

MODELOS DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA
Y FACTORES DE CONVERGENCIA

*Mikel de la Fuente Lavín**

RESUMEN:

Este artículo analiza el marco europeo del envejecimiento demográfico que ha dado lugar al desarrollo de las situaciones de dependencia y al consiguiente aumento del gasto en cuidados de larga duración, a la vez que se indican otros elementos que compensan, al menos parcialmente, el aumento del gasto público, así como al surgimiento de prestaciones contra el nuevo riesgo social. Se señalan los factores que inciden en la configuración de la protección en los diferentes países, tradiciones nacionales y diferentes modelos de Estados de Bienestar por un lado y factores de convergencia que atenúan las diferencias por otro, que dan lugar a una cierta "hibridización" de los sistemas de protección, de los que se señalan algunos elementos de varios países.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia. Unión Europea.

ABSTRACT:

The following article analyses the European framework of demographic ageing, which has resulted in the development of dependency situations and the ensuing

• Profesor Titular de EU de Derecho del Trabajo y de la S.S. Universitaria del País Vasco •
mikel.delafuente@ehu.es

increase of expense in long-term care. It also points out other elements that offset, at least partially, the increase of public expense and the appearance of facilities against the new social risk. On the one hand, there are factors that affect the configuration of protection in different countries, national traditions and models of the Welfare State and, on the other, convergence factors that lessen differences and result in a certain "hybridization" of protection systems, of which some elements are mentioned concerning different countries.

KEY WORDS:

Dependency situations. European Union.

Según un proverbio ruso, la vejez rara vez es sinónimo de felicidad. Para la inmensa mayoría de las personas en todos los lugares del mundo, se trata de una época en la que la felicidad disminuye a medida que el dolor y la incapacidad vayan ganado terreno. Seguridad económica para un mundo mejor (OIT, 2005).

I. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

La *Recomendación relativa a la dependencia* nº R (98) 9 del Consejo de Europa adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998 define a la dependencia como el "estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana". El Informe realizado por PACOLET (1998) para la Comisión Europea sugería que entre el 3 y el 5% de la población mayor de 65 años de edad sufre una dependencia severa y más del 15% es parcialmente dependiente. El reciente informe del Comité de Política Económica y la Comisión Europea (CPE-COMISIÓN EUROPEA, 2006) ha elaborado una serie de proyecciones sobre el impacto del envejecimiento sobre las finanzas públicas. Prevé que aunque el total de la población europea decaerá levemente entre los años 2004 y 2050 (pasando de 457 a 454 millones de personas), la población de 65 y más años aumentaría en 58 millones de personas entre esos años (el 77%). La relación de dependencia, también llamada de *vejez* que se obtiene dividiendo el número de personas de 65 y más años por el número de personas que forman la población en edad activa (entre 15 y 64 años), que en 1970 era del 18,5 de media para la Unión Europea-15, en el año 2000 de 26,7, pasaría al 35,1 en el año 2020 y al 51% en el 2050. Además de su repercusión en las pensiones, el envejecimiento supone asimismo un aumento del riesgo de dependencia.

El envejecimiento estaría también en la raíz del aumento en el gasto sanitario y, de forma más general, en la atención y cuidado de las personas que tienen dificultades o

imposibilidad para valerse por si mismas (el "riesgo de dependencia"), aunque quizá en menor intensidad que lo que pronostican algunos estudios alarmistas. Como recoge el Libro Blanco sobre la Dependencia (IMSERSO, 2005, p 673) "la aceptación acrítica de las proyecciones demográficas suele adolecer de una visión mecanicista del desarrollo de las sociedades y de la aceptación del supuesto latente de que envejecimiento implica siempre carga financiera y social". En efecto, contrariamente a una idea muy extendida, no es evidente y lineal la relación entre envejecimiento y crecimiento del peso de los gastos sanitarios y de los cuidados de larga duración. Para dilucidar esa relación hay que distinguir los gastos ligados al estado de salud, que pueden ser diferentes de una generación a otra, de los relacionados con la edad. Si las personas mueren menos porque se realizan muchos esfuerzos médico-farmacéuticos para mantenerlas en vida, es previsible un enorme aumento del gasto sanitario, pero si viven durante más largo tiempo porque están en mejor salud¹, el envejecimiento tendrá efectos menos importantes (CARIS y HENRARD, 2002, p 9).

Esta afirmación es confirmada en el informe del CPE-COMISIÓN EUROPEA (2006, p 17) cuando señala que el gasto público es muy sensible a las tendencias de la tasa de incapacidad de las personas mayores. Comparada con un escenario de "simple envejecimiento", el cambio proyectado se incrementará entre el 40% y el 60% más bajo si el status de la incapacidad mejora sustancialmente en línea con el previsto incremento de la esperanza de vida. Sin embargo, lo que no plantea ese informe es que el aumento de la esperanza de vida y, más aún, de "vida sin incapacidad", requieren una mejora radical de las condiciones ambientales y de trabajo que no están de ninguna forma garantizadas sino que más bien operan fuertes tendencias en sentido contrario debidas, entre otros elementos, a la intensificación de los ritmos de trabajo y el empeoramiento de sus condiciones.

Recíprocamente, si la mejora del estado de salud por edad es "comprada" mediante un crecimiento de la intensidad de los cuidados, el aumento de la proporción de las personas de edad podría dar lugar a un fuerte aumento del gasto sanitario por persona. Por otra parte, se ha señalado que los gastos de atención a las personas de mayor edad se disparan, en general, sólo en los dos años anteriores a su fallecimiento (FERRERAS ALONSO, 2002, p 16), mientras que el alargamiento de la duración de la vida reduce la proporción de las personas que se encuentran en el último año de su vida. En cualquier caso, es cierto que el envejecimiento supone un importante coste financiero, no sólo por el gasto sanitario sino más aún por la situación de dependencia, que requiere una fuerte dedicación de cuidados personales. En este sentido, el envejecimiento puede suponer una importante fuente de empleo y actividad económica. Habida cuenta del peso de las

1. A esa mejora de la salud debe contribuir la educación para la salud y el desarrollo de hábitos saludables (IMSERSO, 2005: 673).

mujeres entre las personas muy ancianas, la afectación de recursos que exige la situación de dependencia debe ser una forma de compensar el enorme trabajo no remunerado que han realizado y realizan.

Por otra parte, las personas en actividad profesional destinan una parte de sus recursos a la financiación de las necesidades del conjunto de personas no activas, sean éstas viejas o jóvenes. Por eso se ha subrayado que la *ratio* pertinente es la existente entre el número de personas en edad de trabajar y el número de personas que son “demasiado” jóvenes o “demasiado” viejas para tomar parte en la vida activa profesional (apROBERTS y CONCIALDI, 1999: 239). Esa relación, denominada *ratio de dependencia demográfica* mide la relación entre el número de personas en edad activa (de 15 o 16² a 64 años) y la población fuera de la edad activa (mayor de 65 y menor de 15 o 16) y, aunque irá en aumento después de casi tres décadas de reducción (ZUBERO *et alii*, 2002, p 47) previsiblemente va a variar en mucho menor grado que la anterior. Mientras que, como se ha señalado la *ratio de vejez* se duplicaría de media en la UE-25 entre 2004 y 2050, el aumento de la *r* de dependencia demográfica sólo sería del 10%.

Esta orientación, que plantea como pertinente la aplicación de la *ratio de dependencia demográfica*, “ajustada” en función de los costes relativos de las personas mayores de 64 y menores de 15, conduce a considerar que, incluso considerando que el coste global para la sociedad de una persona mayor es superior a la de un niño -lo que no está probado empíricamente³, el cambio demográfico solo implicaría un incremento de poco más del 15% en los próximos 25 años, lo que supondría un alza dos veces inferior que la ligada en exclusiva al envejecimiento⁴. Esta relativización de la magnitud de las repercusiones económicas del cambio demográfico no implica que no se produzcan modificaciones de envergadura en las organizaciones de las transferencias sociales, ya que mientras las transferencias entre activos y pensionistas se realizan mediante contribuciones obligatorias (cotizaciones sociales e impuestos) las correspondientes a personas de edad y jóvenes se producen en el interior de la familia. Pero estas modificaciones son de tipo cualitativo y su repercusión económica es, en principio, de escasa importancia.

-
2. En los estudios internacionales se suele considerar que el grupo de personas en edad de trabajar es el comprendido entre los 15 y los 64 años de edad. En España se parte de la edad de 16 años, límite inferior para el acceso al trabajo por cuenta ajena conforme al art. 6 del Estatuto de los Trabajadores.
 3. La influencia de la evolución del envejecimiento demográfico en el coste de las pensiones debe ser coherente con la eventual repercusión de las actuales pautas demográficas en otros rubros del gasto social. Un estudio del Ministerio francés de Finanzas de 1985 concluía que las diferencias entre el gasto social originado por los ancianos y por los niños eran mínimas (citado en apROBERTS y CONCIALDI, 1999: 240, nota 4). Sin embargo, los autores citados han utilizado como criterio para sus cálculos una estimación según la cual el coste de un niño sería la mitad del causado por un adulto, lo que a su entender conduce a una sobreestimación el crecimiento de la *ratio* de dependencia ajustado.
 4. Evaluación realizada para Francia (apROBERTS y CONCIALDI, 1999: 240), pero que, con los lógicos matices, puede ser generalizable al conjunto de la UE.

Según las proyecciones del CPE-COMISIÓN EUROPEA (2006: 16) el gasto público en atención sanitaria se incrementaría entre uno y dos puntos del PIB en la mayoría de los Estados miembros en el horizonte del 2050, puntualizándose que factores no-demográficos son muy relevantes en el nivel del gasto sanitario y que el status de salud de las personas mayores tendrá una amplia repercusión en el nivel del gasto sanitario. En cuanto al gasto en cuidado de larga duración se prevé un aumento porcentual comprendido entre el 0,1% y el 1,8% del PIB, diversidad que se corresponde con las diferentes aproximaciones en la provisión y financiación de la atención formal: a los países con niveles muy bajos de atención formal las previsiones les asignan bajos aumentos en el gasto público. Con el envejecimiento tendrá lugar una diferencia creciente entre el número de ciudadanos con incapacidad que requerirán atenciones de cuidado (que aumentarán hasta más del doble en el 2050) y el actual suministro de los servicios formales de cuidado (ver cuadro).

IMPACTO PREVISTO DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN EL GASTO PÚBLICO
(CAMBIO DESDE 2004 A 2050 EN PORCENTAJE DEL PIB)

	Pensiones		Cuidado sanitario		Cuidado a largo plazo		Prestaciones de desempleo		Educación		Total de todos los ítems	
	Cam bio desde 2004		Cam bio desde 2004		Cam bio desde 2004		Cam bio desde 2004		Cam bio desde 2004		Cam bio desde 2004	
	a		a		a		a		a		a	
	2030	2050	2030	2050	2030	2050	2030	2050	2030	2050	2030	2050
BE	4.3	5.1	0.9	1.4	0.4	1.0	-0.5	-0.5	-0.6	-0.7	4.5	6.3
DE	0.9	1.7	0.9	1.2	0.4	1.0	-0.4	-0.4	-0.8	-0.9	1.0	2.7
GR			0.8	1.7			-0.1	-0.1	-0.5	-0.4		
ES	3.3	7.1	1.2	2.2	0.0	0.2	-0.4	-0.4	-0.7	-0.6	3.3	8.5
FR	1.5	2.0	1.2	1.8			-0.3	-0.3	-0.5	-0.5	1.9	2.9
IE	3.1	6.4	1.2	2.0	0.1	0.6	-0.2	-0.2	-0.9	-1.0	3.3	7.8
IT	0.8	0.4	0.9	1.3	0.2	0.7	-0.1	-0.1	-0.8	-0.6	1.0	1.7
LU	5.0	7.4	0.8	1.2	0.2	0.6	-0.0	-0.1	-0.5	-0.9	5.4	8.2
NL	2.9	3.5	1.0	1.3	0.3	0.6	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	3.8	5.0
AT	0.6	-1.2	1.0	1.6	0.3	0.9	-0.1	-0.1	-0.9	-1.0	0.9	0.2
PT	4.9	9.7	-0.1	0.5			-0.1	-0.1	-0.6	-0.4	4.1	9.7
FI	3.3	3.1	1.1	1.4	1.2	1.8	-0.4	-0.4	-0.6	-0.7	4.7	5.2
EU	1.3	2.2	1.0	1.6	0.2	0.6	-0.3	-0.3	-0.7	-0.6	1.6	3.4
Euro area	1.6	2.6	1.0	1.5	0.2	0.5	-0.3	-0.3	-0.7	-0.6	1.9	3.7

FUENTE: CPE Y COMISIÓN EUROPEA (2006)

Notas: Este cuadro se refiere a las proyecciones de base para el gasto de seguridad social en pensiones, educación y transferencias de desempleo. Para cuidados de salud y cuidado a largo plazo, las proyecciones se refieren a "Los escenarios de referencia del AWG" (grupo de trabajo sobre envejecimiento del CPE)

1) No se relaciona el gasto total de GR por desaparición de los datos.

2) El gasto total de FR y PT no incluye el cuidado a largo plazo.

El hecho de que la dependencia constituye un proceso lento y fluido, hace porosa la frontera entre la autonomía y su pérdida y dificulta el establecimiento de una definición precisa y fiable, así como el establecimiento de un censo de la población adulta dependiente (BORGETTO, 2003: 21), de forma que se pueda prever con precisión los recursos financieros necesarios. La citada Recomendación del Consejo de Europa sugiere que la dependencia se proteja mediante un seguro de dependencia público y obligatorio, con financiación asimismo pública.

II. LA COBERTURA EN LA UNIÓN EUROPEA Y LA JURISPRUDENCIA DEL TJCE

Ante la falta de competencias normativas en materia de protección social, la Unión Europea se ha limitado en esta materia al estudio e investigación de la problemática, si bien es un tema que aparece crecientemente en los informes comunitarios, en general asociada a la asistencia sanitaria. El punto de partida tuvo lugar en 1999, con un estudio encargado por la Comisión Europea en 1996 para analizar los sistemas de protección social de las personas en situación de dependencia en los Estados miembros (y en Noruega). Los informes anuales sobre la protección social en Europa vienen incluyendo un capítulo específico sobre los cuidados de larga duración. El Informe conjunto de la Comisión y el Consejo de marzo de 2003 *Apoyar las estrategias nacionales para la asistencia sanitaria y los cuidados de las personas mayores* plantea el triple objetivo de promoción del acceso de todos los ciudadanos y servicios sociosanitarios con independencia de los ingresos o el patrimonio, el logro de un alto nivel de calidad en la asistencia y la sostenibilidad de los sistemas. Se ha empezado a superar la división tradicional entre los sistemas sanitarios y de cuidado personal, que generaban un sistema desigual (de cobertura universal en cuanto a la protección de la salud y asistencia en lo referente al cuidado) (IMSERSO, 2005: 669).

Hasta la fecha la protección contra la dependencia no está expresamente incluida en el ámbito de la coordinación de las reglas del Reglamento 1408/71 y actualmente del Reglamento 883/2004, de 29 de abril, que simplifica y adapta el 1408/71 a la jurisprudencia del El Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (TJCE) y cuya efectividad depende de un Reglamento de aplicación cuya entrada en vigor está prevista para el año 2009⁵. En algunos países se ha planteado la cuestión de la caracterización de las prestaciones de cuidado a largo plazo, particularmente sobre si deben ser clasificadas como prestaciones de invalidez de tipo monetario o en especie. El TJCE ha resuelto en varias sentencias la aplicación de esas reglas por conside-

5. El 31 de enero de 2006, la Comisión Europea aprobaba una propuesta de Reglamento para la sustitución del Reglamento 1408/71 por el 883/2004. COM (2006) 16 final.

rar que las prestaciones contra la dependencia son asimilables a las del seguro de enfermedad⁶. El art. 4.1 del Reglamento 1408/71 establece las situaciones protegidas, que incluyen tanto prestaciones en especie, en general de tipo sanitario, como prestaciones en monetarias.

La Sentencia del TJCE *Molenaar* de 5 de marzo de 1998, asunto C-160/96 determinó que para que el seguro de dependencia esté incluido en las normas de coordinación del Reglamento debe asimilarse a laguna de las ramas contenidas en el citado art. 4. Tras establecer que el seguro de dependencia en Alemania tenía por objetivo “mejorar el estado de salud y las condiciones de vida de las personas necesitadas de cuidados especiales”, el TJCE acordó su asimilación a las prestaciones del seguro de enfermedad. La otra cuestión que se planteaba era la exportabilidad de la prestación. Este asunto se regula en el art. 10 del Reglamento, que excluye de la misma, en general, a las prestaciones no contributivas de carácter especial, mientras que quedan incluidas las prestaciones en metálico de invalidez. La sentencia *Jauch* de 8 de marzo de 2001, asunto C-215/99, confirma la anterior, al considerar que la “asignación de residencia ... destinada a garantizar, mediante una contribución uniforme, ayuda y asistencia a las personas que lo necesitan, con el fin de aumentar sus oportunidades de vivir de forma autónoma y conforme con sus necesidades”, a pesar de estar incluida en el Anexo II bis del Reglamento (CEE) 1408/71 -lo que según el gobierno austriaco debiera ser suficiente para excluirla de la exportación- es considerada por el TJCE de naturaleza similar a las prestaciones alemanas a las que se refirió la sentencia *Moleenar*.

Habida cuenta que la prestación asistencial referida es de carácter contributivo por financiarse por los asegurados presenta carácter contributivo y no reúne los requisitos del art. 10 bis del Reglamento 1408/71, que reserva el beneficio de las prestaciones especiales de carácter no contributivo contempladas en el art. 4.2 bis a las personas residentes en el Estado miembro en el que se pagan, la sentencia concluye que, con arreglo a las disposiciones del art. 19.1 del Reglamento, la asignación de asistencia debe pagarse sea cual fuere el Estado miembro en el que resida la persona necesitada de asistencia (que reúna los demás requisitos necesarios). Esta jurisprudencia ha sido ratificada recientemente, en la sentencia *Hosse* de 21 de febrero de 2006, asunto C-286/03, en el que el TJCE ha declarado que el miembro de la familia de un trabajador fronterizo que vive con éste no puede verse privado de una asignación de asistencia concedida por las autoridades del lugar de empleo, por considerar que la sola mención de la citada asignación en el anexo del Reglamento no es suficiente para excluir la asignación controvertida del Reglamento mientras que la tal

6. Véase la relación de sentencias y un comentario interpretativo en MERCADER UGUINA y RUIZ MUÑOZ (2004: pp. 835-8).

asignación no constituye una prestación especial de carácter no contributivo sino una prestación de enfermedad en el sentido del Reglamento. Para llegar a tal conclusión el Tribunal establece que “una prestación podrá ser considerada de Seguridad Social en la medida en que se conceda a sus beneficiarios, al margen de cualquier apreciación individual y discrecional de las necesidades personales, en función de una situación legalmente definida y en la medida en que la prestación se refiera a alguno de los riesgos expresamente enumerados en el artículo 4, apartado 1, del Reglamento núm. 1408/71...”.

El art. 70.4 del nuevo Reglamento 883/2004, relativo a las prestaciones en metálico no contributivas dispone que “las prestaciones recogidas en el apartado 2 únicamente serán facilitadas en el Estado miembro en el que las personas interesadas residan y de conformidad con su legislación. Esas prestaciones serán facilitadas y sufragadas por la institución del lugar de residencia”. Sin embargo, no se puede interpretar que las prestaciones por dependencia sean consideradas como tales prestaciones por cuanto que cumplen los requisitos que para ser de “prestación de seguridad social” en el sentido tanto del art. 4.1 del Reglamento 1408/71 como del art. 3.1 del Reglamento 883/2004⁷.

Tal como señala FERRERAS ALONSO (2002: 17), por parte de muchos analistas del envejecimiento se está apuntando de forma reductora su repercusión en los regímenes de pensiones, obviando la necesidad de ofrecer alternativas a los problemas del colectivo de las personas de edad avanzada. En este sentido apuntaba que el informe del Comité de Política Económica de 2001 (CPE, 2001) no realizaba ni una sola referencia a estos problemas, deficiencia que ha sido resuelta en el capítulo 5 del informe del Comité de Política Económica y la Comisión Europea (CPE-COMISIÓN EUROPEA, 2006). La cobertura del seguro de dependencia debe tender a favorecer la inserción social y sanitaria de las personas dependientes y a mejorar su nivel de autonomía (BLASCO LAHOZ, 2003: 53). En relación con la salud debe incluir tanto a la protección de las necesidades genéricas de salud como a las específicas derivadas de las enfermedades típicamente seniles y a las dolencias que afectan especialmente a la tercera edad; la atención social debe posibilitar la mejor adecuación de la persona dependiente a su estado.

7. Tal como señala MORENO MENDOZA (2006: p 10, nota 20), quien recuerda que la citada sentencia *Hosse*, de 21-2-2006, confirma que no son una “prestación especial de carácter no contributivo”.

III. MODELOS DE PROTECCIÓN

Este riesgo está empezando a ser cubierto por los sistemas de protección social de forma muy dispersa y variada⁸, siendo relevante que en muchos Estados miembros el proceso de implantación de un seguro de dependencia se encuentra sea ralentizado, sea fuera de la agenda social y política (PACOLET, 2004: 139). Los sistemas bismarckianos continentales han procedido a la implantación de seguros contra la dependencia basadas en el concepto de "riesgo", mientras que los segundos se inspiran en la dependencia como "derecho universal" (MERCADER UGUINA y MUÑOZ RUIZ, 2004: 839). Considerando conjuntamente los factores de convergencia y los de diferenciación nacional, RODRÍGUEZ CABRERO (2006: 137-142), diferencia cuatro modelos de protección que se distinguen según la regulación, cobertura, elegibilidad, tipo de prestaciones, importancia de los cuidados informales, financiación y gestión.

3.1. EL MODELO CONTINENTAL BISMARCKIANO

Es el que se ha puesto en vigor en Austria, Francia, Alemania, Luxemburgo y Bélgica. Constituyen notas comunes bastante generales de este modelo, que exista un abanico elevado de prestaciones y que la protección contemple un grado elevado de libertad para optar entre servicios sociales y prestaciones monetarias. A pesar del origen profesional de este régimen de bienestar y de la ubicación en la Seguridad Social de la protección de la dependencia, el modelo propone como objetivo la protección universal y la configuración como derecho subjetivo de la protección a la dependencia, si bien mediante el apoyo a la familia cuidadora, a cuyo efecto establece un sistema opcional entre servicios y prestaciones monetarias. Así, desde 1993, en Austria se proporcionan prestaciones monetarias en función del nivel de dependencia, generalmente a cargo de la rama de pensiones, si bien la financiación es cargo de los impuestos generales. El sistema tiene carácter universal desde el punto de vista de los sujetos incluidos, pero su cobertura limitada, ya que sólo cubre una parte del coste de las prestaciones, siendo el resto a cargo de las personas beneficiarias. Las prestaciones económicas pueden ser sustituidas por servicios comunitarios o residenciales, que pueden ser mejorados por los Länder. Se contempla la posibilidad de cuidadores familiares retribuidos incluidos en el sistema de Seguridad Social.

8. Sobre la protección contra la dependencia en la Unión Europea, véanse RODRÍGUEZ CABRERO (2005 y 2006), PACOLET (2004), KESSLER (2003) y PÉREZ MENAYO (2003).

Alemania dispone desde enero de 1995 de un seguro obligatorio y universal contra el riesgo financiero de los cuidados de larga duración (residenciales y a domicilio) (*Pflegeversicherung*). Ha sido presentado como la quinta rama de la Seguridad Social, junto a los seguros de accidente, enfermedad –con el que el seguro de dependencia está más estrechamente relacionado–, vejez y desempleo. Su ámbito de cobertura es universal, ya que el acceso a las prestaciones se establece en función de la situación de necesidad y todas las personas con acceso al seguro de enfermedad tienen acceso al seguro de dependencia.

Su financiación está basada sobre cotizaciones iguales de trabajadores y empresarios (al tipo conjunto del 1,70%) y sobre la misma base que la del seguro de enfermedad. El citado carácter universal se manifiesta en que, aunque la cotización es obligatoria no se requiere un período determinado de cotización previa ni haber alcanzado cierta edad. El principio de solidaridad implica que la cotización incluye también a los pensionistas. Asimismo se ha puesto en práctica una financiación sui generis consistente en el intercambio entre las cotizaciones de los empleadores para este seguro y la concesión de un día de vacaciones por los asalariados. Los Estados federales o Länder participan en el desarrollo de las infraestructuras necesarias. Sin embargo, las reservas financieras constituidas durante los primeros años se están agotando y, se prevé, que en 2010 la deuda acumulada podrá elevarse hasta 5 mil millones de euros, hasta el punto que se cuestiona la continuidad del sistema asegurativo (AA.VV., CIRAC: 136). No resulta fácil la delimitación entre el ámbito objetivo de los seguros de enfermedad y de dependencia, así como con la atención a los inválidos.

Luxemburgo ha aprobado en junio de 1998 un plan para la introducción del seguro de dependencia inspirado en el modelo alemán y en la tradición de los seguros sociales bismarckianos. Se financia mediante aportaciones del Estado, una contribución especial a cargo del sector de la energía eléctrica y las cotizaciones específicas de las personas aseguradas (sobre el salario, sobre las rentas del capital y sobre el patrimonio).

En Francia, la prestación específica de dependencia, que se encontraba en una zona intermedia entre la Asistencia Social y la Seguridad Social⁹, ha sido reemplazada a partir de enero del año 2002 por una *allocation personnalisée d'autonomie* (APA)¹⁰, que no cubre más que un porcentaje reducido, aunque se prevé su paulatina extensión, de su población potencial¹¹. A diferencia de la anterior prestación,

9. Véase en BORGETTO (2003) un análisis del surgimiento de la prestación.

10. Su creación fue aprobada por la Ley 2001-647, de 20 de julio de 2001, que modifica el *code de l'action sociale et des familles* (art. 232-21 del CASF) y ha sido reformada por la Ley 2003-289, de 31 de marzo. Sobre la APA, véase BORGETTO (2002).

la APA tiene por objetivo permitir asegurar a las personas mayores la asunción del coste financiero ligado a su pérdida de autonomía, tanto residan en su domicilio o en un establecimiento especializado. La APA está configurada como una prestación universal y no sujeta a condición de ingresos; igualitaria, en el sentido de que garantiza, para iguales grados de dependencia e idénticos recursos, un importe único sobre todo el territorio. Es una prestación en especie, afectada a los gastos precisos para atender las necesidades de las personas dependientes. Sin embargo, en lugar de optar por un nuevo quinto gran riesgo en el sistema de Seguridad Social¹², sigue manteniendo en común con la anterior prestación específica de dependencia la característica de ser una prestación de asistencia social en especie. En resumen, sus principios inspiradores son los siguientes:

- apertura de un derecho a la compensación por la pérdida de autonomía, basado en la evaluación personalizada de las necesidades de la persona en función de su grado de dependencia y de su entorno vital, pero conforme a baremos nacionales que garanticen la igualdad de trato;

- acceso a este derecho sin condición de recursos, aunque el importe de la ayuda se modula a través de una participación financiera de los beneficiarios, calculada en base a sus ingresos;

- ausencia de posterior gravamen sobre la herencia del beneficiario;

- gestión y atribución de la prestación por los Consejos Generales de los departamentos.

La Ley crea un Fondo de Financiación de la APA, con la función de contribuir a la financiación de la APA mediante asignaciones a los presupuestos de los departamentos territoriales, entidades encargadas de la gestión de la APA que asumen la mayor parte (dos tercios aproximadamente) de la financiación de la misma a cargo de sus presupuestos. Como elemento complementario a sus recursos, la Ley de 30 de

11. La APA protege a las personas dependientes de más de 60 años. Según un estudio de la *Drees*, a finales del segundo trimestre de 2006, 971 000 personas eran beneficiarias de la APA, de las que 770 000 percibían directamente la prestación y otras 210 000 beneficiarias residían en establecimientos para personas mayores dependientes que perciben la APA bajo forma de dotación presupuestaria global. En estos establecimientos, la APA asume, de media, el 68% del coste de la tarifa fijada en los establecimientos de acogida, (el 72% para las personas incluidas en el GIR 1 y 2 y el 58% para las evaluadas en los GIR 3 y 4), siendo el resto a cargo de los beneficiarios. Estas cifras sobrepasan las primeras estimaciones, según las cuales la APA abarcaría a 800 000 personas. El ritmo de crecimiento del número de beneficiarios alcanza el 8%: Cifras obrantes en un estudio de la *DREES* (PERBEN, 2006). Como resultado de la ampliación de los beneficiarios el importe anual de los gastos APA pasaría de 2,5 mil millones de euros en los años 2002 y 2003, hasta 3,5 mil millones en el 2004 y siguientes (LENAIN, 2003: 57).

12. Los cuatro existentes son la jubilación, la del seguro de enfermedad, maternidad, invalidez y fallecimiento, la rama de accidentes de trabajo y la de prestaciones familiares.

junio de 2004, de creación de la CNSA (que sustituye a un Fondo anterior) ha instaurado la “solidaridad nacional” que se nutre de una fracción (el 0,10%) de la *Contribution Sociale Généralisée* (CSG)¹³ y de la *Contribution de solidarité autonomie* (CNSA) que acuerda la asignación a la CNSA del importe del salario de un día festivo que se trabajaría (el “lunes de Pentecostés”) que del lado de los empleadores consistiría en una cotización del 0,20% o el 0,25% de la masa salarial¹⁴.

En cuanto a los requisitos de las personas beneficiarias, es de destacar la fijación de una edad mínima de 60 años. El grado de dependencia se evalúa a través de un baremo que recoge seis niveles de pérdida de autonomía, requiriéndose para el acceso a la prestación que esa pérdida corresponda a uno de los cuatro niveles más elevados. El importe de la prestación se establece en función del grado de pérdida de autonomía, de la naturaleza de las ayudas necesarias y de los ingresos del beneficiario. El importe máximo de los planes de ayuda se definen en base al importe de la “mejora por tercera persona” (MTP). En enero de 2007 los importes máximos de los “planes de ayuda” iban desde 1094,41 euros mensuales para el nivel o GIR 1 del grado de dependencia hasta 509,91 euros para el GIR 4, mientras que los importes medios de los planes de ayuda eran en junio de 2006 un 30% inferiores a los importes máximos (PERBEN, 2006: p 3). Una cuestión polémica consiste en que aunque puede ser exigida una participación financiera a sus beneficiarios, las sumas abonadas por la APA no se compensan a efectos de donaciones o sucesiones. La participación financiera de la persona de edad se fija en función de sus ingresos. Es nula si sus ingresos son inferiores a la MTP, en cuyo caso el importe de la APA es igual al plan de ayuda. A partir de ahí, varía en una escala que va desde el 0% al 80% del plan de ayuda, si los ingresos del demandante están comprendidos entre 1,02 y 3,40 veces el MTP. Se prevé una fórmula adaptada para el cálculo de los recursos cuando la APA se atribuye a uno o a los dos miembros de un hogar doméstico que reside conjuntamente. Para las personas que residen en un establecimiento de cuidado la APA tiene la función de ayudas a sus beneficiarios al pago de las tarifas. Las personas inválidas comprendidas entre 20 y 59 años de edad con una tasa de incapacidad de al menos el 80% y que necesiten la ayuda de una tercera persona para los actos esenciales de la vida tienen derecho a la *Allocation compensatrice pour tierce personne* (ACTP), prestación que se concede bajo condición de recursos y cuya cuantía para el 2007 oscila entre 399,93 euros y 799,86 euros. A partir del 1 de enero de 2006, la Ley 2005-102, sobre los

13. La CSG es una cotización cuya base incluye las pensiones de jubilación e invalidez, las prestaciones de desempleo y los beneficios de las empresas y está destinada a financiar varias prestaciones de Seguridad Social.

14. La descompensación en la contribución es evidente: un día de salario equivale a casi el 0,44% del salario anual, el doble de la cotización empresarial.

derechos de las personas inválidas ha sustituido la ACTP por la *prestation de compensation* si bien se mantiene la ACTP opcionalmente para quienes hayan empezado a percibirla con anterioridad y mantengan las condiciones de atribución. La nueva prestación, que exige asimismo el requisito de residencia legal y estable en Francia, mejora la prestación de los adultos inválidos mediante la creación de dos nuevos complementos: el complemento de recursos, destinado a quienes están impedidos para trabajar, y la mejora por vida autónoma, destinada a quienes pudiendo trabajar no lo hacen.

Desde el punto de vista del derecho comunitario la APA y la nueva prestación de compensación pueden ser consideradas como prestaciones monetarias de invalidez y, por lo tanto, exportables y ello a pesar de que el legislador nacional atribuye a una y otra la calificación de prestaciones en especie. Así se plantea la cuestión de si se ajusta a la normativa del Reglamento la previsión que condiciona el derecho a la APA al cumplimiento del requisito de residencia legal y estable. El Ministerio de Seguridad Social señala que la institución correspondiente francesa reembolsa las prestaciones de residencia a las que tienen derecho las personas dependientes alojadas en una institución de cuidado establecida en un Estado miembro, pero esta posición puede ser contradictoria con la naturaleza de la APA como prestación monetaria en los términos del Reglamento 1408/71 (p 109).

3.2. EL MODELO NÓRDICO

El modelo nórdico de protección contra la dependencia, no existe como tal, ya que -con la excepción de Holanda- no se han aprobado leyes específicas y “la protección se deriva de la extensión progresiva de la cobertura de los servicios sociales y sanitarios desde mediados de la década de los setenta del pasado siglo” (RODRÍGUEZ CABRERO, 2006, p 139). En los países nórdicos, que no disponen de seguros públicos de protección de la dependencia, se han instaurado progresivamente protecciones universalistas desde los años ochenta del pasado siglo -en paralelo al envejecimiento de la población-, que en unos casos son generosas y en otros dejan amplio margen a los seguros privados. La escasa -y decreciente- tradición de cuidados por parte de las familias, da lugar a que el sistema se basa en la prestación de servicios sociales, que además son preferidos por la mayoría de las personas mayores¹⁵. Mientras que la protección pública incluye las diversas variantes de prestaciones: en especie y en metálico, prioritariamente las primeras; directas e indirectas, la protección

15. Esa preferencia se debe no sólo al deseo de no ser una carga para sus familiares sino también a la convicción de que la accesibilidad de los servicios públicos les convierte en una mejor alternativa (IMSERSO, 2005: 682, en base a investigaciones de Dinamarca y Noruega).

prevista por los seguros privados suele focalizarse en prestaciones económicas (abono de los gastos ocasionados), aunque también se contempla la prestación de servicios por las compañías de seguros (BLASCO LAHOZ, 2003: 54).

La protección contra la dependencia en Holanda está regulada por la Ley general sobre los costes particulares de enfermedad, que comprende conjuntamente aspectos de salud, de cuidados y de vivienda. A pesar de su amplia tradición en el desarrollo de los servicios públicos, esta Ley incrementa la libertad de opción de las personas beneficiarias.

La elevada intensidad protectora del modelo nórdico, que se financia mediante impuestos, trae consigo el nivel más alto de gasto público por este concepto, que llega a alcanzar porcentajes comprendidos entre el 1,7% del PIB en Finlandia y el 3,7% en Suecia. Sin embargo, los gobiernos están reaccionando al incremento de los costes mediante la externalización de los servicios hacia las empresas privadas, la transferencia hacia los municipios de la responsabilidad del sistema al amparo de un discurso sobre los servicios de proximidad y la asignación a la familia de responsabilidad en los cuidados.

3.3. EL MODELO ANGLOSAJÓN

El modelo anglosajón abarca al Reino Unido e Irlanda. En correspondencia con su modelo de Estado de Bienestar residual, las prestaciones se conceden bajo condición de recursos. El acceso a los servicios sociales, de ámbito municipal, de quienes no cumplan esa condición, requiere el pago -o al menos- el pago de los servicios recibidos. De esta forma el sistema británico tiene una naturaleza dual: mientras que el sistema sanitario es universal y gratuito y goza de un amplio apoyo de la ciudadanía -si bien sufre un proceso de reformas privatizadoras desde 1991-¹⁶, el sistema de servicios sociales es limitado y basado en el copago. Esta naturaleza dual ha dificultado la coordinación entre los sistemas sanitario y de servicios sociales para las situaciones de cuidado de larga duración, aumentando el desplazamiento de la carga hacia el sistema de servicios sociales y de éstos hacia las personas individuales y las familias. Aunque el gasto de protección a la dependencia era en el 2004 del 1% del PIB (superior a la media del 0,9% de la UE-15 y de la UE-25) (CPE-COMISIÓN EUROPEA, 2006: 147), el sistema asistencial aparece como desequilibrado e insatisfactorio para una población muy envejecida, que exige la generalización de la cobertura (RODRÍGUEZ CABRERO, 2006: 141). Se ha fomentado la libertad de las personas

16. El Informe Nacional sobre la Atención Sanitaria y el Cuidado a Largo Plazo de junio de 2005 basado en el Método Abierto de Coordinación recoge la situación actual y perspectivas del sistema sanitario británico (UNITED KINGDON, 2005).

dependientes para optar por la estructura de cuidados, incluyendo la posibilidad de prestaciones monetarias, pero en un contexto de contención y control de los costes, en el que las entidades locales dejan de ser prestatarias de los servicios para limitarse al papel de regulador, financiador y supervisor (RODRÍGUEZ CABRERO, 2005: 545).

3.4. EL MODELO MEDITERRÁNEO

Este modelo comprende los países del sur de Europa (Italia, Portugal, Grecia y España). Es un modelo público, de tipo asistencial-residual y de cobertura limitada. Se corresponde con un modelo de Estado de Bienestar en el que la familia desempeña un papel central en el sistema de cuidados personales. Aunque los sistemas sanitarios han alcanzado una cobertura universal, su escasa dotación presupuestaria les impide adaptarse adecuadamente al envejecimiento demográfico. El decisivo papel de la familia se realiza a través de las mujeres, que constituyen un elevadísimo porcentaje de la población cuidadora, que todavía se mantiene a pesar de las reformas tendentes a una extensión de los servicios sociales que han tenido lugar en los últimos años, sobre todo a escala regional. Sin embargo, la creciente incorporación de la mujer en el mercado de trabajo y los cambios culturales que cuestionan su tradicional papel de cuidadora hacen difícilmente sostenible la pervivencia de este modelo. Otro elemento de la evolución del modelo está constituido por la privatización de los servicios, que frecuentemente se enfrentan con el rechazo de la población. Así, en Italia han fracasado un cierto número de experimentos locales que intentaban introducir bonos de cuidado (RANZCI y PAVOLINI, 2004: 3) El escaso desarrollo de los servicios sociales y la sujeción a drásticas condiciones de recursos para la concesión de sus prestaciones ha impedido el acceso a los servicios de gran parte de la población, que se ve obligada a costearse los servicios que necesite o a obtenerlos de la solidaridad familiar.

En España, la protección contra el riesgo de la dependencia ha estado durante largo tiempo en la fase de estudios y propuestas. Su desarrollo ha dependido de su ubicación en el sistema de protección social (BLASCO LAHOZ, 2003: pp. 59-60). Si se configuraba como una cobertura pública externa al sistema de Seguridad Social, las Comunidades Autónomas tendrían competencias plenas, al amparo de la previsión del art. 148.1.20 de la Constitución que establece la posibilidad de que las mismas puedan tener competencia exclusiva en la asistencia social externa a la Seguridad Social. Sí, alternativamente, se incluye la protección contra la dependencia como una prestación de la Seguridad Social, las Comunidades Autónomas dispondrían de la competencia de desarrollo legislativo y de gestión descentralizada de la misma. Sin embargo, la extensión del concepto de "legislación básica" de la Seguridad Social, competencia exclusiva del Estado conforme al art. 149.1.17 de la Constitución, que ha realizado el Tribunal Constitucional, ha dejado un espacio casi nulo al desarrollo

legislativo de esa legislación básica por parte de las Comunidades Autónomas. La Recomendación Adicional Tercera de la revisión del Pacto de Toledo de octubre de 2003 propone “configurar un sistema integrado que aborde, desde la globalidad, el fenómeno de la dependencia (...) en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto”. Esta Recomendación no resuelve el citado problema de la ubicación de la prestación contra la dependencia ya que remite a la futura regulación “la definición de la dependencia..., las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso”. De esta ambigua redacción puede desprenderse que el modelo implícito es un modelo descentralizado, que se acomoda más bien a su consideración como una prestación de asistencia social externa.

Hasta la promulgación de la reciente Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia fecha, de hecho se ha aplicado el primer modelo ya que las Comunidades Autónomas, de forma heterogénea, desigual y fragmentaria, han puesto en marcha servicios de atención a domicilio, de atención diurna y sistemas de alojamiento, que coexisten en proporciones variables con servicios privados y concertados.

En conexión con el aspecto citado, tampoco estaba claramente resuelto el papel reservado al seguro privado. El bloqueo de las iniciativas adoptadas por las compañías de seguros¹⁷ y de la Ley 55/1999, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, que en su Disposición Adicional 14^a acordaba que el gobierno debía presentar, en el plazo de seis, un informe ante las Cortes Generales sobre el *seguro* de dependencia, parecía dar a entender que se preveía la implantación de un seguro contributivo con financiación a cargo de los interesados. La disposición adicional 14 dejaba presumir otra orientación cuando disponía que la regulación a proponer debía incluir un marco fiscal incentivador del seguro de dependencia: los incentivos fiscales son propios de los seguros privados¹⁸.

La reciente Ley se inscribe en un cambio de perspectiva desde el difícilmente sostenible sistema de cuidados personales basado en la implicación masiva de las mujeres hacia otro modelo de socialización del riesgo mediante un sistema universal y suficiente (art. 3 de la Ley). La cuestión que se plantea es si va a obtenerse la

17. Véase esa situación y sus causas en MALDONADO MOLINA (2003: p 67).

18. PANIZO ROBLES (2000: pp. 58-59) señala que también los sistemas de Seguridad Social pueden beneficiarse de medidas fiscales, como ocurre con la deducción de las cotizaciones sociales a efectos del impuesto sobre la renta. No me parece exacta la analogía. Mientras que los beneficios fiscales en los sistemas de seguros privados y planes de pensiones tienen por objetivo favorecer su desarrollo, en el caso de la Seguridad Social su objetivo es no penalizar a los trabajadores cotizantes a la Seguridad Social en relación con otros perceptores de ingresos.

universalización de la cobertura mediante sistemas de prestaciones suficientes y de calidad (RODRÍGUEZ CABRERO, 2006: p 142). En este sentido, la Ley no resuelve explícitamente la ubicación de las prestaciones en el sistema de Seguridad Social o, alternativamente, en el de Asistencia Social, siendo claro que la pertenencia al primero de los sistemas otorga más consistencia a los derechos establecidos en la misma¹⁹. Entre otros elementos, es significativa la previsión de la ley sobre la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, atendiendo a su capacidad económica (art. 33)²⁰, obviando así otras posibilidades alternativas de financiación que permitirían consolidar el sistema de protección. Una de ellas hubiera sido, en línea con su consideración como prestación de la Seguridad Social, que sin perjuicio de su cobertura universal se hubiera permitido su financiación mediante cotizaciones sociales²¹. La otra posibilidad consiste en su financiación exclusiva por vía impositiva. La opción elegida, intermedia, de financiación mediante aportaciones del Estado, de las Comunidades Autónomas y de los beneficiarios, aunque sigue la tendencia mayoritaria en la Unión Europea, me parece problemática. Hubiera sido preferible que los recursos suplementarios que exige, y va a exigir en más cantidad en el futuro, la protección de la dependencia, se realizase a través de una elevación y aumento de la progresividad de la fiscalidad directa, que permite tener en cuenta de forma integral las diversas fuentes de ingresos de las personas, con independencia de que se materialice la situación de necesidad. Ciertamente ello choca con la política de reducción impositiva y disminución de la progresividad en los impuestos sobre la renta²² y el patrimonio, la carrera hacia debajo de la fiscalidad sobre las sociedades mercantiles y la progresiva supresión o reducción sustancial de los impuestos sobre sucesiones y donaciones que están teniendo lugar tanto por la Administración del Estado como por las Comunidades Autónomas.

19. Quizá por esa razón el legislador ha evitado la declaración explícita de su inclusión en el sistema de Seguridad Social. Sobre el encaje competencial en el Proyecto de ley, véase el interesante análisis de SÚAREZ CORUJO (2006).

20. La UG se pronuncia por mantener el copago en términos moderados, similares a los actuales, por considerar que puede entrañar el grave peligro de fomentar la economía sumergida, por la opción de los usuarios de esta vía en lugar de prestaciones que le pueden resultar excesivamente gravosas (RAMÓN, 2006: 81). Con anterioridad a la aprobación de la Ley, el copago representa una parte importante en la financiación de los servicios sociales. Así, según un estudio del Instituto Vasco de Estadística-Eustat en la Comunidad Autónoma del País Vasco, del gasto de 838 millones de euros realizado por la administración pública en servicios sociales en el año 2004, las personas usuarias contribuyeron con 169 millones en pago de los servicios recibidos (E. AUZMENDI, *El País*, 22-6-2006).

21. Tal como reclamaba la Unión Democrática de Pensionistas (UDP, 2006: 112).

22. Véase en este sentido el estudio de JIMÉNEZ-RIDRUEJO AYUSO y LÓPEZ DÍAZ (2005) sobre la pérdida de progresividad del IRPF entre 1996 y 2001, que se verá incrementada como resulta de la nueva Ley 35/2006, de 28 de noviembre, sobre el IRPF y de modificación parcial de las normas sobre los Impuestos de Sociedades, de la Renta de los no Residentes y del Patrimonio.

IV. LA CONVERGENCIA (RELATIVA) DE LOS MODELOS DE PROTECCIÓN

La variada respuesta de las legislaciones nacionales sobre la protección de la dependencia refleja por una parte la diversidad de los sistemas nacionales de protección social. Según la teoría neo-institucionalista de la *path dependence* las características institucionales pre-existentes tienen un impacto crucial sobre la evolución de los sistemas: la estructura institucional heredada presionaría a los interlocutores a actuar con un margen de maniobra reducido, haciendo más previsibles unas trayectorias que otras. En este sentido, las modalidades de implantación de la protección contra el riesgo de la dependencia se relacionan, pero de forma no mecánica, con la tradición bismarckiana o beveridgiana de sus sistemas de Seguridad Social. Las tradiciones nacionales se ven mediatizadas por la aparición de factores de convergencia a escala europea, tales como el envejecimiento de la población, los cambios en la estructura socio-familiar debidos a la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo y consiguiente declive de la asunción por las mujeres de las actividades de cuidado, las crecientes demandas de la población a favor de la generalización de los servicios y prestaciones sociales, la eficiencia y efectividad de los sistemas sanitario y social, la eficacia institucional y la sostenibilidad financiera²³. Estos factores de convergencia dan lugar a que la *path-dependence* se ve matizada por lo que para los sistemas de pensiones se ha calificado como “hibridización” de los sistemas, entendiendo por tal el proceso de interacción y coexistencia de un conjunto de instituciones genéticamente distintas que se utilizan en sistemas que funcionan con otra lógica²⁴.

El resumido análisis realizado de la evolución de los diversos modelos europeos de protección de la dependencia permite apreciar la “hibridización” de los mismos. En los modelos continentales, el origen profesional de los sistemas de Seguridad Social deja paso a la cobertura universal de los mismos y la tradicional financiación a través de cotizaciones sociales es sustituida por una fiscalización más (Francia) o menos (Alemania) importante y diversa. Por su parte, el modelo nórdico universalista experimenta tendencias de privatización características de los sistemas de bienestar residual de tipo anglosajón. Los países del modelo mediterráneo reemplazan parcialmente su sustentación en la estructura familiar (y, a través de la misma, en las mujeres) por una cobertura universal, con un discurso formalmente próximo al modelo nórdico pero que la insuficiencia de los medios financieros contemplados y la previsión de fórmulas de copago les hacen más próximos, en la práctica, al modelo anglosajón que al nórdico.

23. Véase el análisis de estos factores en RODRÍGUEZ CABRERO (2006: pp. 132-137).

24. Véase el estudio de NATALI (2004) sobre la “hibridización” de los sistemas de pensiones de la UE-25.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BLASCO LAHOZ, J.F., "La protección de la dependencia: un seguro social en construcción", *Aranzadi Social*, nº 11, 2003, pp. 47-69.
- BORGETTO, M., "L'amélioration de l'aide aux personnes âgées dépendantes: de la prestation spécifique dépendance à l'allocation personnalisée d'autonomie", *Gazette des communes*, nº 6, 2002.
- «Le droit face à la dépendance des personnes âgées: la difficile gestation de l'allocation personnalisée d'autonomie», *Revue du CNESS Regards*, nº 23, 2003, pp. 16-31.
- CARIS, P. y HENRARD, J-C., "Tout le monde veut vivre longtemps, mais personne ne veut vieillir", *Santé, Société et Solidarité*, nº 2, 2002, pp. 5-10.
- CPE, "Budgetary challenges posed by ageing populations", 24 octubre 2001.
- CPE (Comité de Política Económica de la UE) y COMISIÓN EUROPEA, "Impact of ageing populations on public spenditure on pensions, health and long-term care, education and unemployment transferts", *European Economy- Special Report* nº 1/2006.
- DANG, T-T *et alii*, *An Age Perspective on Economic Well-Being and Social Protection in Nine OECD Countries*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, nº 34, 2006.
- FERRERAS ALONSO, F., "La reciente implantación del seguro de dependencia en algunos países europeos y breve referencia a España (Síntesis)", *Tribuna Social*, nº 137, pp. 14-27.
- IMSERSO, *Libro Blanco, Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, IMSERSO, 2005.
- JIMÉNEZ-RIDRUEJO AYUSO, Z. y LÓPEZ DÍAZ, J., "Desigualdades fiscales: el IRPF 1996-2001", en en AA.VV (V. NAVARRO, Dir.), *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2005, pp. 575-636.
- JORENS, Y. y HADJÚ, J., "Training and Reporting on European Social Security", <http://www.tress-network.org>, 2006.
- KESSLER, F., "La prise en charge des personnes dépendantes en Europe: quelques remarques à partir d'une comparaison", *Revue Regards*, nº 23, 2003, pp. 92-103.
- LENAIN, J., "Le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie: Objet, statut, activité", *Revue Regards*, nº 23, 2003, pp. 45-61.

- MALDONADO MOLINA, J.A., *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2003.
- MERCADER UGUINA, J.R. y RUIZ MUÑOZ, A.B., «La protección específica de las situaciones de dependencia en la vejez, en AA.VV. (J.L. MONEREO PÉREZ y J.I. GARCIA NINET, Dirs.), *Comentario sistemático a la legislación reguladora de las pensiones*, Granada, Comares, 2004, pp. 829-861.
- MORENO MENDOZA, D., «La prestación económica de asistencia personalizada para personas con gran dependencia: adecuación a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea del Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *IUSLabor*, 4/2006, www.upf.edu/iuslabor/042006/UE.
- NATALI, D., «The Hybridisation of Pension Systems within the Enlarged EU. Recent Reforms in Old New Members», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 2004/2, pp. 251-274.
- PACOLET, J., *Social Protection for Dependency in old age in the EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.
- «Discusión sur l'introduction d'une assurance-dependance dans l'UE», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 2004/1, pp. 113-140.
- PANIZO ROBLES, J.A., «La Seguridad Social en las Leyes de Presupuesto y de «Acompañamiento» para el año 2000», *Revista de Trabajo y Seguridad Social-CEF*, nº 203, 2000, pp. 7-62.
- PÉREZ MENAYO, V., «Prestaciones de dependencia: situación comparada en la Unión Europea», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 47, 2003, pp. 295-324.
- ROBERTS, L., y CONCIALDI, P., «L'avenir des retraites: quelles ressources pour quelles prestations?», *Sociétés et représentations*, septiembre de 1999, pp. 238-258.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G., «Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al Espacio Europeo», en AA.VV. (V. NAVARRO, Dir.), *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2005, pp. 539-571.
- «Panorama europeo de la protección social a la dependencia», en AA.VV. (R. PUYOL y A. ABELLÁN, Coords.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Madrid, Mondial Assistance, 2006, pp. 127-147.
- PERBEN, M., «L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2006 », *Études et Résultats*, nº 529, 2006, pp. 1-4.

RAMON, G., «Prioridades de la UGT en el cuidado de las personas dependientes », *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, pp. 75-82.

SUÁREZ CORUJO, B., « Dependencia y Estado autonómico: El encaje competencia del Proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia », *Relaciones Laborales*, nº 14, 2006, pp. 53-73.

UDP, «Reflexiones de la UDP sobre la futura Ley de Promoción de la Autonomía Persona y de Atención a las Personas Dependientes », *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, pp. 107-112.

UNITED KINGDON, *United Kingdom Nacional Report for the Open Method of Coordination on Health Care and Long-Term Care*, http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_fr.htm.