



# MODELOS COMPARADOS EN EUROPA DE PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

MARÍA GEMA QUINTERO LIMA

*Profesora Visitante de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*  
Universidad Carlos III de Madrid

## EXTRACTO

Las situaciones de dependencia se han convertido en una realidad común en la mayoría de los Estados, especialmente en el ámbito de la Unión Europea. No es una situación nueva que las personas alcancen una determinada edad, o que resulten afectas, sobrevenidamente o no, de una situación de discapacidad; pero sí resulta novedoso el diseño y establecimiento de mecanismos específicos de protección de este —llamado— nuevo riesgo social.

Evidentemente, esta actividad no se ha producido en todos los Estados, ni al mismo tiempo, ni con la misma intensidad; lo que conlleva que se hayan arbitrado un conjunto amplio de sistemas de protección diferenciados. Así, resulta necesario establecer una sistematización de modelos comparados de protección de la dependencia en Europa, que permita visualizar cuales son las líneas de convergencia y de divergencia entre los veintisiete Estados Miembros, y cuales son las vías de actuación de la Unión Europea.

## ÍNDICE

1. DIVERSIDAD DE MODELOS DE PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA
  - 1.1. Parámetros para la sistematización de eventuales modelos de protección de las situaciones de dependencia
  - 2.2. Los grandes modelos de protección de las situaciones de dependencia
    - 2.2.1. El modelo continental
    - 2.2.2. El modelo anglosajón
    - 2.2.3. El modelo nórdico
    - 2.2.4. El modelo mediterráneo
    - 2.2.5. El modelo del eje de Varsovia
    - 2.2.6. Otros ejemplos de la OCDE: Japón y Estados Unidos
2. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO SOCIAL COMUNITARIO
  - 2.1. La coordinación de los Sistemas de Seguridad Social: las limitaciones de los reglamentos y soluciones jurisprudenciales
  - 2.2. El método abierto de coordinación y la protección de las situaciones de dependencia
3. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

## 1. DIVERSIDAD DE MODELOS DE PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LOS PAÍSES DE LA UE

Tratar de modelizar las distintas realidades nacionales de los distintos Estados Miembros de la Unión Europea (la Unión, en adelante) resulta, paradójicamente, una tarea sumamente simple, o sumamente compleja. La razón de esta paradoja radica en que, si se opta por una visión simplificadora, y relativamente estereotipada, es posible, de un modo sencillo, distinguir cinco grandes grupos de modelos de protección de las situaciones de dependencia, a saber, el modelo continental o bismarckiano, el modelo anglosajón o beveridgeano, el modelo nórdico, el modelo mediterráneo, y el modelo del Eje de Varsovia (que comprendería a las Repúblicas Bálticas y a los —así llamados— PECO's (Países de Europa Central y Oriental).

Por el contrario, si se opta por una sistematización que analice con una mínima profundidad los sistemas de protección social de los veintisiete Estados Miembros de la Unión, el establecimiento de esos modelos claramente definidos resulta más problemático; especialmente porque, en primer lugar, la anterior clasificación se sustenta en un criterio eminentemente geográfico, cuando, en realidad, el desarrollo de sistemas de protección social coincidentes no sólo se produce por proximidad geográfica, sino también debido a contextos políticos y socio-económicos determinados. A lo anterior se une que, para establecer modelos de solvencia conceptual, sería necesario emplear un elenco complejo de elementos de parametrización.

A la vista de esos dos órdenes de consideraciones, parece oportuno fijar cuáles han de ser los elementos de utilidad a efectos de modelizar las distintas realidades nacionales de la Unión, y, en un momento ulterior, emplearlos para relativizar, que no desechan, la sistematización —parcialmente simplista pero muy operativa— en cinco modelos, a los que se uniría una sexta categoría que aglutine a algunos Terceros Estados significativos.

### 1.1. Parámetros para la sistematización de eventuales modelos de protección de las situaciones de dependencia

A pesar de lo que se irá viendo en lo sucesivo, lo cierto es que, en materia de protección de las situaciones de dependencia, se habría de ser inicialmente, y al menos metodológicamente, escéptico. Esto se justifica en la medida en que para el establecimiento de modelos, se ha de partir de un conjunto de parámetros homogéneos, vinculados sistemáticamente con un grado suficiente de autonomía. *A priori*, en lo que concierne a la cuestión de los modelos de protección de las situaciones de dependencia, se podrían proponer ocho grandes parámetros: a) la naturaleza jurídica de los mecanismos de protección, b) la tipología de las prestaciones ofrecidas; c) los sujetos protegidos, y conectado con ello, los requisitos de acceso a la protección; d) el sistema de financiación; e) los mecanismos de gestión; f) los mecanismos de coordinación con otros esquemas protectores; g) el nivel de intervención de la familia; y h) el nivel de intervención del mercado.

#### a) *Naturaleza de los mecanismos de protección de la persona dependiente*

La situación de dependencia es susceptible, de ser considerada, en primer lugar, como un nuevo riesgo social<sup>1</sup> de los trabajadores, por lo que se convertiría en una nueva rama profesional de los clásicos sistemas de seguridad social. Se debe matizar que la dependencia puede participar de la naturaleza de rama asegurativa dentro de los esquemas de Seguridad social, autónoma o no de otras ramas. En efecto, cabría diseñar un nuevo seguro de dependencia, o una nueva prestación de dependencia; pero también cabría atender a esas situaciones de dependencia de un modo indirecto o inespecífico, de tal forma que ramas de seguro o prestaciones ya existentes, como las de enfermedad, las de invalidez o jubilación, atiendan tangencialmente situaciones de dependencia. Junto a la anterior posibilidad, la dependencia puede ser considerada como una situación de necesidad predicable de cualquier persona residente en el territorio nacional. De esta forma, se pueden configurar derechos universales a la protección de la dependencia. También en este caso cabría que se configurase un nuevo derecho universal o que se incluyera, por ejemplo, en aquellos casos en que se haya configurado así, en un sistema universalizado ya existente como el sanitario. En tercer lugar, cabría que, se percibiera la situación de dependencia como una situación de necesidad a proteger únicamente con carácter selectivo; es decir, referida a aquellos sectores de la población con menores niveles de ingresos. De esta manera, en este caso, los mecanismos de atención a la dependencia se integrarían en la lógica clásica de la asistencia social. Por último, no dejaría de ser posible entender que la protección de la dependencia sale de la órbita de la protección social pública y queda remitida al mercado privado de prestación de servicios o al mercado de seguros privados.

<sup>1</sup> Véase, GONZÁLEZ ORTEGA, S., «La protección social de las situaciones de dependencia». *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 9-62.

**b) Tipo de prestaciones**

Es posible prever que se otorguen: uno. Prestaciones en metálico o económicas (subsídios para la persona dependiente, para los cuidadores informales etc.); dos. Prestaciones en especie o de carácter técnico (bajo la forma de servicios a domicilio, cheques-servicio, centros residenciales etc.); y, tres. Sendos tipos cumulativa o alternativamente. En lo que se refiere a las prestaciones económicas, si bien podría aplicarse también a las prestaciones en especie, se han de valorar las reglas de fijación de las cuantías que las prestaciones. Así, cabría establecer cuantías estandarizadas o a tanto alzado, cuantías ligadas a las contribuciones previas, cuantías vinculadas a los costes reales de la atención de las concretas necesidades de las concretas situaciones de dependencia, con o sin topes máximos. Especialmente referidas a las prestaciones no económicas, podrían establecerse niveles prestacionales, de suerte que se distingan prestaciones de base y prestaciones complementarias. En el proceso de determinación de la prestación adecuada para proteger la situación de una concreta persona dependiente se puede establecer una lógica unidireccional, en la que el organismo que otorga la prestación decide el tipo; pero también una lógica bidireccional, en la que se privilegie la libre elección de la persona dependiente.

**c) Sujetos protegidos y requisitos de acceso a las prestaciones**

La delimitación del campo subjetivo de aplicación de un sistema de protección a la dependencia, exige, en primer lugar, una opción por establecer un concepto independiente de dependencia<sup>2</sup> o por no hacerlo, y vincular esas situaciones a la enfermedad o a la vejez.

Junto al concepto de dependencia, se ha de tomar en cuenta si se fijan o no grados, así como cuáles son los mecanismos de valoración o graduación de la dependencia. Se puede tratar de sistema de evaluación objetivos (mediante tablas, baremos, programas informáticos), o subjetivos o personalizados. Estos sistemas podrían ser configurados *ad hoc* para la valoración de la dependencia, pero también cabría usar los mecanismos ya existentes de valoración de la minusvalía o la discapacidad, respecto de prestaciones ya existentes. Resultan relevantes las distintas maneras de definir los órganos de valoración de la dependencia y de la graduación; que pueden ser equipos de valoración únicamente de perfiles sociales, sanitarios, o multidisciplinarios. Junto a la situación de partida de dependencia, como elementos complementarios de definición del perfil de sujeto protegido, se puede optar por exigir requisitos de edad (más o menos de 60 o 65 años, por ejemplo); se pueden exigir una determinada etiología (accidente o enfermedad) de la situación de dependencia, o no; se pueden tomar o no en cuenta los niveles de recursos de la persona dependiente y/o de su núcleo familiar; es posible establecer requisitos de residencia, con o sin periodos de espera referidas a ella. Por último, cabría establecer condiciones que se refieran al carácter supletorio, o independiente de los mecanismos de protección de las situaciones de dependencia. O dicho de otra manera, cabría establecer reglas de (in)compatibilidad entre pres-

<sup>2</sup> Véase, MERCADER UGUINA, J.R., «Concepto y concepciones de la dependencia», *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 63-91.

taciones de dependencia y otros tipos de prestaciones (sanitarias, de servicios sociales, de seguridad social, etc.).

d) ***Sistemas de financiación***

Los esquemas jurídicos de protección a las situaciones de dependencia se pueden sustentar en las fuentes habituales de ingresos de los esquemas sanitarios o de seguridad social. Es decir, se puede reproducir un sistema financiero sustentado en impuestos (generales, o contribuciones especiales afectas a la dependencia), en contribuciones-cotizaciones al sistema, o en fórmulas mixtas. Junto a esos tres sistemas, cabe abrir la vía a la responsabilidad individual mediante los mecanismos del copago. Que puede asumir variaciones bajo la forma de reembolsos, o no; o bajo la forma de ticket moderador o no. En sendos casos, es posible habilitar reglas redistributivas en orden a relacionar los niveles de participación financiera de la persona dependiente según su capacidad adquisitiva o la de su núcleo familiar.

e) ***Sistemas de gestión***

En materia de gestión de las prestaciones de dependencia, cabe arbitrar sistemas totalmente públicos, totalmente privados o mixtos. En el primer caso, es posible acordar competencias de gestión para el Estado central, pero también es posible descentralizar la gestión territorial, e incluso funcionalmente, con o son mecanismos de coordinación. Cabe que los prestadores de servicios sean entidades privadas, con (empresas) o sin ánimo de lucro (asociaciones, organizaciones no gubernamentales); entidades a las que se puede someter, o no, a regímenes de autorización, certificación y evaluaciones por organismos públicos competentes. Y esto entronca con la existencia o no de reglas de calidad, normativa reguladora de los derechos de las personas dependientes usuarios/beneficiarios, y fórmulas participativas de éstos.

f) ***Mecanismos de coordinación con los sistemas de salud***

En materia de protección de las situaciones de dependencia se ha de tener en cuenta un rasgo específico de esta situación, a saber: la imbricación de necesidades de cuidado personal, y de necesidades de atención sanitaria en sus distintas manifestaciones. Por esta razón, resulta importante establecer reglas de relación directa o indirecta con los sistemas de salud; esté este o no relacionado directa o indirectamente con los riesgos de vejez, invalidez o de enfermedad.

g) ***El nivel de intervención de la familia***

Cumulativamente a la existencia de mecanismos de protección *ad hoc* de las situaciones de dependencia, resulta ser un parámetro relevante para fijar la existencia de modelos

de protección, el del papel de la familia en la atención de la dependencia. En efecto, desde los propios sistemas de protección social se puede asumir una postura neutral, incentivadora o desincentivadora de la intervención de la familia y del cuidador informal. En este sentido, dentro de esos objetivos vinculados a la (des)profesionalización del cuidado, cabe observar la existencia, o la inexistencia de mecanismos de protección, no ya de las personas dependientes, sino de los cuidadores. Se está pensando en el establecimiento de remuneraciones que abren la vía para la inclusión del sujeto cuidadores algún régimen de la seguridad social, así como prestaciones públicas de seguridad social, que pueden presentar la forma de derecho propio o derivado del cuidador informa. Se está pensando también en la regulación de formas de contribución, a largo plazo, a los sistemas de seguridad social (cotizaciones por contingencias profesionales, por jubilación o por invalidez etc.). Desde los esquemas protectores de la asistencia social, cabe establecer derecho a prestaciones de apoyo o respiro a favor de la familia. Junto a lo anterior, es posible vincular la protección del cuidador y de la persona dependiente de un modo directo con el derecho civil de alimentos y las instituciones tutelares.

#### h) *El nivel de intervención del mercado libre*

Conectado con los sistemas de gestión, es posible que las entidades gestoras públicas establezcan relaciones contractuales privadas o administrativas, o mediante conciertos, autorizaciones, con proveedores potenciales de servicios a la dependencia (empresas de servicios y compañías aseguradora y análogas). También queda la vía expedita para el funcionamiento de un mercado de servicios en régimen de libre competencia, y de libre circulación de servicios y capitales. Libre mercado en el que, puede existir un mínimo intervencionismo público mediante el establecimiento de regulaciones jurídicas específicas para ciertos servicios y/o productos financieros. En este sentido, es también posible la intervención pública mediante la incentivación (mediante ventajas fiscales eminentemente) o la desincentivación de las fórmulas privadas). Todas las anteriores posibilidades pueden funcionar en régimen de complementariedad (sobre la base de la coexistencia condicionada o incondicionada), en régimen de supletoriedad (los mecanismos públicos son supletorios de los privados, o a la inversa).

Si se observa, se trata de un elenco de parámetros relativamente extenso que va a dificultar el establecimiento de modelos cerrados y puros. Por el contrario, y es algo que se irá constatando, en la sistematización clásica de modelos, se dota de relevancia a los parámetros relativos a la naturaleza de los mecanismos, a la tipología prestacional, al campo subjetivo de aplicación, y a los sistemas de financiación y gestión.

Además, se trata de parámetros que al estar imbricados entre sí, no siempre funcionan de un modo autónomo. En otros términos, la opción porque la protección de las situaciones de dependencia tenga una determinada naturaleza jurídica implica una opción derivada por determinados parámetros. Y es quizás esto lo que, a pesar de la pluralidad de criterios de clasificaron sí pueda permitir una sistematización de modelos de protección de la dependencia. Siempre con la cautela de que, obviamente, se trata de simplificaciones metodológicas, tanto más cuanto así lo exige un trabajo de estas características.

## 2.2. Los grandes modelos de protección de las situaciones de dependencia

Con carácter previo, es imprescindible realizar una aclaración metodológica, a saber la de que resulta evidente que, por las características de este tipo de trabajos, resulta muy dificultoso aplicar la ortodoxia del método comparatistas, y mas que Derecho Comparado, se llega a resultados de «Derecho Turístico», o resultados de observación a *vuelo de pájaro* de los distintos sistemas nacionales.

Los intentos de sistematización de los distintos modelos de protección de las situaciones de dependencia han sido relativamente frecuentes. Pero, sin ánimo de caer en un bucle de sistematizaciones, como punto de partida de la tipología de modelos que aquí se proponen, sirvan la sistematización que, apoyada en la doctrina extranjera<sup>3</sup>, realizaba el capítulo XI del Libro Blanco sobre la dependencia<sup>4</sup>. Allí, como punto de referencia de la reforma pendiente en España, se establecen tres grandes modelos, vinculados a los tres grandes modelos de Estado de Bienestar<sup>5</sup>: a) El modelo de protección universal, para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda; b) El modelo de protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo; y c) El modelo de protección Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es fundamentalmente el modelo de los países del sur de Europa.

No obstante, aquí, se parte de una tipología de modelos diversa de la anterior, que, absorbiendo algunos puntos de partido, la modula, y establece nuevas perspectivas modélicas no contempladas. Y, así, en el ámbito de la Unión Europea, se podrían distinguir los modelos Continental, Anglosajón, Nórdico, Mediterráneo, y Soviético o del eje de Varsovia. Junto a ellos, cabría llamar la atención sobre la existencia de otros ejemplos, que sin configurar un modelo homogéneo, se pueden presentar como estructuras de protección de referencia dentro, no ya de la Unión, sino de la OCDE. Es necesario advertir que la adscripción de los distintos Estados Miembros, a uno u otro modelo, forma parte del intento de simplificación y organización conceptual, y que, si se observaran con mayor detenimiento las realidades jurídicas internas, sería posible divergir, tanto en la idea misma de la existencia de esos modelos, cuanto de inclusión de un determinado estado en uno u otro modelo.

### 2.2.1. *El modelo continental*

En el modelo continental, normalmente se reconocen los sistemas protectores fundamentados en la Seguridad Social. En efecto, es habitual, en primer lugar, establecer el modelo bismarkiano, propio de los seguros sociales, caracterizado por la protección de los

<sup>3</sup> Véase, PACOLET, J. *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway: synthesis report commissioned by the European Commission and the Belgian Minister of Social Affairs*. Bruselas: Office for Official Publications of the European Community, 1999, 159 pág.

<sup>4</sup> IMSERSO Y MTAS, *Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia en España*, 2004, Capítulo XI, págs. 1-56.

<sup>5</sup> ESPING- ANDERSEN, G., *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Ed. Alfons el Magnanim, 1993, 309 pág.

trabajadores y de los miembros de sus familias, y por el pago de cotizaciones. En estos casos, el sistema de protección de las situaciones de dependencia se asienta en una forma asegurativa, directa o indirectamente ligada al seguro de enfermedad. De tal forma que, con las excepciones que se irán viendo, en la medida en que la cobertura del seguro de enfermedad se vea ampliada, el colectivo de sujetos protegidos en situación de dependencia experimentará idéntica ampliación. No obstante, con carácter general, en estos sistemas asegurativos se han establecido ciertas limitaciones, referidas a la definición del concepto de dependencia. De suerte que se exigen, bien condiciones de edad, o determinados grados de discapacidad, vinculadas a una permanencia en el tiempo. Así, con carácter general, priman las prestaciones económicas en metálico, que pueden o no estar afectas a la adquisición de un servicio, o al abono de los costes de internamiento en una institución especializada. No son estas sino conclusiones sintéticas de las características de los modelos, pero, para visualizar las particularidades nacionales, conviene analizar los regímenes protectores de los distintos Estados Miembros que han sido incluidos aquí.

En Alemania<sup>6</sup>, desde 1995 se cubre a todos los asegurados a través del seguro de dependencia (*Pflegeversicherung*), que tiene idéntico campo subjetivo de aplicación que el seguro obligatorio de enfermedad. A las personas excluidas del sistema asegurativo, se las protege mediante los mecanismos de asistencia social. Aquellas personas que hayan optado por un seguro privado de enfermedad, están obligadas igualmente a suscribir un seguro privado de dependencia<sup>7</sup>. El sistema pivota sobre dos grandes principios. De un lado, la rehabilitación prevalece sobre la asistencia, y, de otro lado, se ha de promover la permanencia del dependiente en su domicilio, sobre la base de la libertad de elección. Como manifestaciones materiales de estos principios, se ofrecen tres tipos de prestaciones: asistencia domiciliar profesional, atención en instituciones especializadas, y prestaciones monetarias fiscalmente exentas destinada a la remuneración del cuidador informal. De todas, se favorecen las prestaciones en especie, que suelen ser de mayor cuantía que las prestaciones económicas. Para acceder a las prestaciones se exige un periodo de carencia determinado que, de no reunirse, se puede cumplir con posterioridad al acontecimiento del hecho causante. Y no se exigen condiciones de recursos; es decir, las prestaciones no están sujetas a condiciones de rentas o de patrimonio, si bien sí se les aplican topes, que limitan sus cuantías. Se han establecido tres grados de dependencia, determinados conforme aun baremo federal, que toma en consideración el número de horas de asistencia que la persona dependiente requiere diariamente. Así se han fijado los grados de: Moderado: 1,5- 3 horas atención diarias. Severo: entre 3 y 5 horas de atención diarias. Grave: más de 5 horas

<sup>6</sup> Véanse, ASSOUS, L. y RALLE, P. «La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale». AISS. *Conférence internationale de recherche en sécurité sociale «an 2000»*. Helsinki, 25-27 septembre 2000. pág. 36; KÖBS, U., «El seguro de dependencia alemán: principales rasgos y problemas actuales». *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 189-212, y VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 3-6.

<sup>7</sup> Esta prestación, como se verá ha suscitado una relativamente importante jurisprudencia del Tribunal de Luxemburgo, en torno al concepto de prestación de Seguridad Social, que ha permitido la introducción, difusa, de la protección de la dependencia en el ámbito de la coordinación comunitaria de los sistemas de seguridad social. Sirva de ejemplo los Casos Molenaar, STJCE de 5 de marzo de 1998, Asunto C-160/96 y Caso Gaumain-Cerri, STJCE de 8 de julio de 2004, Asuntos acumulados C-502/01 y C-31/02.



diarias. El esquema asegurativo se financia mediante las cotizaciones, de trabajadores y de empresarios, a partes iguales, que se gestionan por entidades de derecho público, las Cajas de asistencia, en las que se funciona un sistema de reparto. La gestión de las prestaciones monetarias recae en la Seguridad Social, y las prestaciones que adoptan la forma de servicios son competencias de las administraciones territoriales (Länder y municipios). A los cuidadores informales se les abonan cotizaciones para el seguro de vejez, así como están cubiertos por el seguro de accidentes de trabajo; todo al margen de poder ser destinatarios de programas de respiro, o de formación específicos. En la medida en que haya seguro de enfermedad complementario privado, también tienen obligación de suscribir una póliza privada de cobertura del riesgo de dependencia privado, para los sujetos que no están constreñidos a suscribir el seguro obligatorio de enfermedad. En la provisión de servicios, se permite la igualdad competitiva entre empresas, organizaciones sin ánimo de lucro y los servicios públicos; siempre sobre la base de la previa acreditación de las entidades privadas.

Aunque Austria<sup>8</sup>, con carácter general, mantiene un sistema de seguros sociales de corte bismarckiano, sin embargo, en lo referido a la protección de la dependencia, ha instaurado desde 1993<sup>9</sup> una «prestación de asistencia, o prestaciones para recibir cuidados»<sup>10</sup> de corte universal, no ligada directamente al sistema de seguridad social. Resulta ser universal, en la medida en que se otorga únicamente en función del grado de dependencia, sin exigir la concurrencia de condicionantes de renta y edad. Complementariamente, en la medida en que los distintos Länder han sido habilitados para establecer mecanismos estatales similares, se han configurado esos sistemas de protección de la dependencia en algunos estados federados. La valoración de la dependencia se vincula al número de hora de ayuda que necesita al día la persona dependiente. En consonancia con esto se han establecido siete niveles, en función de necesidades de atención en horas al mes. Niveles que se concretan en: I (> 50 horas/mes), II (>75 horas/mes), III (>120 horas/mes), IV (180 horas/mes), V (180 horas/mes e intensas), VI (180 horas/mes y constantes), VII (180 combinadas en inmovilidad completa). El sistema de protección de la dependencia está adaptado a las necesidades específicas de cada beneficiario, y se apoya en una opción por la promoción de la libertad de elección del dependiente, que puede optar por comprar los servicios que le sean necesarios, o por pagar a un pariente, vecino etc. Conectado con lo anterior, en Austria, se ha optado por ofrecer eminentemente prestaciones económicas, de idéntica cuantía en todo el Estado. Se trata de prestaciones económicas que, aunque relacionadas, no dependen del seguro obligatorio de enfermedad. Además, como consecuencia del Acuerdo de 1994, entre el Estado Federal y los Länder en materia de Servicios sociales para personas dependientes, estos se comprometieron a establecer y desarrollar un catálogo de prestaciones y servicios (de carácter comunitario, para atención domiciliaria e instituciones especializadas de internamiento total o parcial). Desde el punto de vista financiero, el Estado federal y los Länder realizan aportaciones de sus presupuestos respectivos, que vienen a

<sup>8</sup> Véase, AUSTRIA, *Report on Health Care and Long-Term Care*, 2005, 17 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs).

<sup>9</sup> Mediante la *Bundespflegegeldgesetz*, o Ley Federal sobre la Prestación por dependencia, de 1 de julio de 1993.

<sup>10</sup> Prestacion sobre la que también ha girado el importante debate jurisprudencial (véanse los Casos Jauch, STJCE de 8 de marzo de 2001, Asunto C-215/99, y Hosse, STJCE de 21 de febrero de 2006, Asunto C-286/03).

cubrir una parte de los costes reales. No obstante, las familias vienen a aportar el 31% de los costes residenciales y el 24% de los costes de atención comunitaria. A los cuidadores informales que hayan renunciado a mantener una actividad profesional para dedicarse al cuidado de un dependiente de nivel III o superior, se les ofrecen cotizaciones empresariales ficticias al seguro de vejez, que, en una cuantía reducida (del 22,8% general a cargo de los empresarios, se reduce al 10,25%) corren a cargo del Estado Federal.

Desde 1999, en Luxemburgo<sup>11</sup> la dependencia recibe el tratamiento de riesgo de la Seguridad Social, bajo la forma de un seguro de dependencia integrado en el Sistema de Seguridad Social, y que funciona bajo sus principios. Así, la inclusión obligatoria<sup>12</sup> en el campo de aplicación del seguro de dependencia entraña la obligación de abonar cotizaciones obligatorias calculadas sobre las rentas del trabajo, prestaciones sustitutivas del salario, o incluso sobre rentas del patrimonio para aquellos sujetos protegidos inactivos. En consonancia con la lógica contributiva, el acceso al derecho, materializada la contingencia, es incondicional, no exige ninguna edad mínima, y no exige prueba alguna de carencia de recursos. Desde el punto de vista administrativo, la Célula de Evaluación y Orientación es la encargada de definir el grado de dependencia, así como las prestaciones mas adecuadas para cada uno de los sujetos evaluados. En este sentido, la dependencia se valora en tres grados en función de las necesidades diarias de atención: I: entre 3,5 y 7 horas; II: entre 7 y 14 horas; III: > 14 horas. El seguro de dependencia otorga prestaciones eminentemente en especie, para los actos esenciales de la vida referidos al ámbito de la higiene corporal, la alimentación, la movilidad etc. Servicios que, se pueden prestar en el domicilio del dependiente, o bien en el marco del internamiento en un centro especializado. En el caso de que se opte por el internamiento de un centro residencial, el seguro de dependencia corre con los gastos relativos a las horas de cuidado que la persona dependiente necesita, si bien los gastos sanitarios corren a cargo del seguro de enfermedad, y los gastos — denominados— de hotelería corren a cargo del beneficiario y/o su familia, o de la asistencia social. Y para el supuesto de que se opte por el mantenimiento del dependiente en su domicilio, se abre la posibilidad de que las prestaciones en especie prestadas por las redes de servicios de asistencia establecidos, se sustituyan por prestaciones de carácter económico, cuantificadas en la mitad del valor de las eventuales prestaciones en especie que pudiera recibir, y que tienen la finalidad de permitir a la persona dependiente la procura de los servicios necesarios que le ofrece una persona de su entorno, por la vía de la ayuda informal. El sistema, al margen de la estructura asegurativa, mantiene una financiación mixta, que se concreta: en las cotizaciones a la rama del seguro, en una parte proveniente del presupuesto estatal, y en un tercer núcleo de fuentes de financiación bajo la forma de canon especial sobre la energía eléctrica. Respecto del cuidador informal también se prevén ciertas medidas protectoras, que se añaden al pago indirecto de prestaciones por cuidado; me-

<sup>11</sup> Véanse, ASSOUS, L. y RALLE, P. «La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale». AISS. *Conférence internationale de recherche en sécurité sociale «an 2000»*. Helsinki, 25-27 septembre 2000, pág. 37, y KERSCHEN, N., «La Dependencia como nuevo riesgo de la Seguridad Social: el ejemplo de la creación del seguro de dependencia en Luxemburgo», *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 213-235.

<sup>12</sup> Se cubre con carácter obligatorio a los mismos sujetos que están obligatoriamente incluidos en el seguro de enfermedad. Siendo posible en sendos casos el aseguramiento voluntario. En consecuencia, es la Unión de Cajas de Enfermedad, la entidad gestora del seguro de dependencia.



didadas tales como los planes de respiro, el pago de cotizaciones al seguro de jubilación, y acciones de formación.

Bélgica y Francia, aunque consideradas dentro del modelo continental, presentan algunos matices. En realidad, en estos dos estados, no se ha producido el diseño de un nuevo riesgo social del sistema de Seguridad Social como tal. La dependencia, en realidad, se vincula al seguro de enfermedad, pero resulta regulada e inserta formalmente, dentro de la normativa de la asistencia social.

En Bélgica<sup>13</sup> la dependencia aparece ligada muy estrechamente a la edad y a las personas mayores. Existe un sistema de seguro obligatorio de enfermedad basado en el principio de solidaridad, que cubre casi a la totalidad de la población, aunque no llega a ser un sistema universal. El sistema no proporciona las prestaciones sanitarias directamente, sino que acuerda una determinada intervención financiera en el coste de los servicios. Esto se traduce en que se aplica una lógica de la libre elección de facultativo por el enfermo (y la correlativa libertad de ejercicio de la profesión médica). Ligado a lo anterior, se aplican mecanismos de reembolso parcial, según el tipo de prestación y el estatuto del beneficiario, mediante la formula del ticket moderador, que se complementa con un sistema de tope de facturación. Excepcionalmente, para los colectivos desprotegidos, se aplican reglas de exención total de participación en los gastos. La gestión queda en mano de los organismos aseguradores que adoptan la forma de Mutualidades. En el caso de las personas mayores se ha instaurado, por las características propias de este colectivo, un sistema de coordinación estrecha entre los servicios de la ayuda social y los servicios sanitarios, referido tanto a la asistencia a domicilio (que incluye asistencia ambulatoria) como en a la estancia en instituciones especializadas. Existe un punto de partida que determina la configuración del sistema. Se trata del reparto de las competencias entre distintas entidades de base territorial: del Estado Federal dependen las competencias de base en materia de salud, y las competencias en materia de pensiones que tiene como destinatarios a las personas mayores. Por su parte, las autoridades federadas (Comunidades y Regiones), tiene las competencias personalizables en esas materias, en sus respectivos ámbitos, de la misma manera que las provincias y administraciones locales en los suyos. Los servicios sanitarios hospitalarios no tienen la función de proporcionar cuidados de larga duración, ni siquiera los servicios geriátricos; para eso se articulan servicios ligados al mantenimiento en el domicilio de la persona mayor. Tales como servicios de ayuda domicilio (competencia local), cuidados de enfermería en el domicilio (que resultan ser financiados con cargo al seguro de enfermedad, previa evaluación del grado de dependencia), centros de día y centros de atención de día, centros de corta estancia y apartamentos asistidos (que se organizan por las autoridades federadas). Paralelamente a los servicios de ayuda a domicilio y análogos, se han diseñado varios tipos de estructuras residenciales, que dependen según las implicaciones de dependencia que presente cada situación concreta, del seguro obligatorio de enfermedad. Se trata de las residencias de ancianos, para válidos y para dependientes en distintos grados, los centros psiquiátricos y los apartamentos protegidos. Junto a lo anterior, se ha de llamar la atención sobre el hecho de que, la Comunidad Flamenca instauró, para su territorio, un seguro de dependencia (*Vlaamse Zorgverkering*), que se financia con un fondo com-

<sup>13</sup> Véase, BELGIQUE. *Preliminary Report on Health Care and Long-Term Care*, 2005, 27 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

puesto por una dotación del gobierno flamenco, y una cotización de solidaridad obligatoria, y que otorga a las personas gravemente dependientes cheques-salud validos para prestaciones no sanitarias. Por lo general, desde el sistema de Seguridad Social belga, se mantienen regímenes residuales, que constituyen parte de la asistencia social; es decir, se incluyen en aquella zona de la protección social destinada a las personas que no se pueden beneficiar de las siete ramas contributivas belgas. En concreto, dentro de la asistencia social se podrían mencionar, a lo que aquí interesa, el ingreso de integración, la garantía de recursos para personas mayores, y los subsidios para personas discapacitadas.

En el caso francés<sup>14</sup>, se produce una confusión semejante y aparente: dejando a un lado las prestaciones inespecíficas de protección a la dependencia (pensiones de jubilación o de invalidez) las prestaciones de atención a la dependencia no aparecen reguladas en el Código de la Seguridad Social, sino en el Código de la Acción Social y las Familias. Parecería, entonces, que la protección de la dependencia en Francia no responde realmente a un modelo continental sino, más bien mediterráneo, en términos que se verá más adelante, por cuanto la prestación de dependencia, es una prestación de carácter asistencial. No obstante, se trata de una prestación que se sitúa en una zona gris, y a pesar de las matizaciones introducidas por las sucesivas reformas, el sistema de protección de la dependencia, ha estado ligado de un modo indirecto al seguro de enfermedad. Ese vínculo —débil, es verdad— se pone de manifiesto en la medida en que algunas prestaciones de atención a la dependencia se enmarcan, por su carácter predominantemente sanitario, en el seguro de enfermedad, especialmente para aquellos sujetos que, por edad, están excluidos de la condición de dependientes, y ostentan la condición de discapacitados. Por otro lado, en lo relativo a las prestaciones económicas, se han empleado instrumentos de control del gasto y de financiación inspiradas en el seguro de enfermedad, tales como el ticket moderador, o la financiación a través de un porcentaje de la Contribución Social Generalizada, sin olvidar la participación financiera de las Cajas del Seguro de vejez, así como el establecimiento de una Contribución de solidaridad para la pérdida de autonomía<sup>15</sup>. Así, resulta necesario remarcar que, si bien el sistema de salud francés ha girado en torno a los regímenes profesionales del seguro de enfermedad, paulatinamente, se ha ido extendiendo la protección de la salud a toda la población<sup>16</sup> y algo semejante se ha producido en materia de dependencia, con los matices obvios.

<sup>14</sup> Véanse, FRANCE, *Soins de santé et soins de longue durée. Rapport préliminaire*, 2005, 35 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs); KESSLER, F., «El cuidado de las personas dependientes en Francia: La reforma permanente sin solución». *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 237-257; VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 7-9.

<sup>15</sup> La Ley núm. 2004-626 de 30 de junio, relativa a la solidaridad para la autonomía de las personas mayores y las personas discapacitadas, ha creado una Caja Nacional de Solidaridad para la autonomía, y ha previsto, como nueva fuente de recursos esa Contribución de solidaridad para la pérdida de autonomía, que se concreta en una contribución del 3% sobre los salarios, a cambio de una día de trabajo no remunerado (lunes de Pentecostés o día alternativo, pactado en negociación colectiva), así como un 3% suplementario aplicado a ciertos ingresos del patrimonio.

<sup>16</sup> Desde el año 2000 rige la Cobertura de Enfermedad Universal, que cubre a las personas excluidas del campo de aplicación de los regímenes de base profesional. Sobre la base de la solidaridad, ha configurado un sistema universal de forma que cualquier residente, al margen de su edad, nivel de ingreso tiene acceso a las prestaciones sanitarias. Financieramente, esto se sustenta sobre una contribución social generalizada.



En 1997 se creó la Prestación específica de Dependencia (PSD), dirigida a personas de más de 60 años y con ingresos económicos inferiores al umbral establecido. Aunque calculada como si se tratase de una prestación económica en metálico, en realidad mantiene la naturaleza de prestación en especie, por cuanto la suma otorgada ha de ser destinada a la remuneración de una persona o al abono de los gastos de mantenimiento del dependiente en un establecimiento especializado. En el año 2001<sup>17</sup>, se crea la *Allocation Personnalisée d'Autonomie*, o prestaciones personalizada de autonomía. Se reforma la regulación en orden a universalizarla, de tal manera que se mantienen el requisito de la edad superior a 60 años<sup>18</sup>, que necesite la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades más fundamentales de la vida diaria, la residencia legal estable en territorio francés. Ya no se exige ningún nivel de ingreso ni al dependiente ni a la unidad familiar; el nivel de rentas, únicamente resultará relevante en el momento de determinar el montante de la prestación, lo que introduce la participación de los beneficiarios, mediante el instrumento del ticket moderador. En ningún caso, no obstante, el beneficiario ha de asumir el 100% del coste de los servicios empleados. En consonancia con lo anterior, los sujetos con rentas inferiores al límite fijado, están exentos de participar en dicho coste. Los grados de dependencia se evalúan por un equipo interdisciplinar, el equipo médico-social que, conforme a la tabla AGGIR, que reconoce seis grados de dependencia, si bien solo cuatro de ellos abren derechos a prestaciones de dependencia; a saber, los GIR I (muy alta); GIR II (alta); GIR III (media-alta); GIR IV (moderada). Junto a ellas, habría una GIR 5 y GIR 6, que respectivamente, en un caso agruparía a aquellas personas que son autónomas en sus desplazamientos, se alimentan y visten solas, y solo puntualmente pueden necesitar ayuda para la elaboración de comidas o el aseo personal o la limpieza doméstica; y en el otro caso, agruparía a las personas que no han perdido su autonomía para los actos de la vida cotidiana. El equipo médico-social, además, establece un plan de seguimiento y de mantenimiento, que actúa conforme al principio que rige la atención al dependiente, a saber, el de la potenciación de las posibilidades de mantenimiento de la persona en situación de dependencia en su medio familiar. Principio que viene a corregir el de libre elección. Así, la prestación es de carácter económico, y uniforme en todo el territorio. A pesar de ese carácter económico, se trata de una cuantía afecta a la adquisición de servicios, bien en su domicilio, bien en régimen de internamiento en centros especializados. En lo relativo a la gestión, son las entidades locales las encargadas de la instrumentar y organizar las prestaciones; sin que, en consonancia con este diseño, el mercado privado haya tenido un caso impacto

<sup>17</sup> Ley núm. 2001-647 de 20 de julio, relativa a la asunción a cargo de la pérdida de autonomía de las personas mayores y de la prestación personalizada de autonomía. Normas que ha modificado la redacción de los artículos L 231-1 a L 232-28 del Código de la Acción social y de las Familias, actualmente vigentes. Desde el punto de vista reglamentario, la regulación legislativa se completó por el Decreto núm. 2001-1084, de 20 de noviembre, relativo a los modos de atribución de las prestaciones y a los fondos de financiación.

<sup>18</sup> Si se observa, en Francia, la percepción de la dependencia se produce en términos de edad. Sin embargo, a través de otros mecanismos, de seguridad social y de asistencia social, también las personas discapacitadas son destinatarias de instrumentos de ayuda, materialmente similares a las que se ofrecen a las personas mayores, pero a cargo del seguro de enfermedad. Destaca la *Allocation compensatrice pour tierce personne*, o prestación de compensación que pretende facilitar la autonomía de las personas dependientes.

### 2.2.2. *El modelo anglosajón*

El modelo de corte beveridgeano asume una fórmula de cobertura, *a priori* universal, no contributiva, y estandarizada (normalmente poco generosa), pero que requiere la constatación de la ausencia de recursos; o dicho de otro modo, se trata de un sistema de protección sujeto a la condición de recursos. En este modelo, también con carácter general, priman las prestaciones en especie o prestaciones de carácter técnico, vinculadas bien a los servicios de salud, bien a los servicios sociales.

En el Reino Unido<sup>19</sup> no existe, realmente un sistema *ad hoc* de protección a la dependencia (aunque desde 1997, se han tratado de establecer las bases de un sistema de protección de las pensiones de dependencia), sino que resulta ser la mezcla, no siempre eficiente, de la suma de mecanismos inespecíficos. En primer lugar, si sistema nacional de salud, ofrece determinadas prestaciones de carácter sanitario, y las corporaciones locales algunas prestaciones asistenciales. Este sistema de salud británico se caracteriza por ser un sistema universal, descentralizado en las cuatro regiones que componen el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte), público y financiado mediante impuestos. De esta manera, salvo algunas contribuciones obligatorias referidas a aciertos servicios, los servicios sanitarios generales y hospitalarios son gratuitos. Únicamente se exigen requisitos de residencia. Con carácter general, todas las prestaciones públicas de incapacidad están sujetas a condición de recursos y de residencia, y se configuran como de carácter no contributivo. Existe una *Carer's Allowance*, que se otorga a la persona que dedica al menos 35 horas semanales (y no recibe ingresos semanales determinado) al cuidado de una persona mayor de 65 años que es perceptora de una prestación *Attendance Allowance*. Se exige que haya permanecido en el Reino Unido, al menos 26 semanas en los últimos 12 meses anteriores. Por su parte, la *Attendance Allowance*, formalmente conocida como *Invalid Care Allowance*, está destinada a resarcir los gastos suplementarios que se generan para una persona discapacitada, que cumpla el anterior requisito de residencia en el Reino Unido, y mayor de 65 años que necesita la ayuda de un tercero. Por último, la *Disability Living Allowance* se asemejaría a la anterior, si bien se refiere a cualquier persona que, cumpliendo el requisito de residencia, presente problemas de movilidad y asistencia.

En algunos casos, las pensiones de las personas dependientes se destinan a la cobertura del coste de los servicios de la institución de residencia, servicios que pueden ser mejorados, mediante el abono de cantidades complementarias por los familiares o terceras personas. No obstante lo anterior, los costes totales son financiados, mediante impuestos, a cargo del sistema nacional de salud (en lo referido a la hospitalización), y a cargo de las colectividades en el caso de los servicios sociales, lo que no obsta para que, en determinados servicios residenciales se abra la vía a la participación financiera como requisito de la mejora de algunas prestaciones. De un modo más preciso, la financiación a cargo de la Seguridad Social (que se encarga de la atención residencial) y de la Administración Local

<sup>19</sup> Véanse, ASSOUS, L. y RALLE, P. «La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale». AISS. *Conférence internationale de recherche en sécurité sociale «an 2000»*. Helsinki, 25-27 septembre 2000. pág. 40; y VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 18-21.



(que se sirve de subvenciones e impuestos). En esta fórmula asistencializada, el voluntariado formalizado o vecinal resulta importante.

En Irlanda, al margen de las prestaciones inespecíficas (sanitarias y con forma de pensiones de vejez e invalidez) no existen prestaciones destinadas a la cobertura de las situaciones de dependencia. Sí ha de resaltarse la existencia de una *Carer's allowance* para los cuidadores informales que tienen ingresos inferiores a un determinado umbral. Prestación ésta que, desde 1990, ha ido flexibilizando sus requisitos (horas de cuidado semanal, edad de la persona dependiente, convivencia o no...)

### 2.2.3. *El modelo nórdico*

Cuando se habla de modelo nórdico o escandinavo, se piensa, a grandes rasgos en un modelo de corte universalista no asistencial o sin condición de recursos, fundamentados en una red sólida de servicios sociales comunitarios.

La protección de las situaciones de dependencia en Dinamarca<sup>20</sup> se ha configurado siguiendo el esquema de los servicios de salud, que configuran derechos de acceso universal, tanto a las prestaciones sanitaria de primer nivel (medicina general especialistas, enfermería, atención dental, medicina preventiva), cuanto a las del segundo nivel (hospitales). Los Servicios de salud que se financian a través de impuestos, y para cuyo acceso no se toma en consideración, ni la situación laboral o económica, ni cualesquiera otras. En este sistema se apoya en un esquema gestionado por los condados. Siguiendo ese esquema, por lo que respecta al sistema de atención a la dependencia, el sistema danés se apoya también en el principio de acceso libre y gratuito. Esto implica que los residentes en Dinamarca tienen acceso directo a un conjunto de servicios. Por lo que se refiere a los servicios de ayuda a domicilio, y la asistencia para la realización del cuidado personal, se establece como sujetos responsables a las autoridades locales. Son éstas las que han de valorar cuál es el nivel de intervención necesario, así como el carácter temporal o definitivo de las prestaciones en cada caso concreto. En la lógica de que son las necesidades de las personas dependientes las que deben guiar las actuaciones en materia de dependencia, se establece, con carácter supletorio, un sistema de cuidado en centros residenciales asistidos. Las corporaciones locales deciden si abonar o no a los cuidadores familiares prestaciones de asistencia, eminentemente en el caso de enfermedades de carácter terminal. En lo restante, estas mismas corporaciones locales son las que han de decidir acerca de la concesión de prestaciones de respiro para los familiares de personas con dependencia. En suma, si se observa, el eje del sistema sanitario, y de servicios sociales ligados a la dependencia es la corporación local, que decide el nivel de los servicios, y aporta los recursos necesarios.

En Suecia<sup>21</sup> se ha perfilado un sistema universal de servicios sociales en sentido estricto, que se apoya en una axiología que se traduce en que el sistema público de servicios

<sup>20</sup> DENMARK, *Report on Health Care and Long-Term Care in Denmark*, 2005, 19 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>21</sup> ASSOUS, L. y RALLE, P. «La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale». A.I.S.S. *Conférence internationale de recherche en sécurité sociale «an 2000»*. Helsinki, 25-27 septembre 2000. pág. 39; VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la depen-

sociales, sobre la base de la democracia y la solidaridad, ha de promover la seguridad económica y social de las personas, la igualdad en las condiciones de vida, y la participación activa en la vida comunitaria<sup>22</sup>. En consecuencia, toda persona incapaz de proporcionarse por sí misma ciertos cuidados, tiene derecho a ser asistido por el Comité de Bienestar Social en orden a procurarles sustento y apoyo para su vida en general. Especialmente las medidas de servicios sociales se refieren a personas mayores que no pueden mantener una vida independiente y para las personas con discapacidades relevantes. La persona podrá ser atendida, bien en su domicilio, bien en un centro especializado, y a tenor del respeto del derecho a la intimidad y libre determinación de las personas. Se contempla el derecho de opción, o la libertad de elección del medio de cuidado, de forma que cabe recibir asistencia en el domicilio (ayuda a domicilio, tele-asistencia, asistencia médica en el domicilio, adaptación técnica de la vivienda particular, acompañante etc.), como ocupar plazas en centros de día o en establecimientos residenciales de larga o corta estancia. Además es posible que, en marco del sistema de seguros sociales, se otorguen prestaciones de asistencia o de discapacidad. La financiación se produce eminentemente por vía impositiva, y los municipios pueden diseñar mecanismos impositivos para financiar los servicios de asistencia a la dependencia. En aquellas prestaciones de carácter predominantemente sanitarias, el usuario, con un tope, contribuye. Desde la perspectiva material de la gestión, se plantea un problema de coordinación, en vías de superarse, en la medida en que se encuentran disociadas las competencias en materia sanitaria y en materia de servicios sociales. En efecto, los municipios (*Kommuner*, 290 en total), después de la reforma de 1992 (*Åldereformen*), son las entidades gestoras de la asistencia y servicios sociales, especialmente en lo relativo a las personas mayores, y que se han de coordinan con los 21 condados o provincias (*Landsting*), agrupados en seis regiones, que cuentan con competencias referidas a las prestaciones sanitarias. Al margen de los problemas de coordinación, el alto grado de descentralización permite mayor eficacia y eficiencia en la oferta de servicios, según las necesidades locales. Además, la vía de la coordinación ha sido el establecimiento de reglas de reparto del coste financiero de los servicios, y no tanto de reparto de la responsabilidad en la prestación de los servicios. Se otorgan prestaciones económicas a la persona dependiente, con las que puede remunerar a un eventual cuidador familiar; sin que, en ningún caso, se trate de cuantías sujetas a imposición, o que se integren en el cómputo de ingresos a efectos de determinar el nivel de recursos, ni del dependiente, ni del cuidador (ingresos fiscalmente invisibles). Además, las personas que hayan renunciado a su empleo para cuidar a un pariente, pasan a ser empleados por las «comunidades» o municipalidades, y reciben el mismo tratamiento que las personas contratadas para prestar la ayuda a domicilio. En orden a la extensión de los servicios, se ha abierto la incorporación de compañías privadas de prestación de servicios, que mediante los presupuestos municipales, previo control de calidad y seguridad, concurren en la provisión de los servicios a la dependencia. O dicho de otro modo, el modelo de atención, siendo responsabilidad pública, se apoya también en

dencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 15-18; y SWEDEN, *Preliminary Policy Statement on Health and Long-Term Care concerning future challenges and opportunities for the Swedish healthcare system*, 2005, 22 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs).

<sup>22</sup> Sección 1, del Capítulo I de la Ley de Servicios sociales 2001: 453 de 7 de junio





el sector privado de servicios, como medio de fomentar la calidad y la extensión de la cobertura de necesidades.

Finlandia<sup>23</sup> ofrece otro de los ejemplos de sistema de salud y de atención a la dependencia de carácter universal. Junto a las prestaciones de naturaleza puramente sanitaria, las prestaciones se concretan, eminentemente en servicios de ayuda a domicilio, así como centros de día, centros residenciales etc. Una vez más el sistema se apoya en el principio de descentralización, y son las corporaciones locales (416) las responsables de la provisión de servicios sanitarios y de servicios sociales; con un matiz: con carácter general sendos tipos de servicios reciben un tratamiento integrado. Estas corporaciones locales o municipalidades pueden prestar ellas mismas los servicios, o en colaboración con otras municipalidades, incluso, pueden concertar la prestación de servicios con entidades privadas de servicios. Desde el punto de vista financiero, la vertiente sanitaria es financiada parcialmente por el seguro obligatorio de enfermedad, al que realizan aportaciones equivalentes los empresarios y los trabajadores. No obstante, en realidad, la fuente de ingresos importante de la atención a la dependencia son los impuestos. En la medida en que las municipalidades son las entidades responsables de la prestación de servicios en primer término, están habilitadas para recaudar impuestos afectos a ejercer esa competencia; sin que ello sea óbice para que, por su parte, en el presupuesto estatal también se prevean partidas para sufragar los gastos de la dependencia. Se ha diseñado una prestación que remunera al cuidador informal. En efecto, la municipalidad puede abonar a los cuidadores de personas dependientes en el domicilio, ayudas económicas (mínimo 256 euros/mes, en el año 2005), que están sujetas a imposición. De la misma manera, el cuidador tiene derecho a dos días de descanso, en el que ha de ser sustituido, por cada mes de prestación de servicios de cuidado continuo.

A pesar de que pueda producir un cierto extrañamiento, dentro del modelo escandinavo ha de incluirse a Holanda<sup>24</sup>, por más que no sea geográficamente un país nórdico. Se le ha de incluir en este modelo, en tanto en cuanto ha diseñado, un sistema universal de apoyo a las situaciones de dependencia sustentado en la provisión de servicios de carácter socio-sanitario (cuidados domésticos y personales, acompañamiento, estancias en centros especializados, cuidados sanitarios en domicilio o en centros etc.). El sistema holandés tiene un carácter universal e intensivo en prestación de servicios, a través de un amplio elenco de servicios comunitarios, gestionados por entidades no lucrativas, en el que las prestaciones son ofertadas sin tener en cuenta el nivel de ingresos, pero sí las necesidades previstas una vez evaluadas periódicamente. El sistema holandés de 1968 se ha modificado a lo largo del tiempo en dos sentidos: de ser un sistema de atención sanitaria, ha derivado hacia un sistema de atención sociosanitaria y de atención a casos especiales (enfermos crónicos) y ha ampliado su cobertura a toda la población. Esta universalización de facto y el impacto

<sup>23</sup> Véase, HELLTEN, K., KALLIOMAA-PUHA, L., KOMU, M.; SAKSLIN, M., «Las diversas formas de la protección de la dependencia en Finlandia». *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 259-322, y FINLAND, *Health care and long-term care. Preliminary report by Finland*, 2005, 23 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>24</sup> Véase, «Capítulo XI», en IMSERSON Y MTAS, Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia en España, 2004, Capítulo XI, pág. 27 y ss.; y NETHERLANDS, *New foundations for health care with a solid future. Preliminary Report on Health Care and Long-Term Care*, 2005, 23 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

del envejecimiento de la población holandesa han incrementado de manera notable el coste del sistema de cuidados de gastos especiales. Ante ello se produjo, en 1995, una primera reforma de contención de costes basada en la posibilidad de que la persona dependiente eligiera el sistema de cuidados financiado mediante prestaciones monetarias o subsidios personalizados.

En este esquema, la dependencia se estructura en cuatro niveles: muy grave, severa, moderada, y limitación menor. No obstante, se sustenta en un eje asegurativo, el del seguro obligatorio —para todos los residentes en los Países Bajos— de asistencia sanitaria para cubrir gastos médicos excepcionales<sup>25</sup> y el de los seguros profesionalizados de salud, complementados con seguros privados o no); a lo que se uniría otro bloque referidos a la provisión de servicios de auxilio a discapacitados. Así, dicho carácter universal se garantiza a través de impuestos y de cotizaciones al Fondo de Seguro Sanitario, obligatorias para empleados y empresarios, con una cantidad ajustada anualmente, a través de una prima también ajustada anualmente por el Ministerio de Sanidad y Bienestar (en torno al 9% de los salarios, a pagar entre patronos y empleados). Las personas mayores de 65 años aportan, ellos solos, el 4-4,5%. También se contempla el copago para mayores de 18 años según su nivel de ingresos y con topes máximos anuales. En el ámbito municipal, se implica a los municipios. Son estos los que han de establecer el órgano de evaluación, que determina las prestaciones

#### 2.2.4. *El modelo mediterráneo*

Este modelo ha sido normalmente asimilado a un modelo asistencial, en el sentido de están basado en la asistencia social y en la asistencia familiar, vecinal no institucionalizada.

Es quizás, en este modelo donde, con mayor evidencia, quiebra la lógica simplificadora. Esto es así en la medida en que dentro del modelo mediterráneo, se ha insertado, con carácter general, a aquellos países geográficamente mediterráneos, que asumían sistemas económicos en vías de desarrollo en relación con los países europeos de Europa central y del norte, y que habían desarrollado un esquema socio-cultural, bastante homogéneo y apoyado en las instituciones familiares. De hecho, en lo que respecta a la protección de las situaciones de dependencia, de este modelo, ha sido habitual afirmar que aglutina a Estados con sistemas de salud y de protección social relativamente poco desarrollados, con sistema de servicios sociales deficientes, que se complementan mediante la solidez de las redes familiares, y en los que no aparece la responsabilidad individual de los sujetos, de forma que, en consecuencia, presentan una débil propensión a la suscripción de contratos de seguros o planes de pensiones. En definitiva, en los países mediterráneos, ha sido habitual definir la protección de la dependencia en términos de mecanismos informales y familiares de la protección de la dependencia.

En este modelo, la protección de la dependencia no se concreta en el establecimiento de mecanismos de protección específicos, sino que ha de tener en cuenta la existencia de prestaciones de Seguridad Social de jubilación e invalidez, que son percibidas por perso-

<sup>25</sup> Regulado por la Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWNZ) de 1967, que está siendo sustituida por la Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) de 2007.

nas mayores y personas afectas de un grado relevante de discapacidad, a lo que se suman las prestaciones genéricas del sistema de salud, así como las prestaciones, sometidas a condición de recursos, eminentemente, del sistema de asistencia social y de servicios sociales.

Dejando a un lado las prestaciones sanitarias, de atención hospitalaria, y algunas prestaciones de Seguridad Social inespecíficas, en Portugal<sup>26</sup> no se han establecido prestaciones especialmente definidas de protección a la dependencia. Siendo, mayoritariamente la familia la estructura ordinaria de protección.

Por su parte, en Grecia<sup>27</sup>, la protección de las situaciones de dependencia se sustenta en el pilar del sistema de salud. Este sistema se caracteriza por ser un sistema mixto, que combina el sector ligado al mecanismo de seguro social y al sector público de provisión de servicios sanitarios. En el ámbito concreto de la protección de la dependencia, se combinan, igualmente las prestaciones de los servicios sociales así como determinadas coberturas a través de fondos públicos, provenientes del presupuesto estatal o de los ingresos de la Seguridad Social, también denominada la IKA (Institución Nacional de Seguridad Social) todo al margen de sistemas fiscales que giran en torno a las exenciones impositivas, así como de la importante intervención del tercer sector. Las tendencias en la materia se dirigen a un modelo, no tanto clínico, sino social, basado en lo local. En términos prácticos, la protección de la dependencia se articula en torno a los centros de día, el centro nacional de ayuda social directa/ urgente, centros de rehabilitación física y psíquica. Siendo el ámbito esencial de desarrollo la municipalidad.

Tampoco en Chipre<sup>28</sup> existe protección especializada de la dependencia. Se ha de aplicar una lógica poliédrica, en el sentido de que desde los servicios sanitarios, los esquemas de los seguros sociales (mediante pensiones de invalidez y de vejez), y de la Asistencia y Servicios Públicos, se protege a las personas mayores y a los discapacitados.

También Malta<sup>29</sup> presenta un sistema inespecífico, y así, el sistema de Seguridad Social está fundamentado en un nivel contributivo (con pensiones de vejez e invalidez) y en un nivel no contributivo<sup>30</sup>. El sistema de salud es público y de acceso gratuito; y existe un sistema privado complementario no obligatorio. Se gestiona de un modo descentralizado y se financia mediante los recursos de fondo del seguro de salud.

De la misma manera que ha sucedido en España, en Italia<sup>31</sup> se ha producido un desmarque jurídico-político respecto del modelo mediterráneo. De suerte que se podría entender que, bien ya no integra dicho modelo, o bien pasa a configurar allí un submodelo. En el ámbito de la asistencia sanitaria, el Servicio sanitario Nacional (SNN) italiano es un sistema público universal, basado en el principio de solidaridad. Se garantiza la asistencia

<sup>26</sup> PORTUGAL *Preliminary Report on Health Care and Long-Term Care*. 2005, 16 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>27</sup> HELLENIC REPUBLIC, *Annual Report on Health Care and Care for the Elderly*, 2005, 33 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>28</sup> CYPRUS. *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 103 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>29</sup> MALTA, *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 136 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>30</sup> Social Security Act de 1987.

<sup>31</sup> ITALIA, *Rapporto long term care*, 2005, 43 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

sanitaria a todos los ciudadanos en el Nivel Esencial de Asistencia, mediante un sistema de financiación impositivo. En consecuencia la mayor parte de las prestaciones se garantizan con carácter gratuito, si bien, por aplicación de mecanismos de solidaridad, algunos sujetos están obligados a abonar una cuota de participación. Es destacable que, referido a las personas mayores, se han organizado dos grupos de sistemas de asistencia. En primer lugar, los servicios sanitarios de distrito locales garantizan en el domicilio de aquellos beneficiarios que no tienen suficiente movilidad, no solo la asistencia médica, de enfermería o rehabilitación en dicho domicilio, sino también prestaciones de asistencia social y ayuda domestica, en colaboración con las Comunas. En segundo lugar, se prevé la asistencia de los ancianos no-autosuficientes, o no totalmente auto-suficientes, en establecimientos especializados, en régimen residencial o cuasi-residencial. Siempre atendiendo al criterio de la Unidad de Valoración Geriátrica, de naturaleza multidisciplinar. Desde el punto de vista de la tipología de las prestaciones sociales, se distinguen aquellas de carácter no económico, de servicio a la persona, así como un cheque-servicio, que garantiza el acceso a determinados servicios, por cuanto sirve para adquirir servicios de cuidado provistos por entes públicos o privados autorizados. También se prevén prestaciones económicas como el *assegno di cura* (subsidio de cuidado/asistencia, que, alternativamente al cheque-servicio, tiene la finalidad de financiar la asistencia domiciliario o residencial), o la *indennità di accompagnamento* o indemnización de acompañamiento, más bien referidas a las personas afectas de una invalidez permanente muy grave). Con carácter general, las reformas realizadas<sup>32</sup> y pendientes giran en torno a la integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales, en orden a ofrecer una asistencia continuada. Todo lo anterior se produce en el marco de una coordinación administrativas entre las distintas entidades territoriales, nacionales y regiones, así como de las instituciones sanitarias, y de servicios sociales comunales<sup>33</sup>; coordinación de la que resulta un sistema integrado de servicios sanitarios y sociales. Se compondría de la organización de servicios de Centros Diurnos Integrados, Centros territoriales ambulatorios o residenciales de rehabilitación, así como el desarrollo de la figura del «cuidador social».

Por lo que respecta a España, la nueva Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia<sup>34</sup> (en adelante, Ley de Dependencia), ha establecido un sistema específico de protección de las situaciones de dependencia, basado en servicios sociales, y que resulta complementario del sistema de Seguridad Social y de los Sistemas sanitarios de salud. Sin ánimo de entrar a describir en qué consiste este nuevo sistema español (algo que corresponde a otros trabajos sucesivos), sí es necesario afirmar que se trata de un nuevo diseño prestaciones que expulsaría a España del modelo mediterráneo y lo aproxima bastante al modelo nórdico, por cuanto se trata de un sistema de acceso universal a todos los ciudadanos que cumplan un periodo residencial previo; se trata de un sistema basado en la oferta de servicios desti-

<sup>32</sup> Destaca la Ley 328/2000, Ley marco para la realización del sistema integrado de intervención y servicios sociales.

<sup>33</sup> La Ley Constitucional n. 3 de 18 de octubre de 2001, que reforma la reordenación de competencias. Al Estado le ha sido atribuida la competencias de individualizar los niveles esenciales de las prestaciones, a las regiones las funciones de programación y coordinación, a las provincias las actividades de análisis de las necesidades, y a las comunas las funciones administrativas de ejecución final

<sup>34</sup> BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

nados a la atención de las personas dependientes en su domicilio o en centros residenciales; que se financia impositivamente, abriendo una vía de participación financiera de los usuarios de los servicios, conforme a su capacidad económica, y que responsabiliza de la gestión, descentralizadamente, a las comunidades autónomas. En este esquema, se deja una zona de actuación a los cuidadores informales, así como a la iniciativa privada, en dos sentidos: en tanto prestadores de servicios bajo el régimen de conciertos, o libremente, y en tanto entidades aseguradoras, bajo el régimen privado del seguro, del riesgo de dependencia.

### 2.2.5. *El modelo del eje de Varsovia*

Por último en este grupo, se habría de incluir a los PECO's, o países que, hasta el desvanecimiento del Telón de Acero, estuvieron bajo la órbita soviética. En realidad, dentro de este quinto modelo, se aglutinan un conjunto en cierta medida heterogéneo de países. La heterogeneidad se debe a que, debido a sus procesos políticos y económicos propios, cada Estado ha ido configurando sistemas de protección dotados de ciertas especialidades. En todo caso, sí es posible afirmar, como rasgos generales que se trata de sistemas de protección inespecíficos, fuertemente apoyados en las estructuras sanitarias y de servicios sociales, altamente descentralizados, y con ciertos problemas de financiación. En lo que concierne a este último extremo, no se puede olvidar que se trata, con carácter general, de estados con economías de transición, que se traduce en la desintegración de los sistemas de protección de corte soviético, la superación de algunos conceptos socialistas, y la introducción de mecanismos de privatización del sistema de protección social, acompañado de recortes presupuestarios. Marco en el que, como se verá no se han desarrollado mecanismos de protección particularizada de las situaciones de dependencia.

En Estonia<sup>35</sup>, la atención, inespecífica a las situaciones de dependencia se produce en centros ligados a la asistencia social, cuya financiación se produce mediante presupuestos estatales, y que se gestionan por las autoridades locales, mediante la gestión de servicios públicos o privados. De un modo discrecional, se ofrece ayuda a los cuidadores informales, mediante servicios de ayuda a domicilio, al cuidador y al dependiente cuando viva solo, cuidado en el seno de una familia de la que no se es miembros, o servicios de cuidado familiar, Servicios de asistencia personal, centros de día, instituciones residenciales

En Lituania<sup>36</sup>, el peso de la atención a la dependencia se apoya sustancialmente en los servicios sanitarios, que se financian con una fórmula mixta que combina las aportaciones al seguro de enfermedad, las aportaciones de los presupuestos públicos y aportaciones de los usuarios

El sistema de seguridad social letón<sup>37</sup> se sustenta en el seguro social, los servicios sociales, la asistencia social, y el sistema sanitario. Presenta trazos importantes de neolibe-

<sup>35</sup> ESTONIA, *Health Care and Long-Term Care in Letonia*, 2005, 19 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>36</sup> LITHUANIA, *Report on health Sector un Lithuania*. 2003, 13 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>37</sup> LATVIA, *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 138 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

ralismo, pero que convive con la intervención financiera de carácter público, y tolera zonas de corrupción (los denominados «pagos bajo la mesa» para recibir tratos preferentes referidos a las prestaciones), que se concreta en la introducción de mecanismos de fomento de la responsabilidad individual de los sujetos, de ahí la existencia de fondos de pensiones obligatorios y facultativos, que en una estructura de tres niveles (básico, complementario obligatorio y facultativo).

En Hungría<sup>38</sup> la atención a las situaciones de dependencia también mantiene un esquema tangencial o inespecífico. Se sustenta en estructuras de asistencia social, de carácter local, y que se complementa por un sistema de pensiones públicas, de base y complementarias, en sendos casos obligatorias. En este caso, se observa que se han habilitado periodos de transición, de forma que se está pasando de mecanismos de financiación mediante impuestos, a una financiación de carácter contributivo.

En el marco de un sistema de salud de Polonia<sup>39</sup>, que cubre a toda la población y es financiado por cotizaciones y por partidas presupuestarias del estado, se inserta la provisión de cuidados de larga duración, especialmente en la vertiente sanitaria. Junto a esta vertiente, desde la asistencia social, se ofrecen otros servicios, en la modalidad de asilos y centros asistenciales. En estos casos, el beneficiario ha de contribuir con una parte de sus ingresos, y si no tuviera medios económicos, esta responsabilidad recae en su familia. Solo supletoriamente, los gastos corren a cargo de la entidad local de referencia.

La República Checa<sup>40</sup> cuenta con un Plan Nacional para el Envejecimiento, y un plan para la integración de las personas con discapacidad. De acuerdo con la regulación legal, toda la población esta asegurada obligatoriamente al seguro de enfermedad, de carácter contributivo, en el que el estado contribuye por aquellos sectores de inactivos habituales. Dicho sistema nacional de salud se financia en su mayor parte por el Estado (mediante el presupuesto estatal y las contribuciones del seguro de enfermedad), y en una ínfima parte (8%) por los beneficiarios. Desde el punto de vista de los servicios sociales, se prevé la asistencia para mayores y discapacitados bajo la forma de servicios institucionales o residenciales. No obstante, aproximadamente el 80% de los cuidados son provistos por la familia. En esta línea se ha establecido una prestación para los cuidadores de personas de más de 80 años o que estén afectados de una discapacidad muy severa; prestación de una cuantía mínima (aproximadamente el 1,6 veces el mínimo de subsistencia). Desde el punto de vista organizativo, los servicios sociales especializados son competencia de las regiones o de las autoridades locales, lo que genera, a falta de una regulación estandarizada, serias diferencias regionales. Estos servicios asumen la forma de asilos, para las personas mayores, así como de centros especializados para los distintos tipos de discapacidades. Se financian a través de transferencias desde el presupuesto estatal, con tendencia a que sean los presupuestos locales y regionales los que asuman progresivamente el coste de estos servicios. Si bien, parte de los costes de los centros sociales han de ser cubiertos a través

<sup>38</sup> HUNGARY, *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 109 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>39</sup> POLAND, *Preliminary Report on Health Care and Long-Term Care*, 2005, 20 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>40</sup> CZECH REPUBLIC. *Report on Health Care and Long-Term Care in the Czech Republic*, 2005, 19 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

de los recursos de los usuarios. Entre un sistema —el sanitario— y otro —el de los servicios sociales— se prevé una situación fronteriza, que es la denominada hospitalización social, y que se concreta en que una persona dependiente, además necesita asistencia sanitaria regular. En último término, en la republica checa, el sector de las organizaciones no gubernamentales presenta un papel muy importante.

En Eslovenia<sup>41</sup>, la atención a las situaciones de dependencia, se produce, primordialmente, a través de las prestaciones sanitarias. El seguro obligatorio de salud cubre a todas las personas residentes en territorio esloveno, al margen de su condición laboral, nivel de ingresos, genero, edad etc. Las contribuciones al seguro son obligatorias para empresarios y trabajadores, y respecto de los inactivos se asumen por el Estado. La provisión de servicios de cuidado de larga duración se prevé eminentemente para personas con discapacidad, que pueden elegir entre servicios residenciales, o de ayuda a domicilio. En este caso, se ha establecido la figura del cuidador familiar, que realiza actividades de asistencia personal. Todo ello bajo la legislación de asistencia social, y en un nivel no muy desarrollado; por lo que se aprecia un gran margen de actuación para la ayuda familiar y para el sector no gubernamental.

Siguiendo las tendencias generales, también en la Republica Eslovaca<sup>42</sup> se mantiene un triple esquema de protección, de forma no específica, de las situaciones de dependencia. en concreto, se han de tener en cuenta los seguros sociales, donde se enmarca la asistencia sanitaria, con mecanismos de reembolso, y las prestaciones de invalidez y vejez; los beneficios sociales estatales, y, por último, asistencia social; estas dos ultimas relativamente próximas, y que prestan servicios residenciales.

Bulgaria<sup>43</sup> mantiene un sistema de salud basado en la financiación soviética, mediante impuestos, actualmente estructurado en tres niveles, local, regional y municipal. Si bien se ha establecido un seguro nacional de salud, que tienda a financiar las prestaciones sanitarias.

En segundo lugar, cuenta con un sistema de servicios sociales locales, financiados por presupuestos municipales. Y, por último, hay también, de modo inespecífico, se protegen las situaciones de dependencia a través de las pensiones clásicas de la Seguridad social, aquí con dos niveles, de base y complementaria, ambos obligatorios.

Por último, idéntico esquema mantiene Rumania<sup>44</sup>, que protege indirectamente las situaciones de dependencia apoyándose en la Seguridad Social, con prestaciones inespecíficas, de invalidez y vejez, así como con el seguro de salud (introducido en 1998).

<sup>41</sup> SLOVENIA, *National Report on Health care and Long-Term Care in the Republic of Slovenia, 2005*, 23 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>42</sup> SLOVAK REPUBLIC. *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 156 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>43</sup> BULGARIA, *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 165 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

<sup>44</sup> ROMANIA, *Study on the Social Protection Systems in the 13 applicant countries*. 2003, 157 pág. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/health\\_en.htm#commdocs](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs)

### 2.2.6. Otros ejemplos de la OCDE: Japón y Estados Unidos

Estos dos sistemas, aunque fuera de la orbita de la Unión, resultan interesantes por cuanto ofrecen una imagen de potenciales situaciones y de potenciales situaciones <sup>45</sup>.

De una parte, Japón <sup>46</sup> como superación de una situación en la que se acudía a la hospitalización de larga duración, de enfermos crónicos, de edad avanzada, no graves, introdujo en el año 2000 una normativa específica de la dependencia. Se regulaba ésta como riesgo específico, respecto del que están obligatoriamente afiliados todos los trabajadores y pensionistas residentes mayores de 40 años, y las cotizaciones se detraen, bien de las pensiones, bien de los salarios. Como elemento distintivo, en Japón eminentemente se protege a la población de edad avanzada y solo en el caso de enfermedades neurodegenerativas —Alzheimer— se presta atención a los menores de 65 años. Para acceder a las distintas prestaciones no se toma en cuenta el nivel de ingresos del sujeto, ni la estructura familiar que le rodea. En este marco, la cobertura de las situaciones de dependencia se puede concretar en el mantenimiento en el domicilio, o en el ingreso temporal o permanente en residencias especializadas. Es la municipalidad la que debe evaluar los grados de dependencia (6 niveles), mediante un sistema informatizado relativamente complejo y restrictivo. Junto a las contribuciones de los sujetos obligados (trabajadores y empresarios respecto de aquellos, y los propios pensionistas a los que se descuenta la prima de su pensión) el sistema de protección se cofinanciaba al 50% mediante impuestos de ámbito nacional, regional y local). El asegurador es la municipalidad, que decide la cuantía de presupuesto destinado a la dependencia según la oferta y demanda en su ámbito. Por otra parte, las contribuciones de trabajadores y empresarios se reasignan atendiendo a criterios demográficos y económicos de la población de las municipalidades. A cada nivel de dependencia se le establecen topes cuantitativos de reembolso, de tal manera que hay una parte del coste de los servicios que ha de ser asumido por el usuario, siempre con el límite del 10%. A los cuidadores informales no se les otorgan prestaciones, sino que las horas de cuidado a un dependiente se acumulan bajo una fórmula «de capitalización de tiempo consagrado a la ayuda), que se transformarán más tarde en un crédito de horas del que el cuidador será titular. Si se observa, el campo para el mercado privado de seguros de dependencia es relativamente amplio (los menores de 40 años, personas con potenciales problemas de dependencia de carácter físico o funcional menores de 65 años...)

En Estados Unidos <sup>47</sup> las personas dependientes tienen acceso a dos subsistemas de protección, el Medicaid, en el caso de las personas con un nivel de recursos inferior al umbral establecido, y el Medicare. En el primer caso, el establecimiento de medidas y sus cuantías son competencias de los distintos estados federales. Se ofrecen, eminentemente,

<sup>45</sup> Véase IMSERSO Y MTAS, *Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia en España*, 2004, Capítulo XI, págs. 57-64.

<sup>46</sup> ASSOUS, L. y RALLE, P. «La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: une mise en perspective internationale». A.I.S.S. *Conférence internationale de recherche en sécurité sociale «an 2000»*. Helsinki, 25-27 septembre 2000. pág. 38 ; y VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 12-15.

<sup>47</sup> DUBIN, K.A. «La protección de la dependencia en Estados Unidos». *Relaciones Laborales*, 2004, núm. 17/18, págs. 301-320; y VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, págs. 9-12.





prestaciones en especie, que se concretan en la financiación de la estancia en centros de atención especializada. Por su parte, el Medicare es un programa social de ámbito nacional, de base contributiva, que se financia por las contribuciones obligatorias de trabajadores y empresarios. Comprende prestaciones eminentemente en especie: asistencia en domicilio, estancias en hospitales y en residencias especializadas. En todo caso, estas prestaciones tienen algunos límites temporales, lo que, en consecuencia, ha abierto el camino a la suscripción de contratos privados de seguro de dependencia que han configurado un vasto sistema privado de protección complementario. El contenido de estos seguros es, eminentemente, de carácter técnico o en especie, y se concreta en la estancia en centros especializados que ofrecen prestaciones socio-sanitarias.

## 2. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO SOCIAL COMUNITARIO

Con carácter general, pero ahora actualizados en materia de protección de la dependencia y de los cuidados de larga duración, en el ámbito comunitario se observan, desde una perspectiva fáctica, la concurrencia de algunos elementos de fricción; presentes, no son fácilmente resolubles desde el Derecho Comunitario, y, aun siendo elementos que tienen manifestaciones individuales en cada estado miembro, pueden tener efectos colectivos. De un modo más concreto, en primer lugar, resulta un elemento sensible el que hace referencia al gasto público en protección social, ámbito en que hay una ausencia total de mecanismo de solidaridad entre estados. Algo que, inevitablemente se conecta, con las distintas formas de presión demográfica de los movimientos migratorios económicos, pero también turísticos; es decir movimientos por razones vinculadas al mercado de trabajo, con los consiguientes movimientos de agrupación familiar (este-oeste); y por razones vinculadas al clima (norte-sur)

En segundo lugar, no deja de plantear vicisitudes cuasi-insalvables el debate relativo a la transferencia o no de competencias exclusivas en la materia, desde los estados a la Unión. En tercer lugar, como ha venido siendo una cuestión trascendente la que hace referencia la ampliación de la Unión, y a los periodos transitorios de los fenómenos sucesivos de integración.

Junto a esos aspectos que presentan disyuntivas políticas complejas, ha de llamarse la atención sobre una de las ineficiencias jurídicas que se ponen de manifiesto en materia de protección de la dependencia: a falta de normativa reguladora *ad hoc*. Pues bien, en este contexto, la dependencia se manifiesta como un nuevo reto para el Derecho Comunitario. Especialmente porque se trata de una realidad poliédrica, que exige una regulación jurídica poliédrica. Algo que, en el ámbito comunitario plantea no pocos problemas. En efecto, la dependencia, por sus características, suscita interrogantes en el ámbito de la Seguridad Social, en tanto puede generar prestaciones. también lo hace en el ámbito de la libre prestación de servicios, y de la libertad de establecimiento, dado que la atención a la dependencia justifica el nacimiento de entidades privadas de distinta naturaleza que provean servicios, a domicilio, o en centros residenciales, de carácter exclusivamente sanitario, o socio-sanitario. Derivado de esto se plantean tres ordenes de cuestiones, una relativa a la formación, profesionalización y al reconocimiento de títulos que habilitan para el ejercicio de profesiones vinculadas a la atención a la dependencia; otra relativa al estableci-

miento de las prestaciones de servicios transnacionales, desde la perspectiva del usuario, pero también de los trabajadores de las empresas de servicios; y otra a la defensa de la competencia en el seno de la Unión. Por último, aunque sin carácter exhaustivo, se ha de valorar la necesidad de modular las reglas de armonización de los seguros de dependencia, en orden a la conservación de derechos adquiridos o en curso de adquisición<sup>48</sup>. En suma, parece que la Dependencia requiere de la actuación de diversas competencias comunitarias, unas de carácter más estrictamente económico, pero otras de carácter social.

Brevemente, resulta interesante analizar si la *gran competencia social*, la del establecimiento de mecanismos de coordinación de los sistemas internos de Seguridad Social para la promoción de la libre circulación de personas, presenta instrumentos válidos para regular esta nueva realidad social. En este sentido, se ha de partir de una idea de partida: los reglamentos de coordinación resultan incapaces de ofrecer soluciones a los problemas de aplicabilidad de los mecanismos internos de protección de las situaciones de dependencia a los nacionales, trabajadores o no, de otros Estados que ejercen su derecho a la libre circulación dentro de la Comunidad.

### 2.1. La coordinación de los Sistemas de Seguridad Social: las limitaciones de los reglamentos y soluciones jurisprudenciales

A pesar del nuevo reconocimiento del derecho a la protección de la dependencia, (Art. II-94 del TRATADO POR EL QUE SE ESTABLECE UNA CONSTITUCIÓN PARA EUROPA)<sup>49</sup>, es cierto que, no obstante su finalidad inicial (la de favorecer la libre circulación de los trabajadores, en los términos del artículo 42 TCE), la regulación de la Seguridad Social en el ámbito comunitario no deja de presentar serias carencias, como consecuencia de las exigencias de unanimidad (artículo 251 TCE) en los procesos de aprobación de normativa comunitaria en la materia. Como resultado de esa limitación en el origen de las normas comunitarias en materia de Seguridad Social, obviamente, con la coordinación no se uniforma, no se restringe la competencia estatal para regular sus sistemas respectivos, y no desaparecen las diferencias entre dichos Estados.

La gran limitación del Derecho Social Comunitario en este sentido, la que plantea vicisitudes diversas como se ira viendo, es la que de ni los Reglamentos 1408/71<sup>50</sup> y 574/

<sup>48</sup> Véanse, ASSOUS, L., MAHIEU, R. ; «Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance: une mise en perspective internationale». *DRESS Série Études, Document de Travail*, 2001, núm. 21, 42 pág., y VICENTE MERINO, A., POCIELLO GARCÍA, E., VAREA SOLER, J.; «Cobertura de la dependencia: una comparación internacional» *Actuarios*, 2004, núm. 22, pág. 21 y ss.

<sup>49</sup> Estos artículos no obligan a los Estados, a prever prestaciones de dependencia, solo les obliga cuando «apliquen derecho de la Unión» (Véase CUADRA-SALCEDO JANINI, T. DE LA; SUÁREZ CORUJO, B. «La garantía de los derechos sociales en la Constitución Europea. La consagración de la dependencia como contingencia protegida por los sistemas de Seguridad Social». *RMTAS*, 2005, núm. 27, págs. 471-502.). esto, no obstante, en un plano más teórico que empírico, podría suscitar la duda de si se ha de interpretar desde el punto de vista axiológico como vía muy indirecta de generación de derechos de dependencia a partir de los reglamentos comunitarios; algo que no puede ser abordado en este momento.

<sup>50</sup> Reglamento (CEE) núm. 1408/71 del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad

72<sup>51</sup>, ni el Reglamento 883/2004<sup>52</sup> (y se vera si su reglamento de desarrollo lo hace)<sup>53</sup>, contienen reglas de coordinación en materia de prestaciones referidas a la protección de las personas dependientes. Tanto en el reglamento 1408/71, como en el nuevo reglamento 883/2004, las únicas opciones conceptuales para entender encuadrados los eventuales mecanismos de la dependencia se encuentran en las reglas de coordinación de las prestaciones de enfermedad, de invalidez y vejez, y en las reglas de prestaciones familiares. Con el matiz, en todo caso, de las exclusiones, parciales, que se puedan enmarcar en el artículo 4.2.º bis del Reglamento 1408/71<sup>54</sup> o del Art. 3.2.º del Reglamento 883/2004, referidos a las prestaciones especiales no contributivas; sin olvidar las exclusiones totales de las prestaciones de asistencia social (Art. 4.4.º del Reglamento 1408/71 y Art. 3.5.º del Reglamento 883/2004. Adicionalmente, las reglas de coordinación para las prestaciones de enfermedad (artículos 18 y ss. Reglamento 1408/71, y artículos 17 y ss. Reglamento 883/2004), por sus propias características no siempre ofrecen soluciones obvias a la problemática de la dependencia. Esto es así en la medida en que tanto el Reglamento 1408/71<sup>55</sup> cuanto el Reglamento 883/2004<sup>56</sup>, adolecen de problemas derivados de la falta de simplificación de las reglas jurídicas de coordinación. Y que se agudizan porque se conjugan con otros problemas; tales como el hecho de que en los distintos Estados una misma prestación tiene distinta naturaleza (prestaciones en especie y/o en metálico); problemas derivados de la falta de definición de la situación de dependencia/enfermedad; problemas derivados de la ausencia de reglas anti-cúmulo entre prestaciones en especie y metálico; problemas de exportabilidad, de las prestaciones de los dependientes o de las prestaciones de dependencia de los familiares cuidadores informales; problemas referidos al requisito de residencia como requisito de acceso, o como punto de conexión de la determinación de la legislación aplicable (*Lex loci laboris versus lex loci residentiae*), lo que genera problemas de deter-

<sup>51</sup> Reglamento (CEE) 574/72 del Consejo, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) 1408/71

<sup>52</sup> REGLAMENTO (CE) Núm. 883/2004, DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social. (DOCE L 166).

<sup>53</sup> Por el momento no parece que vaya a ser así, a la vista de la Propuesta de REGLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO por el que se adoptan las normas de aplicación del REGLAMENTO (CE) N.º 883/2004, DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social (COM 2006) 16 final.

<sup>54</sup> En su nueva redacción por el REGLAMENTO (CE) Núm. 647/2005, DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 13 de abril de 2005, por el que se modifican el Reglamento (CEE) núm. 1408/71 del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad y el Reglamento (CEE) 574/72 del Consejo, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) 1408/71. (DOCE L 117).

<sup>55</sup> Y aun a pesar de las mejoras introducidas por el REGLAMENTO (CE) Núm. 629/2006, DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 5 de abril de 2006, por el que se modifica el Reglamento (CEE) núm. 1408/71 del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y el Reglamento (CEE) 574/72 del Consejo, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) 1408/71; y sus predecesores.

<sup>56</sup> En ningún caso se puede obviar que el nuevo reglamento que habrá de sustituir al Reglamento 1408/71 incorpora importantes avances, aunque no suficientes. Véase, Sempere Navarro, A., «Coordenadas de la Seguridad Social Comunitaria: el Reglamento 883/2004». AS, 2004, T. V, págs. 123-149.

minación del Estado responsable (Estado competente versus Estado de residencia) y suscita el debate acerca del tratamiento de los activos *versus* los inactivos; o, por acabar la enumeración, problemas relacionados con la consideración de los derechos a prestación de dependencia como derecho derivado o derecho propio, respecto de prestaciones a favor de cuidadores familiares.

Así las cosas, parece que, aun a riesgo de haber realizado una enumeración apresurada, la problemática derivada de la falta de un tratamiento específico de la dependencia desde la coordinación, y de la ausencia de normativa armonizadora, es una cuestión en nada baladí. Tanto mas cuanto se agrava con los proceso sucesivos de ampliación de la Unión.

Ante estas limitaciones, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (Tribunal de Luxemburgo en lo sucesivo) ha ofrecido algunas soluciones<sup>57</sup>. Se han de destacar sintéticamente, tres. En primer lugar, aquella que, referida a las prestaciones de enfermedad, en metálico o en especie, establece nuevas reglas jurídicas entre el régimen de autorizaciones y el de los reembolsos, sobre la base no solo del Reglamento 1408/71, sino también de las reglas relativas a la libre prestación de servicios. En concreto, a lo que aquí podría interesar, el Tribunal de Luxemburgo ha establecido que el artículo 22 del Reglamento 1408/71 ha de interpretarse en el sentido de que, cuando la institución competente autorice a un beneficiario de la seguridad social a trasladarse al territorio de otro estado para recibir asistencia hospitalaria, la institución de residencia esta obligada a concederle las prestaciones en especie conforme a las reglas de asunción de gastos de asistencia sanitaria hospitalaria que aplique, y como si el interesado estuviera afiliado a ella. Por el contrario, si la autoridad competente no autorizase el desplazamiento a otro estado, y a posteriori se demostrara que dicha denegación carecía de fundamento, el beneficiario tiene derecho al reembolso del importe equivalente al que habría asumido la institución de estancia; reembolso que puede no ser íntegro<sup>58</sup>, y sin que la situación de urgencia haya de ser comprobada por la institución competente<sup>59</sup>. Y esto no resulta contrario a la libre prestación de servicios por cuanto se excluyen del concepto de «obstáculo» aquellos supuestos en los que exista un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema, que constituye una razón de interés general<sup>60</sup>. Esta doctrina, *a priori*, referida a las prestaciones de asistencia sanitaria, puede solventar algunas cuestiones referidas a la dependencia, por cuanto, desde el punto de vista prestacional, la atención a las personas dependientes tiene una doble manifestación, la socio-sanitaria.

En segundo lugar, el Tribunal de Luxemburgo, ha procedido a realizar una interpretación amplia del concepto de seguridad social y de prestación de seguridad social<sup>61</sup>, y, paralelamente, interpretación estricta de la exclusión de la asistencia social, que, en definiti-

<sup>57</sup> Algunas de ella (Caso IKA, STJCE de 25 de febrero de 2003, Asunto C-326/00), normativizadas por la vía de la aprobación de reglamentos que modifican el reglamento 1408, así como por la vía de su incorporación en el nuevo reglamento 883/2004.

<sup>58</sup> Caso Vanbraekel, STJCE de 12 de julio de 2001, Asunto C-368/98, Caso Watts, STJCE de 16 de mayo de 2006, Asunto C-372/04; Caso Acereda Herrera, de 15 de junio de 2006, Asunto C-466/04.

<sup>59</sup> Caso Keller, STJCE de 12 de abril de 2005, Asunto C-145/03

<sup>60</sup> Caso Kohll, STJCE, de 28 de abril de 1998, Asunto C-158/96.

<sup>61</sup> Véase el recorrido que sintetiza M. D. GARCÍA VALVERDE, M.D. ( «Prestaciones de Seguridad Social: coordinación comunitaria. A propósito de la STJCE de 21 de febrero 2006, asunto Hosse». *AL*, 2006, núm. 16, pág. 1930 y ss.)

va ha permitido aplicar las reglas de coordinación a las prestaciones nacionales de dependencia<sup>62</sup>.

Es así, por lo que respecta al concepto de prestación de seguridad social, jurisprudencia reiterada que una prestación podrá considerarse como de Seguridad Social en la medida en que, al margen de cualquier apreciación individual y discrecional de las necesidades individuales, la prestación se conceda a sus beneficiarios en función de una situación legalmente definida y en la medida en que la prestación se refiera a alguno de los riesgos del artículo 4 del Reglamento 1498/71. En la medida en que se trata de una enumeración exhaustiva, toda rama de seguridad social que no esté mencionada escapa a esta calificación, aun cuando confiera a los beneficiarios una posición legalmente definida que de derecho a una prestación. En esa lógica, ha sido habitual tratar de reconducir las prestaciones específicas de dependencia a alguna de las ramas de seguridad social, eminentemente a la de enfermedad.

De este modo, esta línea interpretativa ha llevado a concluir que las prestaciones del seguro de dependencia, acompañan al seguro de enfermedad. En efecto, al tener como finalidad la de mejorar el estado de salud y de vida de la persona dependiente, al margen de su fisonomía jurídica, se pueden considerar prestaciones en metálico, y han de ser consideradas como tal a efecto de la aplicación de las reglas del artículo 19 del Reglamento 1408/71, de forma que el estado alemán no se pueden supeditar la concesión y percepción de la prestación a la residencia en su territorio, cuando se cumplan los requisitos de acceso<sup>63</sup>. Yendo más allá aún, las cotizaciones a favor del cuidador de una persona dependiente cubierta por el seguro de dependencia, también se ha de considerar que participan de la naturaleza de prestación de enfermedad en metálico, de enfermedad<sup>64</sup>. Por lo tanto, estando dentro del artículo 4.1.º del reglamento 1408/71, se aplican las reglas del artículo 19.1.º del Reglamento, que impiden que la prestación en metálico del seguro de enfermedad se subordine a la residencia en el estado de afiliación.

Por otra parte, en segundo lugar, conectado con lo anterior, se procede a una interpretación estricta del concepto de «prestaciones especiales en metálico de carácter no contributivo» del artículo 4.2.º bis del Reglamento 1408/71, lo que permite excluir de las restricciones que entraña el artículo 10 bis, en relación con el anexo II bis, en lo relativo a la exportabilidad de las prestaciones. De la suma de ésta, y de la anterior interpretación resulta que, de facto, se ha realizado una interpretación estricta del concepto de prestación de asistencia social, en la medida en que se la calificación jurídica de la prestación se ha realizado al margen de los sistemas de financiación empleados por el Estado<sup>65</sup>.

Por último, en tercer lugar, la jurisprudencia ha resuelto, y por reflejo complementado las soluciones anteriores, las cuestiones referidas a la aplicación de las reglas de coordinación comunitaria a familiares de trabajadores dependientes y a trabajadores con familiares dependientes. En estos supuestos se plantea la duda de si la prestación de dependencia

<sup>62</sup> Véase, para más detalle, MERCADER UGUINA, J.R., «La prestación de dependencia en la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades: los asuntos Molenaar, Jauch, Garmain-Cerri y Hosse». *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 2006, núm. 11. ([www.iustel.com](http://www.iustel.com)).

<sup>63</sup> Caso Molenaar, STJCE de 5 de marzo de 1998, Asunto C-160/96.

<sup>64</sup> Caso Gaumain-Cerri, STJCE de 8 de julio de 2004, Asuntos acumulados C-502/01 y C-31/02.

<sup>65</sup> Caso Jauch, STJCE de 8 de marzo de 2001, Asunto C-215/99.

litigiosa constituye un derecho propio de los familiares de los trabajadores que se desplazan en el seno de la comunidad, o si se trata de un derecho derivado adquiridos en la condición de familiar de dichos trabajadores. En estos casos, se ha fijado la doctrina de que los derechos de los familiares de los trabajadores migrantes a prestaciones de enfermedad constituyen derechos propios, por lo que se les aplican las reglas del artículo 19 del Reglamento sin distinción, en los términos arriba expuestos<sup>66</sup>.

En todo caso, y dejando al margen las interpretaciones jurisprudenciales, cabría entender que, una eventual prestación de dependencia, en metálico o en especie, que no esté sujeta al reglamento comunitario, siempre podría considerarse que tiene la naturaleza de «ventaja social» del artículo 7 del Reglamento 1612/1968, dentro de la limitación subjetiva que entraña<sup>67</sup>.

Teniendo en cuenta todo lo anterior no parece descabellado afirmar que las vicisitudes que se derivan de la existencia de distintos modelos de protección de la dependencia y del incremento de la movilidad de trabajadores, y personas en general en el seno de la Unión no se ven resueltos desde las instancias comunitarias, en la medida en que se constata la inexistencia de reglas precisa y específicas de coordinación desde la normativa comunitaria.

## 2.2. El método abierto de coordinación y la protección de las situaciones de dependencia

Conviene reiterar que la gran limitación del derecho derivado comunitario en materia de seguridad social deriva de esa diversidad de sistemas de protección social estatales. Desde un punto de vista puramente abstracto, la coordinación en materia de seguridad social podría no plantear problemas, en la medida en que los sistemas nacionales han seguido históricamente ciertos parámetros de formación, lo que entraña que las ramas de seguridad social son conceptualmente comunes en la mayoría de los estados miembros. Sin embargo esta es una apreciación que se reputa inválida. Porque, en la medida en que la evolución de los sistemas nacionales no ha seguido un mismo esquema, y presentan profundas implicaciones políticas y económicas, se plantean ciertos problemas de coordinación en materia de dependencia. Dos de los más importantes serían los relativos a la coordinación de los sistemas nacionales de salud (y/o de las prestaciones de enfermedad o asistencia sanitaria, como se ha visto), y a la coordinación de los sistemas nacionales de asistencia social y servicios sociales; materia ésta por ende, excluida de las posibilidades coordinadoras, hasta el momento.

Quizás convenga dejar a un lado el concepto estricto de seguridad social, para asumir un concepto omincompreensivo como es el de protección social. Esta, en tanto componente del modelo social europeo, no deja de ser un tema de interés común para los estados miembros, en la medida en que todos, en mayor o menor medida, y al margen de sus tradicio-

<sup>66</sup> Caso Hosse, STJCE de 21 de febrero de 2006, Asunto C-286/03. Véase, García Valverde, M.D., «Prestaciones de Seguridad Social: coordinación comunitaria. A propósito de la STJCE de 21 de febrero 2006, asunto Hosse». *AL*, 2006, núm. 16, págs. 1928-1943.

<sup>67</sup> En este sentido, M.D. GARCÍA VALVERDE propone remitir al concepto de ventaja social las prestaciones de carácter técnico de los servicios sociales *ubidem*, pág. 1940.

nes, se encuentran ante problemas y demandas de solución estandarizadas<sup>68</sup>. En este caso, la única solución, eventual, y a largo plazo, es la que ofrece, ya no el derecho comunitario derivado, institucionalizado, sino el nuevo mecanismo de aproximación de los ordenamientos de los veintisiete estados miembros: el Método Abierto de Coordinación. (MAC, en adelante), o el nuevo *instrumento cognoscitivo*<sup>69</sup> de construcción de la Europa social.

Previsto por primera vez en el Tratado de Ámsterdam (artículos 129 y 137.2.º párrafo tercero), desde la perspectiva formal, el MAC forma parte de lo que han sido denominadas «nuevas formas de gobernanza europeas»<sup>70</sup> y se caracteriza, como contrapartida a la rigidez de los mecanismos reguladores comunitarios clásicos, por la flexibilidad, la adaptabilidad y el respeto de la diversidad de los estados miembros, de ahí la denominación de *Soft Law*<sup>71</sup>. El origen del MAC fue la constatación de una realidad común a los estados miembros, como era el desempleo, así como la constatación de que las soluciones comunitarias resultaban inoperativas: la Unión no tenía atribuida una competencia neta en materia de empleo y de protección social, y los estados se mantenían, por razones eminentemente presupuestarias, reticentes a hacer cesión alguna, parcial o total de dichas competencias. De esta manera, teniendo en la base el principio de subsidiariedad<sup>72</sup>, en el Consejo Europeo de Lisboa de 2000, la MAC se define, dentro del proyecto más amplio de la Estrategia de

<sup>68</sup> MANRIQUE LÓPEZ, V. F., «La normativa comunitaria actualmente vigente en el llamado Derecho Europeo de la Seguridad Social». *Estudios de Deusto*, 2006, vol. 54/1, pág. 114.

<sup>69</sup> RODRÍGUEZ-PINERO BRAVO FERRER, M. «Constitución europea, política social y método abierto de coordinación». *Relaciones Laborales*, 2005, núm. 21, pág. 5.

<sup>70</sup> Libro blanco de la Comisión sobre la Gobernanza europea (COM (2001) 428 final).

<sup>71</sup> En el ámbito material, los estados miembros no son desposeídos de sus competencias, pero sí se produce la europeización de algunas zonas socio-económicas que se encuentran constitutivamente fuera del ámbito de las competencias de la Unión. La agenda comunitaria se extiende, son ninguna transferencia de competencias, en sentido clásico. Este método en modo alguno altera la titularidad de las competencias ni de su ejercicio, sino que parte del reconocimiento y el respeto de las competencias de los distintos sujetos, que no se verán alteradas. Así, el MAC se concreta en el establecimiento de una coordinación nueva —distinta de la clásicas operada por los Reglamentos comunitarios— mediante líneas directrices, y en objetivos a cumplir, que se han de traducir en planes nacionales de acción, a través de los respectivos derechos internos. De esta manera la armonización no se produce jurídicamente, mediante el establecimiento de normas supranacionales de obligado cumplimiento en todos los estados; la armonización se produce a través del diseño de estándares políticos de actuación. Y la norma jurídica, se reemplaza por la orientación política. Desde un punto de vista institucional, el MAC desplaza a un lado a las instituciones europeas con potestad normadora clásicas, y el carácter «abierto» se concreta en la participación de una pluralidad de agentes. Se trata no solo de las instituciones públicas comunitarias o estatales, sino también de todo un elenco de actores políticos, económicos, y sociales de todos los niveles (la Unión, los Estados Miembros, las colectividades regionales y locales, los agentes sociales, las empresas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en general). Desde la vertiente de su aplicación y efectividad, en el MAC, el juez comunitario queda a un lado, en la medida en que se cuenta con sistemas de auto evaluación. (Véanse, ROBLES CARRILLO, M., «El método abierto de coordinación: una técnica original de acción europea». *Gaceta jurídica de la Unión Europea y de la Competencia*, 2005, núm. 239, págs. 3-21; GOETSCHY, J. «L'apport de la méthode ouverte de coordination à l'intégration européenne». MAGNETTE, P. *La grande Europe*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles, 2004, pág. 143 y ss.; ILIOPOULOU, A., «La méthode ouverte de coordination: un nouveau mode de gouvernance dans l'Union Européenne». *Cahiers de droit Européen*, 2006, núm. 3-4, pág. 316 y ss.).

<sup>72</sup> En lo relativo a la subsidiariedad en materia de Seguridad Social, véase, MIRANDA BOTO, J.M., «El principio de subsidiariedad en el ordenamiento comunitario y sus aplicaciones en materia social». *RMTAS*, 2003, núm. 47, págs. 125-127.

Lisboa<sup>73</sup>, como el instrumento que habría de mejorar los procesos decisorios existentes<sup>74</sup>. Este nuevo Método Abierto de Coordinación permitiría difundir buenas prácticas y asegurar una mayor convergencia en los principales objetivos de la Unión<sup>75</sup>. Todo ello en el marco de la necesidad de dotar de una nueva legitimidad a la acción comunitaria.

El más conocido ha sido el objetivo de la mejora de la calidad del empleo en Europa (1997)<sup>76</sup>, para lo cual se proponía una política activa del empleo. Pero, sin embargo, el MAC se ha aplicado a ámbitos como la inclusión social (2000), las pensiones (2001)<sup>77</sup>, la educación y la formación (2002), y, a lo que aquí interesa más, al objetivo de la modernización de la protección social (2001)<sup>78</sup>. En este ámbito, destaca la labor de la Comisión en materia de asistencia sanitaria y de atención a las personas mayores. A partir de la sistematización de los retos comunes (el envejecimiento demográfico y su impacto en los gastos en protección social, el desarrollo de nuevas tecnologías y la mejora del bienestar y del

<sup>73</sup> La Unión, se fijaba como nuevo objetivo el que de «convertirse en la economía del conocimiento mas competitiva y dinámica del mundo, capaz de un crecimiento económico duradero que este acompañado de una mejora cualitativa y cuantitativa del empleo y de una gran cohesión social»; objetivo este que necesitaba una estrategia global para preparar la transición hacia una economía apoyada en el conocimiento» y, lo que resulta aquí relevante, «para modernizar el modelo social europeo, mediante la inversión en recursos humanos y la lucha contra la exclusión social» (Punto 5 de las Conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de 23 y 24 de marzo ([http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm)). No obstante, no deja de ser cierto que en materia de protección social, sobre la base de los artículos 2 y 140 del Tratado, ya se había diseñado por la Comisión «Una estrategia concertada para modernizar la protección social» (COM (99) 347 final). Y que, ya dentro de la vigencia de la Estrategia de Lisboa se ha reforzado mediante la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones». *Refuerzo de la dimensión social de la estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social*. (COM (2003) 261 final).

<sup>74</sup> Punto 7 de las Conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de 23 y 24 de marzo ([http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm))

<sup>75</sup> El MAC, en síntesis, consistiría en: —definir las líneas directrices de la Unión, a la vista de los calendarios específicos para realizar los objetivos a corto, medio y largo plazo fijados por los estados miembros; —establecer indicadores cuantitativos y cualitativos, así como los criterios de evaluación, en relación con los mejores resultados mundiales, que se puedan adaptar a las necesidades de los distintos estados miembros y los diversos sectores, y que permitan poder comparar las mejores practicas; —traducir las líneas directrices europeas en políticas nacionales y regionales, fijando objetivos específicos y adoptando medidas que tenga en cuenta las diversidades nacionales y regionales; y —proceder, periódicamente a una revisión, una evolución y un examen inter pares, de la que se puedan extraer enseñanzas útiles. (Punto 37 de las Conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de 23 y 24 de marzo. ([http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm))).

<sup>76</sup> Véase el análisis de GOETSCHY, J. «L'apport de la méthode ouverte de coordination à l'intégration européenne». MAGNETTE, P. *La grande Europe*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles, 2004, pág. 147 y ss.

<sup>77</sup> Véase, por todos, PÉREZ MENAYO, V., «El método abierto de coordinación en la Unión Europea: su aplicación a las pensiones». *Noticias de la Unión Europea*, 2003, núm. 222, págs. 51-64.

<sup>78</sup> En este ámbito, en el que se reconoce la existencia de un modelo social europeo que cuenta con regímenes de protección social muy desarrollados, se insta a la transición hacia una economía del conocimiento. En consecuencia, los regímenes de protección social han de adaptarse, en el marco de un estado social activos, para que resulte posible garantizar financieramente su viabilidad a largo plazo, así como promover la integración social y la igualdad de sexos, y ofrecer servicios sanitarios de calidad. Con la finalidad de conseguir estos objetivos, el Consejo Europeo invitó al Consejo de la Unión a que reforzara la cooperación entre los estados miembros en orden al intercambio de experiencias y de buenas practicas, sobre la base de una red de comunicaciones que sirvan como instrumentos básicos en la materia (Punto 31 de las Conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de 23 y 24 de marzo. ([http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-rl.f0.htm))).





nivel de vida), del reconocimiento de las diversidades nacionales, y de las competencias comunitarias (en materia de libre circulación de mercancías de personas de servicios, de funcionamiento del mercado interior, de defensa de la competencia, fija tres grandes objetivos a largo plazo<sup>79</sup>: la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.

En suma, ante las incapacidades de la coordinación jurídica a través de los reglamentos, sujetos a la exigencia de la unanimidad, parece que, actualmente, se podría mantener que la principal virtud del MAC reside en que, a ser de que sus manifestaciones carecen de carácter obligatorio, y no hay mecanismo de sanción jurídico alguno, si es cierto que se abre un ámbito de actuación para el aprendizaje colectivo de la *Europa a 27* en el cual, mediante la participación voluntaria de los estados, éstos se sitúan bajo la «presión de convergencia», lo que genera estímulos comparativos entre ellos. Y, además de la legitimidad sobrevenida de la intervención comunitaria, aunque sea de mera moderadora, se complementa con la legitimidad social de las acciones estatales, que se ve potenciadas por la intervención de un gran número de actores sociales europeos, nacionales, regionales y locales.

### 3. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Todo o anterior, puede suscitar algunos temas de reflexión, a la vista de la nueva regulación española de la protección de las personas dependientes. Sirva, al menos enumerarlos brevemente.

Desde una perspectiva comunitaria, se hace necesario, a la vista del concepto de dependencia (artículo 2.2.º de la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia en lo sucesivo)) deslindar nítidamente las prestaciones enumeradas en el artículo 14, de carácter puramente sanitario, de las prestaciones de carácter social o socio-sanitario.

Es importante, en efecto, determinar si las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia (SND, en adelante) son todas o algunas de ellas, o prestaciones complementarias de la rama de enfermedad o de vejez desde la perspectiva comunitaria. Esto es importante en la medida en que implica la aplicación o no del reglamento. Había una fractura pendiente de analizar: en el SND rige, en algunos aspectos, la incompatibilidad de sus prestaciones con las ayudas y prestaciones por ayuda a tercero que se otorgan desde el sistema, contributivo y no contributivo de Seguridad Social. Esto podría permitir interpretar que las restricciones se interpretan restrictivamente y por lo tanto algunas prestaciones del SND son prestaciones complementarias de prestaciones de rama de vejez o invalidez. O dicho en otros términos, en la medida en que algunas prestaciones del SND presentan idéntica

<sup>79</sup> Véanse, los documentos: COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. «*El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*» (COM (2001) 723 final), y COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. «*Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación»*» (COM (2004) 304 final).

naturaleza que las prestaciones de gran invalidez o ayuda por tercera personas de las pensiones no contributivas de invalidez, se suscita el interrogante de si habría una vía de inclusión en el campo de aplicación del reglamento comunitario.

En lo que se refiere al ámbito subjetivo del nuevo SND español, es posible entender que, en principio, las condiciones exigidas a los eventuales titulares de derechos (Art. 5 de la Ley de Dependencia)<sup>80</sup> pueden entrañar algún tipo de discriminación. Por despiste o torpeza jurídica, se ha hecho una mención expresa a los españoles, cuando, en realidad, mediante las oportunas interpretaciones del Tratado de la Unión, y de la normativa interna en materia de extranjería, la nacionalidad no resulta ser el requisito de acceso, sino la residencia. El elemento problemático resulta ser el de la exigencia de periodos de residencia previos, por cuanto, en principio, no se aplicarán las reglas del reglamento que modulan este requisito. Pero, además, el requisito de periodos de residencia previos (tres o cinco años) puede entenderse justificado por exigencias financieras, pero también, se puede interpretar como una discriminación indirecta. A lo anterior se han de añadir los eventuales problemas de la configuración, junto a los diecisiete sistemas autonómicos públicos de salud, diecisiete sistemas autonómicos de servicios sociales. Desde el punto de vista comunitario, esto se concreta en que las prestaciones de asistencia social concedidas por las comunidades autónomas no se pueden directamente calificar de asistencia social desde la perspectiva del reglamento comunitario. Por último, se plantean algunas cuestiones referidas a la exportabilidad de —algunas— de las prestaciones del SND, desde España hacia otros estados y a la inversa; al margen de aquellas otras dudas acerca de cómo afectará al nuevo diseño del SND la aplicación de las reglas de la libre prestación de bienes y servicios (de cuidados de larga duración), de la libre circulación de personas, conectado con bienes y servicios en lo relacionado con el reconocimiento de títulos, y la libre circulación de profesionales de la salud y de los servicios sociales; así como de las reglas del Derecho de la Competencias.

En síntesis, junto a los otros muchos, la protección de la dependencia plantea a los Estados Miembros (y entre ellos a España), y a al Unión, retos tan trascendentes como complejos, que exigen soluciones jurídicas, y no jurídicas, aún en ciernes.

<sup>80</sup> 1. Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles que cumplan los siguientes requisitos: (...)c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia. 2. Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se registrarán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen.