 21 de agosto de 2003, de reforma de las pensiones de jubilación, estas últimas se revalorizan cada año según la tasa del IPC. A medio plazo, las pensiones de las personas ya jubiladas evolucionan al mismo ritmo que la inflación. Ciertamente, de un año al siguiente, las evoluciones pueden variar según la diferencia entre las previsiones y la evolución constatada posteriormente del IPC. Pero estas divergencias solo pueden ser transitorias, ya que serán corregidas en las revalorizaciones de los años siguientes.

El crecimiento de la pensión media a un ritmo superior a la inflación resulta pues, en lo esencial, de la renovación de la población de jubilados, con la llegada de nuevos jubilados que dispongan de carreras profesionales más favorables y, por consiguiente, beneficiarios de pensiones más elevadas y el fallecimiento de los jubilados de mayor edad que percibían pensiones más bajas, de media, que el conjunto de los jubilados.

Este mecanismo –que traduce un simple efecto de la composición de la población de los jubilados- es particularmente significativo para las mujeres, para las cuales las diferencias entre las generaciones son más importantes, a causa de un aumento de la tasa de actividad durante los cincuenta últimos años, así como de una elevación del nivel de cualificación y de un acercamiento progresivo de sus remuneraciones respecto a las de los hombres, pero también por el crecimiento de los dispositivos de compensación aplicados por las interrupciones de la vida profesional para cuidar de los hijos.

Para los hombres, la evolución es menos evidente, ya que el aumento de los salarios medios según las generaciones podría haberse atenuado por el impacto de las reformas de las pensiones de 1993 y de 2003 que, salvo un retraso significativo de la edad de jubilación, pueden implicar una disminución del importe de las pensiones individuales. Para las generaciones hasta la de los nacidos en 1942, la pensión media sigue sin embargo aumentando –de generación en generación- en la mayoría de los regímenes, lo cual parece significar que la mejora progresiva de la vida profesional predomina aún sobre el impacto de las reformas de las pensiones, por lo menos de la de 1993.

Actualmente no es posible saber si esta evolución se sigue produciendo en las generaciones posteriores a la de los nacidos hasta 1942, afectadas de manera más importante por la reforma de las pensiones de 2003. Efectivamente, la comparación de las diferentes generaciones solo puede hacerse cuando la totalidad de todos los individuos de esas generaciones se ha jubilado y en consecuencia no antes de la edad de 66 años. En 2008, ninguna generación afectada de manera significativa por la reforma de 2003 ha alcanzado esa edad.

Cada vez más pensiones afectadas por el dispositivo de aumento o disminución de la pensión.

La reforma de 2003 instauró un sistema de aumento de la pensión para las personas que prolongaran su actividad después de los 60 años (edad legal de jubilación) y de la duración requerida de cotización.

Además, también se modificó el baremo de la disminución aplicable en el caso de no haber cumplido los años de cotización requeridos para obtener una pensión completa, aplicando progresivamente la disminución de la pensión. En el régimen general, el porcentaje de los que sufrieron una disminución pasó de 5 a 6% de los nuevos jubilados entre 2005 y 2008 y el de los que obtuvieron un aumento pasó de 4 a 9%. Estos porcentajes se obtuvieron respecto a las personas de diversas generaciones.

La pensión facultativa, llamada “suplementaria”, sigue siendo marginal respecto a los regímenes obligatorios por “reparto”.

Además de los regímenes obligatorios por reparto, las pensiones facultativas llamadas “suplementarias” permiten a ciertos jubilados completar sus ingresos. La “pensión suplementaria” comprende los regímenes facultativos de jubilación que proponen ciertas empresas a sus trabajadores a los que se les suele asociar dispositivos de ahorro salarial, así como otros productos de ahorro individual y se basan en la capitalización.

En 2008, los productos de ahorro individual para la jubilación -suscritos fuera del marco profesional- representan unos 800.000 beneficiarios de una renta y tres millones de adherentes. Los profesionales independientes cuentan con 100.000 titulares con una renta ya constituida y 1,3 millones de contratos en proceso de constitución. En cambio, no es posible hacer una estimación de los efectivos asociados a los dispositivos de pensión “suplementaria” para los trabajadores del sector privado, ya que es difícil individualizarlos.

Globalmente, los diferentes dispositivos de jubilación “suplementaria” facultativa representaron más de 125.000 millones de euros en 2008. A pesar de ello y de haber registrado un aumento desde 2004, los dispositivos de ahorro para la jubilación siguen siendo marginales si se los compara con los regímenes obligatorios por reparto. Así, en 2008, el importe total de las cotizaciones asociadas a esos dispositivos solo representa el 5,3% del importe total de las cotizaciones a los regímenes obligatorios. Estas cifras son estimaciones y están sometidas a diversos límites de naturaleza estadística, en particular el campo del seguimiento estadístico de la pensión “suplementaria” solo contempla productos gestionados por las sociedades de seguros, mutuas e instituciones de previsión y excluye los dispositivos gestionados de manera interna por las empresas y por instituciones de jubilación suplementaria.

SEGURO DE ENFERMEDAD: CONSTATAIONES Y ORIENTACIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA LONGEVIDAD ¹⁰

El envejecimiento de la población se presenta a menudo como una de las causas esenciales del aumento del gasto sanitario y, en consecuencia, del equilibrio financiero del Seguro de Enfermedad. El Alto Consejo para el Futuro del Seguro de Enfermedad (HCAAM) ha querido abordar esta cuestión que suscita

¹⁰ Dictamen del Alto Consejo para el Futuro del Seguro de Enfermedad, aprobado por unanimidad el 22 de abril de 2010.

actualmente muchos debates relativos a otras dimensiones de la protección social, tales como las pensiones de jubilación o la pérdida de la autonomía.

Este estudio llega a la conclusión de que el envejecimiento de la población no constituye una amenaza para el sistema de cobertura solidario. En cambio, la longevidad creciente de los individuos y el envejecimiento correlativo de la población suscitan una cuestión crucial al sistema de asistencia sanitaria y, a la vez, a la evolución del gasto del seguro de enfermedad. Es decir, el desafío de organizar de otra manera la asistencia y el acompañamiento de los enfermos particularmente frágiles o con situaciones clínicas complejas y patologías múltiples.

Las personas mayores, al estar más afectadas por la enfermedad, tienen necesidades superiores a la media respecto a la cobertura del seguro de enfermedad.

A primera vista, el consumo de atención sanitaria crece con la edad y, por consiguiente, los grupos de mayor edad se benefician de una transferencia de recursos del seguro de enfermedad cuya proporción es superior a sus efectivos: así, los mayores de 60 años son una quinta parte de la población pero consumen el 45% de la atención sanitaria y los mayores de 75 años son el 8% y consumen cerca del 20% del gasto sanitario.

La edad va acompañada de un aumento del número, frecuencia y gravedad de las enfermedades. En realidad, de manera más precisa, se debería hablar de concentración de las enfermedades a medida que se avanza en edad, en vez de hablar de concentración del gasto sanitario. Por ejemplo, los mayores de 60 años sufren más del 60% de las enfermedades de larga duración y los mayores de 75 años cerca del 25%.

Los gastos del seguro de enfermedad “relativos a la edad” son pues –en primer lugar y fundamentalmente– gastos del seguro de enfermedad “relativos a la enfermedad”. En realidad, bajo la apariencia de una solidaridad entre las generaciones, el sistema del seguro de enfermedad cumple sencillamente su función de solidaridad entre sanos y enfermos.

Esta afirmación es cierta pese a lo que se dirá más adelante respecto al hecho de que ciertos gastos de las personas de mayor edad se deben a malas orientaciones en el sistema de salud, reveladoras de un mal funcionamiento, que las afecta negativamente a ellas mismas.

Pero, a pesar de ciertas ideas preconcebidas, esta solidaridad no llega a alcanzar proporciones exorbitantes y se debe insistir en el hecho de que el impacto global de esta concentración de gastos en las personas de mayor edad sigue alcanzando proporciones muy alejadas de ciertas ideas preconcebidas. Así, los gastos de salud de los “menores de 60 años” (55%) son globalmente superiores a los de los “mayores de 60 años” y los de los “menores de 10 años” representan una suma equivalente a los de los mayores de 85 años. Tampoco es correcta la idea que se transmite a menudo de que lo esencial del gasto sanitario se efectúa

durante los últimos años de la vida. El Alto Consejo ha indicado en varias ocasiones que el gasto del “último año de vida” solo representa –de media- de 7% a 8% del gasto total de una vida.

El envejecimiento de la población francesa no es en sí la amenaza dominante respecto a la evolución global del gasto del seguro de enfermedad: su impacto se producirá más bien sobre el reparto interno entre los diferentes tipos de gastos de asistencia médica.

El impacto de las evoluciones demográficas será considerable, pero tampoco será exagerado. De la doble constatación de que las personas mayores tienen un consumo elevado individual de asistencia sanitaria y del aumento creciente de la edad en la población francesa (el porcentaje de los mayores de 75 años se va a duplicar de ahora a 2050), se saca la conclusión de que el envejecimiento de la población es un factor importante, incluso dominante, respecto a la evolución del gasto.

Según este informe, esta deducción no es correcta, ya que la causa estrictamente “demográfica” de la evolución del gasto solo tendrá incidencia en una fracción muy minoritaria de la misma. Simplemente porque el envejecimiento medio de una población es un fenómeno muy lento: la edad media de la población francesa –actualmente algo más de 40 años- solo aumenta dos meses por año.

Así, los diferentes estudios disponibles coinciden en un efecto demográfico de 0,7 puntos de crecimiento medio por año de los gastos sanitarios en los veinte próximos años.

En cambio, este efecto demográfico podrá manifestarse en la naturaleza de los actos sanitarios propiamente dichos, por ejemplo los relacionados con el estado de mayor fragilidad física o cognoscitiva de las personas mayores van a experimentar un crecimiento mayor que el resto del gasto del seguro de enfermedad. Será el caso, en particular, de los cuidados de enfermería en los establecimientos y servicios llamados médico-sociales. El Alto Consejo ha calculado la importancia creciente de estos actos para las personas mayores de 80 años. Puede ocurrir lo mismo con los gastos de hospitalización, respecto a los cuales ciertos estudios muestran que –si no se modifica la tendencia actual- podrían aumentar un 28% en jornadas de hospitalización completa de ahora a 2030.

El gasto individual medio de la atención sanitaria de las personas de mayor edad aumenta de manera considerable sin que pueda explicarse por la adición de diferentes enfermedades.

El Alto Consejo estima que se debe analizar el nivel anormalmente alto de los gastos individuales de atención sanitaria de las personas de “gran edad” y se pregunta si la edad es un factor agravante de este incremento. Sin haber podido profundizar la cuestión, esta institución concluye que, en el estado actual del conocimiento de datos, es imposible saber si se mantendrá la tendencia de aumento del gasto de estas personas.

Una observación puramente estadística establece que el aumento del gasto sanitario en función de la edad –que es aproximadamente continuo a partir de la edad adulta- experimenta una forma de “ruptura de pendiente” en torno a un umbral que se sitúa entre 75 y 85 años. El gasto medio individual de salud varía así –para las personas de “gran edad”- de manera mucho más importante que en los grupos de personas de menor edad: la diferencia del gasto individual medio entre 70 y 90 años es superior al doble de la diferencia constatada entre 50 y 70 años.

Esta ruptura introduce -en el fenómeno del crecimiento del gasto en función de la edad- una discontinuidad que define, en cierto modo, la especificidad estadística de la “gran edad” respecto al gasto del Seguro de Enfermedad. Cuestión que para el Alto Consejo debe considerarse específica de las “personas muy mayores”. “El aumento medio del gasto individual de atención sanitaria en la “gran edad” no tiene una explicación epidemiológica evidente”.

Desde el punto de vista médico, la “gran edad” –sector de la geriatría- , se caracteriza por la coexistencia de un número creciente de patologías crónicas que, incluso estabilizadas, crean un estado de gran fragilidad, asociado a riesgos importantes de “descompensación” y, a menudo, con alteración de las funciones cognitivas. Pero la patología múltiple de la “gran edad” –a la vez causa y resultado de la mayor fragilidad fisiológica- define algo distinto de una adición aritmética de enfermedades de órganos. La persona muy mayor es en primer lugar un enfermo complejo, vulnerable y frágil.

No es pues fácil explicar por qué el gasto individual medio aumenta de manera tan importante en la “gran edad”, ya que -a pesar de la acumulación de patologías- la fragilidad de las personas afectadas dificulta la proliferación de actos médicos, prescripciones y diagnósticos, tanto más cuanto que -a causa de esa misma fragilidad- es necesario prodigarle cuidados mas bien de enfermería que de naturaleza médica y, por consiguiente, menos onerosos.

Por ello, el Alto Consejo –que ha centrado su estudio en este punto- constata que no es suficientemente completo y que sería mejor continuar la investigación. En primer lugar, porque es legítimo pensar que una parte de ese aumento del gasto en función de la edad corresponde a un gasto inútil e incluso que quizás sea mejor evitarlo por el bien de la persona. Y, en segundo lugar, porque hay motivos para considerar que ello pueda deberse a un mal funcionamiento de la organización de la atención médica de las personas de “gran edad”.

El Alto Consejo considera que una parte importante del gasto individual medio –muy alto en la “gran edad”- se explica por estrategias estructurales inadaptadas.

Según este organismo, la observación de varias historias individuales le ha permitido emitir este diagnóstico. Lejos de ser anecdóticos, estos casos emanan del único punto de vista pertinente cuando se trata de falta de coordinación de cuidados sanitarios. Así, la suma no siempre coherente de actos y prescripciones, la sucesión de residencias o instituciones inadaptadas, la acumulación de exámenes médicos sin conclusión

son realidades vividas en las que se constata a la vez una intensa movilidad de medios y consecuencias humanas y terapéuticas decepcionantes e incluso, a veces, dramáticas.

Otro síntoma de mal funcionamiento y de mala organización es el hecho de encontrar un gran número de personas de “gran edad” en los servicios de urgencias de los hospitales, así como el porcentaje de su admisión en hospitalización: más del 40% de personas mayores de 85 años, sabiendo que solo es de 15% para todas las clases de edad, situadas entre 30 y 70 años. Una diferencia tan importante no es normal, según este informe.

El Alto Consejo considera que, para una gran parte de las personas de “gran edad”, los servicios de urgencia de los hospitales son el receptáculo obligatorio de demandas de atención sanitaria, que no ha sido proporcionada anteriormente. Además, el mal funcionamiento del sistema de asistencia sanitaria se produce por la complejidad de las situaciones, ya que las necesidades de las personas de “gran edad” son complejas respecto a las estrategias terapéuticas que se deben adoptar desde el punto de vista médico y técnico, a lo que se añade el buen hacer de la asistencia de enfermería, así como el acompañamiento para proteger, mantener o restituir las capacidades de autonomía.

Para el Alto Consejo, la “gran edad” es un “amplificador” de las consecuencias de todas las carencias del sistema de asistencia sanitaria: asimilación demasiado exclusiva de la calidad médica a la especialización; tendencia a subestimar la importancia de los cuidados de acompañamiento, de enfermería y asistencia, sin olvidar la gestión separada de los problemas sanitarios y de las cuestiones sociales.

Esta falta de adaptación estructural en el tratamiento de las personas de “gran edad” origina costes que pueden y deben ser controlados.

Las personas mayores de “gran edad” obligan a organizar la asistencia sanitaria en torno a la persona, lo cual necesita un sistema de atención sanitaria que reaccione de manera precoz a las señales de alerta, que lo haga de manera proporcionada y que los agentes de sanidad dispongan de toda la información que les permita conocer el contexto clínico en su totalidad.

Evidentemente, esta triple estrategia es válida para cualquier enfermo, pero para la persona de “gran edad” -con patologías múltiples y una gran fragilidad- es imprescindible a causa de las consecuencias sanitarias y financieras que pueden sancionar -de manera casi sistemática- el olvido de este principio fundamental.

La respuesta a los desafíos que las personas muy mayores transmiten a nuestro sistema de sanidad y del seguro de enfermedad se añade a la orientación general que debe preconizarse por el sistema de asistencia sanitaria en su conjunto: a la vez es necesario que haya más cooperación y más coordinación.

El Alto Consejo estima que estos esfuerzos pueden dar rápidamente resultados positivos. No debemos olvidar que -para las personas de “gran edad”- desviarse de la proporción “justa” de los actos terapéuticos o

medicamentos puede tener efectos nefastos considerables: el 20% de las hospitalizaciones de las personas mayores de 80 años se deberían a los efectos nocivos de ciertos medicamentos. Según aconseja el Alto Consejo, se debería trabajar con una cooperación más eficaz entre las diferentes profesiones e instituciones sanitarias, médico-sociales y sociales, así como con los hospitales, para mejorar y racionalizar el acceso a la hospitalización de las personas mayores. También sería conveniente crear “equipos móviles” de geriatría, que pudieran actuar con rapidez y ponerse en contacto con los médicos de cabecera y con los equipos mixtos sanitarios y médico-sociales.

Hay que llegar a concretar la idea de que la coordinación de la asistencia sanitaria es ya “curar”. Así, las acciones recientemente iniciadas en el marco del “Plan Alzheimer” (2008-2012) han acentuado la importancia de la coordinación de los cuidados médicos en torno a cada persona. Y es particularmente importante para las personas mayores recordar esta verdad general: que la coordinación de la asistencia sanitaria forma parte del acto de curar, ya que condiciona de manera tangible la calidad y la eficacia de la misma.

El Alto Consejo estima que es necesario franquear una etapa y desea que se estudie un verdadero dispositivo de coordinación personalizado, destinado prioritariamente a las personas muy mayores, es decir las más frágiles. Sería pertinente distinguir dos funciones en esta coordinación en torno a la persona, que debe organizarse sobre una base territorial:

- la función de síntesis médica y toma de decisiones sobre las orientaciones o cambios de estrategia terapéutica, asumida por el médico de cabecera;
- la función de coordinación en el entorno próximo de la persona y de sus familiares o cuidadores, que garantice la vigilancia y la circulación de información, así como la ayuda para efectuar los trámites administrativos. Esto lo puede realizar –según el tipo y nivel de necesidades- un asistente social, una enfermera u otro auxiliar médico.

Hay que responder a las necesidades de información de las personas mayores y de sus familiares y tomar en cuenta sus necesidades respecto a la vida en sus domicilios.

Será necesario un enfoque global de la oferta de los sectores sanitario y médico-social que permita hacer frente a las disparidades considerables de equipamiento en el territorio.

El Alto Consejo ha constatado –sea cual sea la región considerada- que en lo que se refiere a la oferta de servicios e instituciones que lleva consigo el sector geriátrico, siempre hay carencias. Ahora bien, para las personas de “gran edad”, es esencial la disponibilidad de esos servicios. Por ejemplo, la insuficiencia de “camas de breve residencia geriátrica” se traducirá por la ocupación inadecuada y onerosa de “camas de especialidad”. La indisponibilidad de plazas en establecimientos para personas mayores dependientes (EHPAD), con tarifas moderadas, se traducirá por la ocupación de plazas o camas de hospitales para

atención médica intensiva. Es imprescindible encontrar las vías de gestión armonizada de la oferta sanitaria y de la intervención social.

Ciertos informes del Centro de Análisis Estratégico han demostrado la importancia que tiene el acompañamiento necesario para el retorno a la vida ordinaria de las personas de “gran edad”, después de una breve hospitalización en un servicio geriátrico, es decir que lo que es necesario es la coordinación entre la asistencia técnica y la ayuda social.

Asumir la atención sanitaria no significa necesariamente asumir solo el “riesgo dominante”, sino que se inserta en un conjunto más amplio en el que las intervenciones se conciben en función de la totalidad de las realidades, humanas y sociales, de una situación de vida.

El Alto Consejo estima que un mejor acompañamiento de la pérdida de autonomía –necesidad específica y distinta del acto de salud- puede constituir un potente resorte de eficiencia del gasto del seguro de enfermedad.