

LA PRESTACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL MARCO DE UN PLAN DE PREVISIÓN DE EMPLEO

J. IÑAKI DE LA PEÑA ESTEBAN

Departamento de Economía Financiera I
Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea

ABSTRACT

■ *El envejecimiento de la población y el deterioro natural y paulatino de la salud de los mayores ha llevado a desarrollar tanto normativa como instrumentos que permitan ofrecer unas mejores condiciones de vida a las personas dependientes a través del estado y las instituciones públicas.*

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, en su disposición adicional séptima contempla a futuro las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia la cual ya se practica en diversos países de Europa. Procedemos en el presente trabajo a relacionar la prestación de dependencia a través de los conceptos y niveles que se podrían asegurar a través de un plan de pensiones, ya que los planes de pensiones y las entidades aseguradoras llevan una larga tradición en el diseño de diferentes productos cuya finalidad es garantizar el pago de unas rentas o capitales a partir de que el asegurado o partícipe accede a tal situación.

■ *Herritarrak zahartu eta pertsona helduen osasuna naturaren arabera eta ezarri-
ezarian narriatzen direla kontuan hartuta, mendekotasun egoeran dauden pertsona
horien bizitzeko baldintza hobetoak Estatuaren eta erakunde publikoen eskutik
eskaintzeko arauketak nahiz tresnak garatu dira.*

*Abenduaren 14ko 39/2006 Legearen zazpigarren xedapen gehigarrian mendeko-
tasun egoeren estaldura pribatua etorkizunean arautzeko beharrezkoak diren
aldaketak jasotzen dira. Hain zuzen ere, halakoak jadanik Europako zenbait*

herritan aplikatu dira. Lan honetan, mendekotasuna pentsio-planen bidez ziurtatzea ahalbidetzen duten kontzeptuez eta mailez baliatuta aztertuko da. Izatez, pentsio-planek eta aseguru-erakundeek aspalditik produktu ezberdinak diseinatzeko lanean murgilduta daude, mendekotasun egoera horretan aurkitzen den aseguratuari edo partaideari errenta edo kapital jakin batzuen ordainketa bermatzeko xedearekin.

■ *The aging of the population and the natural and gradual decline in the health of elderly people has led us to develop regulations and instruments allowing us to provide better living conditions for dependent people by means of the state and public institutions. Law 39/2006, dated 14 December, in its seventh additional provision, considers the future modifications necessary for regulating the private cover for situations of dependency which is already supplied in different countries in Europe. In this work, we relate the provision of dependency to the concepts and levels which could be guaranteed by means of a pension scheme, as pension schemes and insurance companies have a long tradition of designing different products whose purpose is to guarantee the payment of pensions or capitals after the policy holder or participant agrees to such a situation.*

1. Introducción

Los planes de previsión en particular y las entidades aseguradoras en general se han fijado tradicionalmente en la jubilación y en el fallecimiento para ofertar sus coberturas. Con ello se han diseñado diferentes productos como los seguros a vida entera, los planes de jubilación y los planes de pensiones, cuya finalidad es garantizar el pago de unas rentas o capitales a partir de que el asegurado o partícipe accede a tal situación.

Sin embargo es un hecho que la esperanza de vida de la población ha aumentado y también es un hecho que la capacidad de la persona también va disminuyendo con la edad. La ciencia ha logrado que el ser humano viva más tiempo, pero no necesariamente en mejores condiciones.

El envejecimiento de la población y el deterioro natural y paulatino de la salud de los mayores nos lleva a desarrollar medios técnicos, financieros y actuariales que nos permitan ofrecer unas mejores condiciones de vida y, si es necesario, de asistencia debido a la pérdida de alguna de las capacidades que impidan al ser humano gozar de plena autonomía una vez que ha dejado de ser trabajador activo.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%).

Esta población de mayor edad, entre otras, demanda una asistencia social permanente derivada de la situación de necesidad al no poder realizar por cuenta propia las actividades esenciales para la vida cotidiana. Esta asistencia social normalmente está asociada a situaciones de incapacidad permanente derivada de enfermedad o accidente que haya degenerado hacia un progresivo deterioro físico o psicológico del beneficiario.

Analizamos la situación temporal del dependiente, con las distintas fases en las que se puede encontrar y determinamos qué conceptos debieran incluirse dentro de una cobertura de dependencia para mayores. Igualmente y con una referencia europea, analizamos la situación de cobertura pública y privada para una prestación análoga.

La Ley española establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

En el marco de la cobertura por dependencia, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en su disposición adicional séptima contempla a futuro las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

Este es el marco en el que nos fijamos en el presente trabajo en el que buscamos la incorporación de la posible prestación de dependencia a través de un plan de pensiones de empleo.

La razón de ello estriba en la puerta abierta que deja la ley de dependencia al campo privado (disposición adicional séptima), entendido desde un ámbito general y no individual. Esto es, que sea el asociacionismo el garante de la cobertura privada y no el propio individuo con su particular ahorro detráido del consumo presente el que se financie la cobertura por dependencia.

Por ello el marco en el que mejor se desenvolvería esta cobertura lo sería bajo un plan de pensiones. La normativa estatal sobre este producto actuarial acota las prestaciones que se pueden dar a las de jubilación, incapacidad permanente y fallecimiento (esta última no sería el caso de dependencia).

Procedemos en el presente trabajo a relacionar la prestación de dependencia a través de los conceptos y niveles que se podrían asegurar a través de un plan de pensiones. El hecho de existir esta cobertura podría llegar a suplir parte de la prestación económica que habitualmente se otorga por lo que, al serle de aplicación la ley de planes y fondos de pensiones, podría incluso solucionar el problema fiscal que conllevaría el beneficio de una asistencia financiada con ahorro privado.

2. Situación social y económica del dependiente

2.1. Casos generadores de dependencia

El estado de dependencia es aquel estado permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar

actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En el periodo de actividad del trabajador las situaciones bajo las que puede causar una situación de dependencia son las de jubilado y las de incapacidad permanente.

2.1.1. Situación de jubilado

El estado de salud del trabajador activo cuando alcanza la edad de jubilación suele ser un reflejo de la vida llevada a cabo. La calidad de vida y la independencia con respecto a su entorno dependerán en gran medida de su estado de salud y de la evolución que experimente a lo largo de los años, si bien el proceso de envejecimiento conlleva una degeneración progresiva de ésta. Lo anterior también implica que no todos los beneficiarios van a ser iguales y su evolución futura también será diferente.

Normalmente el recién jubilado suele ser una persona de buena salud y que goza de una autonomía personal, manteniéndose en unas muy buenas condiciones físicas y mentales. Por ello, sus necesidades asistenciales suelen ser mínimas. Pueden realizar una vida normal e independiente. Los gastos principales que implicarían en una primera etapa bajo la cobertura de dependencia vendrían centrados casi exclusivamente bajo prestaciones básicas.

A medida que pasa el tiempo, bien por causas endógenas (enfermedades crónicas, accidentes) o por causas exógenas (fallecimiento o pérdida de cónyuge o familiares), la situación del beneficiario varía, necesitando en mayor o menor grado asistencia social y médica. Su salud es más delicada y aunque pueden valerse por sí mismo en las actividades más usuales, presentan una tendencia de empeoramiento de su capacidad física y de su salud en general. Los cuidados necesarios se incrementan vía asistencia personal y gastos médicos principalmente.

El tercer estado del asegurado suele ser el resultado de un agravamiento de los problemas que debilitaron su salud, redundando en una autonomía personal cada vez menor o convirtiéndose en una situación crónica y degenerativa. La asistencia personal y médica casi debe ser continuada debido a su debilidad física y/o mental. En esta parte de la evolución del asegurado se requeriría mayores servicios sociales y asistenciales, mayores gastos médicos e incluso de hospitalización en centros especializados. Los gastos irían en aumento aunque probablemente por menos tiempo.

2.1.2. Situación de incapacidad permanente

Si el trabajador activo resulta incapacitado de forma permanente, las necesidades asistenciales dependerán del grado de incidencia de las lesiones permanentes que padezca sobre la movilidad y la situación física y mental del beneficiario. Por término medio, sin embargo, su salud es más delicada y, aunque pueda valerse por sí mismo para las actividades básicas de la vida diaria, presentan una tendencia al empeoramiento progresivo de su capacidad física y de su salud.

Los cuidados y atenciones se incrementarán progresivamente vía asistencia personal, gastos médicos y, muy probablemente residencia siempre dependiendo del grado de enfermedad o lesión que fuera origen de la incapacidad permanente.

Al igual que ocurre con el jubilado dependiente, a medida que pasa el tiempo los gastos que se generarían irían en aumento aunque probablemente por menos tiempo. De hecho la probabilidad de fallecimiento de un inválido es superior a la de un activo [De La Peña, 2000 b].

2.2. Evolución social

La evolución de la salud del dependiente hasta hace recientes años ha conllevado una forma de vida en las familias muy concreta. Mientras las personas se puedan valer por sí mismas, suelen residir en su vivienda habitual realizando una vida cotidiana normal. A medida que su estado empieza a empeorar, los cuidados y asistencia familiares suelen ser diarios y puntuales, que le permitan seguir viviendo independientemente y le ayuden mínimamente en su autonomía física. Sin embargo, cuando la situación se convierte en degenerativa se ve obligado a abandonar su hogar y residir en el hogar de un familiar, a contratar asistentes especializados o a ingresar en un centro especializado.

En la actualidad [Rivera, 2001], las familias y los hábitos han cambiado: las parejas apenas tienen más de dos hijos; ambos cónyuges trabajan; el municipio de trabajo es diferente al de residencia y las distancias geográficas entre familiares se han ampliado. Hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo un apoyo informal. Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres al mercado de trabajo en la última década introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

Este proceso de atención al dependiente es igualmente un reflejo de la situación que ocurre en Europa. La ayuda y asistencia familiar para con sus mayores es más complicada que hace unas décadas cuando algún hijo se hacía cargo directo de sus padres. Este cambio es un hecho cuando apreciamos que en nuestro entorno están apareciendo por doquier residencias para mayores.

2.3. Evolución de la población mayor

El gasto en salud puede venir explicado por la composición de la población del país correspondiente. La evolución a futuro de la población nos indicará la importancia del problema del gasto en salud y dependencia [De La Peña, 2003]. La proyección demográfica para varios países y para población mayor de 65 años se puede apreciar en la tabla I:

Tabla I: Población de más de 65 años (porcentaje).

País	2000	2010	2020	2030
Alemania	16,2	20,2	22,5	28,1
Italia	17,9	20,6	23,6	27,9
Holanda	14,1	16,4	21,5	26,0
Luxemburgo	14,8	17,3	20,9	25,6
España	16,6	17,6	20,1	24,9
Grecia	17,1	19,0	21,2	24,6
Bélgica	16,6	17,1	20,3	24,3
Francia	15,5	16,3	20,2	23,3
Reino Unido	15,9	17,0	19,7	23,0
Dinamarca	14,5	16,4	20,1	22,6
Portugal	14,3	15,0	16,9	20,9
Irlanda	11,2	11,9	14,2	16,4

Fuente: Birg, 2000.

Si nos fijamos en la proyección estimada del porcentaje de la población con más de 75 años (tabla II), podemos apreciar que en la mayoría de los casos superan la décima parte de la población para el 2030. Es precisamente este colectivo el que mayores gastos asistenciales puede llegar a requerir.

Tabla II: Población de más de 75 años (porcentaje).

País	2000	2010	2020	2030
Italia	7,7	9,9	11,4	13,4
Alemania	6,9	8,4	10,9	12,4
Holanda	6,3	7,2	8,8	12,1
Grecia	6,7	9,3	10,1	11,8
Luxemburgo	6,0	7,6	9,0	11,5
Francia	6,7	8,1	8,5	11,4
España	6,6	8,6	9,4	11,2
Bélgica	7,1	8,2	8,5	10,9
Reino Unido	7,3	7,9	8,8	10,6
Dinamarca	6,6	6,6	8,3	10,4
Portugal	5,8	6,7	7,2	8,6
Irlanda	4,9	5,1	5,9	7,4

Fuente: Birg, 2000.

También es de mencionar la esperanza media de vida que ha ido evolucionando en los últimos años (Tabla III), que unido al porcentaje de población madura, prevé un gran incremento en los gastos de salud y dependencia para los próximos años:

Tabla II: Esperanza de vida.

País	2000	2030
Italia	77,4	82,0
Francia	77,2	81,8
Grecia	77,4	81,7
Holanda	77,3	81,5
España	76,8	81,2
Reino Unido	76,2	81,0
Alemania	75,8	80,6
Luxemburgo	75,7	80,6
Irlanda	75,2	80,6
Bélgica	75,6	79,6
Dinamarca	74,7	79,1
Portugal	73,7	78,3

Fuente: Birg, 2000.

Se suele decir que existe una relación inversa entre el desarrollo económico de un país y su desarrollo demográfico. De esta forma, los países con mayor desarrollo económico adolecen de menores ratios de fertilidad y una tendencia de su población a envejecerse. Esta es una característica de la sociedad moderna en la que el alto grado de competitividad social detrae el deseo de las parejas de crear una familia o, al menos retrasa el inicio de ésta. Este es el caso, por ejemplo de Alemania en el que actualmente el porcentaje de fertilidad de la población expresado como número de nacimientos vivos por cada mujer tiende a la baja a medida que el grado de desarrollo económico es mayor dentro del país (2,4 en 1960 frente al 1,3 en el año 2000). Conlleva a consecuencias adversas para el sistema público de Seguridad Social en Alemania [Birg, 2000] [Bayerische, 1999]. En Europa, el proceso seguido es paralelo al alemán. De esta forma el porcentaje de fertilidad era en los años 50 de 2,57%, mientras que en el 2000 bajaba hasta el 1,42. La razón de este descenso de fertilidad es debida, entre otras, a las siguientes razones:

- Mayor movilidad de los miembros de la familia.
- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Menor número de miembros dentro de la unidad familiar.
- Mayor tardanza en el inicio de la familia.

- Coste de oportunidad de los recién nacidos, entendido como la pérdida de potencial económico o proyección laboral de la mujer debido a su embarazo, convirtiéndose en madre.
- Liberalización de medidas contraceptivas.

El no alcanzar un tanto de fertilidad de 2,1 recién nacidos vivos proporciona un decremento paulatino de la población, así como un envejecimiento de ésta que redundará en una mayor población con necesidades sanitarias y de pensiones económicas públicas. Afortunadamente la inmigración proporcionará una leve mitigación de este problema aunque no terminará de resolverlo. Si no existiesen fuentes inmigratorias, la población europea descendería escandalosamente para el año 2050. Descendería de 729 millones de habitantes a 628 millones, siendo la mayoría de ellos de edades maduras. De hecho, se estima que en Alemania en el año 2050 uno de cada dos hombres tendrá más de 53 años y una de cada dos mujeres tendrá más de 58 años. Su efecto, además de en el equilibrio de las cuentas públicas de la Seguridad Social, se vería plasmado en la inexistencia de mano de obra suficiente para mantener el desarrollo económico obtenido.

En cuanto a los cambios en la salud es de resaltar el auge que han tomado las enfermedades crónicas sufriendo un incremento de un 22% a los 60 años de edad e incrementándose así mismo el tiempo de asistencia necesario para el cuidado del enfermo. Aumenta el tiempo de dependencia para con un tercero.

Las diferentes necesidades que se demandan y se demandarán en un cercano futuro son [O'Grady, 1988]:

- Cuidado médico.
- Cuidado de la salud.
- Cuidado personal.
- Cuidado doméstico.
- Mantenimiento del hogar.
- Soporte social y emocional.

Es indudable que la familia sigue jugando un papel realmente importante en la sociedad cuando hay que cuidar a un enfermo [Nöten & Siebert, 2001]. En Holanda el 58% de la población mayor está cuidada por sus propios familiares. En Francia este porcentaje de cobertura familiar alcanza el 75%. En Estados Unidos el 85% y en Korea el 90%.

En Holanda, en 1990 el 6% de la población anciana estaba en instituciones holandesas que eran consideradas grandes, frías, impersonales, sin el adecuado control e independientes. La solución dada a este problema ha sido establecer un sistema de asistencia domiciliaria como alternativa a las residencias o instituciones impersonales que actualmente se ofertan por parte del estado si no se alcanzan determinados ingresos económicos. De hecho se prevé mayor demanda

en los servicios de asistencia en el hogar o en la proliferación de pequeñas residencias más familiares y mejor controladas.

3. **Ámbito privado de la dependencia**

El envejecimiento de la población será un factor común en todos los continentes en los próximos años, siendo más palpable en Europa y Norteamérica [United Nations, 1997]. El número de personas mayores de 80 años se incrementará alcanzando para el año 2050 un 1614% más respecto a 1960 como media mundial, siendo el incremento experimentado mucho mayor en los países menos desarrollados (3151%) que en los países desarrollados (696%).

Actualmente no existe un sector que proporcione protección ni asistencia, no disponiendo de datos sobre su desarrollo. Esta asistencia recae principalmente en la familia y en la comunidad donde viven los ancianos.

Francia es un país con una tendencia clara al envejecimiento de su población. A nivel de asistencia y seguro de salud, el Estado proporciona una amplia cobertura aunque existen alrededor de 1.000.000 de pólizas que ofertan coberturas de altas prestaciones.

El desarrollo de la protección social pone en marcha un programa de ayuda a las personas a partir de enero de 2002 que reduce la necesidad de alguna de las coberturas que hasta ahora han sido ofertadas por los seguros privados, sobre todo de asistencia.

En los Estados Unidos, el 60% de los ciudadanos de más de 65 años necesita algún tipo de asistencia y el 43% de la población mayor de 65 años pasará algún periodo de su vida en una residencia, siendo actualmente el tiempo medio de estancia en ellas de 2,6 años.

Aunque el riesgo de dependencia se ve que claramente afecta a la población mayor de 65 años, el 42% de los casos de necesidad de asistencia se produjo entre ciudadanos con una edad anterior a los 65 años. De hecho [Join-Lambert, 1995] la dependencia no es una cobertura específica de personas de edad avanzada. La dependencia no está ligada necesariamente a la gran edad, pero es en ella donde tiene mayor incidencia.

El coste de la asistencia en las residencias ascendió por término medio en el año 2001 a 125\$ al día (45.000\$ la estancia anual) mientras que el coste diario por la asistencia en el hogar fue de 75\$ al día como media anual (27.000\$).

Estos costes, en la mayoría de los casos son una carga para el ciudadano, y durante el año pasado se estima que estos costes ascendieron a 1.170 millones de dólares, de los cuales tan sólo el 7% fue canalizado a través de la cobertura de seguros privados.

En Holanda [Brechtmann, 2001] el 100% de la población se encuentra cubierta por el Sistema Público (AWBZ), si bien el 37% de la población tiene contratado un servicio de cobertura privado, concretamente los funcionarios y los trabajadores con unos ingresos superiores a 65.700 florines (para el año 2001). El resto de la población (63%) se encuentra incluida obligatoriamente dentro de un sistema público (ZFW). La cobertura pública (AWBZ) consiste en cuidados sobre enfermedades de larga duración y en aquellos tratamientos que difícilmente pueden asegurarse en el sector privado, ya sea por su duración o por su coste, como el tratamiento psicológico, cuidado de incapacitados, asistencia social, etc. El sistema público obligatorio (ZFW) incluye la asistencia médica habitual (normalmente en edades jóvenes), ortodoncia, farmacia, hospitales, ambulancias, etc.

La cobertura privada, además de ofrecer las coberturas anteriores a todos sus asegurados ofrece el cuidado dental para los adultos, estancias en hospitales a elección del asegurado, tratamientos médicos alternativos, etc.

Los sistemas públicos trabajan con proveedores de servicios. Estos son elegidos por razón de la calidad en el servicio dispensado y el coste de la asistencia, existiendo para todos los casos contratos estandarizados negociables a nivel nacional, donde las tarifas a aplicar se encuentran fijadas. El dinero recaudado por los impuestos va a parar a un fondo que es distribuido en oficinas locales las cuales son las encargadas de abonar el servicio solicitado por el enfermo.

El sistema suizo de salud tiene la peculiaridad de disponer de una Seguridad Social combinada con una gestión de temas de salud (*Managed Care*). En este país [Berger, 2001], existe una Seguridad Social básica en la que se garantiza principalmente subsidios económicos para aquellas personas con bajos ingresos, existiendo un mercado privado totalmente libre para ofertar coberturas sanitarias tanto complementarias como adicionales o alternativas. Debido a la existencia de una población madura, es un país con un alto coste por salud, estructurándose los servicios ofertados a través de una estructura cantonal (en Suiza existen 26 cantones) que disponen de hospitales propios.

Las características comunes del servicio privado de salud en Suiza ofrecido por las aseguradoras se basa en las siguientes coberturas:

a) Cobertura obligatoria y básica

Determinada con una prima idéntica por persona a cada edad, donde se ofrecen servicios médicos y hospitalarios con gasto compartido.

b) Cobertura complementaria

Determinada en base a un riesgo individualizado por asegurado, en el que se ofertan entre otros, los siguientes servicios:

- Habitaciones para una o dos personas
- Acceso a médicos de familia
- Medicina alternativa
- Transporte y asistencia fuera del país
- Cuidado dental, etc.

En 1998, el 8% de la población suiza disponía de un seguro privado de salud basado principalmente en primas constantes que reparten el riesgo a lo largo de la vida como cotizante del asegurado.

En el seguro de salud obligatorio se cubre la asistencia en los hospitales del cantón al que pertenezca el ciudadano, cuya relación se hace pública por el ministerio correspondiente. Los seguros privados ofertan en estos casos la cobertura en los mismos términos pero fuera del cantón del ciudadano, así como otros hospitales no incluidos en esa relación.

Los productos totalmente privados que se ofertan son, entre otros:

- Elección libre de médicos y de cuidadores.
- Elección de habitaciones en el hospital.
- Medicina alternativa.
- Medicina preventiva.
- Chequeos médicos periódicos.
- Fármacos no incluidos en los tratamientos básicos.
- Asistencia en el hogar.

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, contempla un sistema para la autonomía y atención a la dependencia garantizando unas condiciones básicas a través de recursos públicos y privados disponibles.

Las prestaciones se orientan a conseguir una mejor calidad de vida y autonomía personal bajo dos premisas principales:

- a) Facilitar una existencia autónoma el tiempo deseado y posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social del dependiente.

Las prestaciones concretas recogidas en el catálogo de servicios de la mencionada ley son:

— *Prestaciones de Primer nivel o básicas*

Lo constituyen aquellos servicios de prevención de situaciones de dependencia y centrados en la promoción de la autonomía de la persona dependiente.

Su fin concreto es la de prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades que sufran las personas mayores.

Se incluirían en este nivel también los servicios de teleasistencia en respuesta a situaciones de emergencia que pudiese tener el dependiente y el servicio de ayuda domiciliaria cuyo fin es el de atender las necesidades de la vida diaria del dependiente (limpieza, lavado, atención personal, etc.).

— *Prestaciones de Segundo nivel o avanzadas.*

Corresponde a servicios de atención integral al dependiente, en distintos turnos (día y/o noche) con el fin de mantener y potenciar la autonomía personal, así como apoyar a las familias y cuidadores dependientes.

— *Prestaciones de tercer nivel o residencia.*

Centrados en los servicios continuados de carácter personal y sanitario, en función del tipo de dependencia y grado de intensidad de la misma. Esta prestación suele tener carácter permanente o temporal (vacaciones, temporadas determinadas, fines de semana) y suele ser la de mayor coste económico.

4. Cobertura de la prestación al tercer nivel

La prestación de dependencia puede contemplarse como complemento a un seguro de renta inmediata, vida entera, invalidez o prestación complementaria de un plan de pensiones.

El desarrollo acertado de ésta pasa por el desarrollo de una base técnica seria [Winklevoss, 1993] [Bohn, 1980] que incluya probabilidades de fallecimiento de activos y de inválidos, probabilidades de necesitar asistencia permanente y probabilidades de retorno o reactivación (que normalmente no suelen considerarse) [De La Peña, 2001].

La petición de prestación ha de ser voluntaria y debe solicitarse algún tipo de documentación médica, un sistema periódico de control y los plazos de espera deben ser los mínimos posibles [Arróniz, 2001].

El diseño del producto debe contemplar en todos los casos la dotación de provisiones matemáticas o reservas, por lo que se debe tender a modelos de capitalización individual o colectiva, dependiendo de su ámbito de desarrollo [De La Peña, 2000a].

En este epígrafe definimos las posibles partidas o componentes que pueden incluirse dentro de esta prestación [Eroski, 2000]. Los servicios que suelen ser bien valorados por los dependientes son:

- Habitación completa.
- Atención personalizada.
- Asistencia médica periódica.
- Servicio médico y de enfermería.
- Cafetería y restaurante con menús especiales bajo prescripción.
- Actividades socio-culturales.

Dependiendo del tipo de residencia, encontramos diferentes servicios y diferentes calidades en estos servicios. Los diversos componentes de esta cobertura los podemos genéricamente agrupar en los siguientes:

a) Residencia o Alojamiento

Consiste en la disposición para el beneficiario de una habitación individual o doble (a elección), provisto de todas las comodidades actuales e incluyendo baño completo. Entendemos que dentro de este apartado también debe incluirse la manutención básica de tres comidas al día o, al menos dos (desayuno y cena).

b) Médicos

Si bien es habitual que el beneficiario se encuentre incluido en la cobertura de un programa público de Asistencia Sanitaria o tuviera contratado ésta a través de una institución privada, es una cobertura que creemos necesaria al facilitar la atención y vigilancia periódica, profesional y directa, ante cualquier enfermedad o lesión que el beneficiario padezca o pueda padecer. La posibilidad del servicio médico diario se complementa con la revisión médica periódica, entendida como un servicio de medicina preventiva.

c) Material sanitario y farmacéutico

Las revisiones periódicas implican una serie de gastos indirectos, así como un servicio odontológico y fisioterapéutico que no necesariamente debe utilizar el asegurado, si bien creemos que es conveniente que disponga de él. Bajo este concepto incluiríamos los materiales clínicos, de laboratorio, prótesis, calzados especiales, útiles anatómicos y sanitarios que beneficien al residente.

d) Asistencia Personalizada

Tal vez y junto con la propia residencia, sea éste el componente que más cuidadosamente se elige al implicar la disposición de un tercero (un trabajador social) para su cuidado y atención.

En este punto, habría que distinguir entre la necesidad total de un asistente social o la necesidad normal.

En las ofertas de distintas residencias se contempla la atención personalizada las 24 horas al día, diferenciando de la asistencia y cuidado particularizado esas 24 horas al día. Esto último implicaría la existencia de daños anatómicos o funcionales que conlleven la necesidad del cuidado por una tercera persona para las tareas más elementales de la vida.

Creemos que la cobertura debe incluir, al menos, la atención personalizada y, si fuese necesario por razones de salud, el cuidado particularizado las 24 horas al día.

e) Hospitalización

Normalmente el beneficiario tiene derecho a una asistencia sanitaria por parte del régimen público de la Seguridad Social. No obstante, creemos que sería interesante ofertar la hospitalización en entidades privadas en busca de una mayor comodidad del beneficiario y sus familiares ante cualquier situación que requiera precisamente de esta hospitalización.

Esta cobertura entendemos que sería idónea. No obstante hay que tener en cuenta que es una opción voluntaria por parte del dependiente con lo que se debiera facultar la posibilidad de decidir si desea que alguna de estas partidas quedase fuera del ámbito de cobertura.

Al llegar a la edad de jubilación o una vez que el trabajador activo acceda a una incapacidad permanente, podría ejecutar el derecho a recibir esta prestación, si bien no se le obliga a que forzosamente acuda a la residencia. Sin duda alguna el cambio de mentalidad, entre otras razones, frente a las residencias traerá en el futuro una mayor afluencia de beneficiarios a edades cada vez más jóvenes.

5. Coberturas en un plan de pensiones: cobertura de dependencia

El Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones, en su artículo 7 indica las prestaciones que se pueden otorgar en un plan de pensiones. Estas prestaciones podrán ser:

a) Jubilación

Para la determinación de la contingencia de jubilación se estará a lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

Por tanto, la contingencia de jubilación se entenderá producida cuando el partícipe acceda efectivamente a la jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente.

b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo, y gran invalidez

Para la determinación de estas situaciones se estará a lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

c) Fallecimiento del partícipe o beneficiario, que puede generar derecho a prestaciones de viudedad, orfandad o a favor de otros herederos o personas designadas.

A la vista de lo anterior, la prestación de dependencia puede contemplarse como una prestación complementaria de un plan de pensiones, sustituyendo y/o completando tanto a la prestación complementaria de jubilación como a la prestación complementaria de incapacidad permanente. De esta forma, en vez de otorgar un importe económico periódico, el plan abonaría los gastos de alojamiento y asistencia en residencias previamente concertadas o elegidas por el asegurado a partir de que deje de ser activo en la entidad.

Son estas dos situaciones las que más casos de personas dependientes pueden generar, pues contemplamos a la población activa trabajadora y a la población jubilada. Siendo partícipe de un plan de pensiones, se tendría derecho a la prestación una vez se cumplan los requisitos mínimos para devengarla.

No obstante, además de la pensión privada que dimana del plan de pensiones, es muy probable que el partícipe por razón de sus cotizaciones sociales obligatorias a la Seguridad Social pueda causar la pensión pública correspondiente (prestación de jubilación o prestación de incapacidad permanente, en su caso).

La pensión pública, ya sea de jubilación o de incapacidad permanente, habitualmente ha sido y es la fuente económica del pensionista con el que hacer frente a los gastos habituales de su vivienda habitual y los gastos necesarios para su subsistencia. En caso de acceder a una residencia privada, se encuentra el pensionista con dos hechos:

En primer lugar, si fija su estancia en una residencia ha de abonar ésta. Dependiendo de la titularidad, se puede encontrar una muy variada gama de precios. Con los recursos medios que abona el sistema público, en la mayoría de los casos es inviable económicamente el acceso a estas residencias, si no es trayendo importes económicos de sus ahorros.

En segundo lugar, el acceso a una residencia hace innecesario la titularidad de la vivienda habitual del pensionista, la cual puede ser vendida para financiar precisamente el coste que suponen los gastos de residencia. Sin embargo, las personas mayores tienden a mantener la titularidad de la vivienda, generalmente con el fin de dejar un patrimonio en herencia a sus familiares cercanos.

El problema, que subsiste es el de hacer frente a unos gastos periódicos superiores a los ingresos periódicos que el pensionista recibe a partir de su edad de jubilación o su incapacidad permanente sin necesidad de detracer de sus ahorros. La solución puede basarse en la venta del inmueble donde residía o, en tener una cobertura de dependencia para el nivel 3, bien a través de una compañía de seguros o un plan de pensiones. Es esta última solución la que entendemos viable a la vista de la Ley de Dependencia, pues como ya se ha indicado en su disposición adicional séptima se indica que el Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

Así mismo se indica que con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

De ser lo suficientemente previsores, con la cobertura de una prestación de dependencia bajo un nivel 3, el trabajador, ya jubilado ya incapacitado, podría disponer de estas residencias abonadas por anticipado íntegra o parcialmente (dependiendo de la modalidad contratada), disponiendo de mayor margen económico para disfrutar de los años en los que mayor cantidad de tiempo libre tienen.

6. Conclusiones

- La ley de dependencia configura un nuevo desarrollo de servicios sociales que amplía la acción protectora de la Seguridad Social avanzando hacia un modelo de estado social y potenciando el compromiso del estado frente al ciudadano.
- Dentro de una cobertura de dependencia encontramos tres niveles diferenciados de prestaciones que se pueden otorgar. El Primer nivel o básico, con servicios de previsión, teleasistencia y ayuda domiciliaria, financiados por los entes estatales o locales. Estos servicios no suelen ser excesivamente costosos y son tremendamente útiles. El Segundo nivel o avanzadas que también se encuentra desarrollado en nuestro país y con un coste mayor, se centra en servicios de atención integral al dependiente. Es el tercer nivel de prestación, la residencia, el menos desarrollado y el que mayor expolio económico produce en el dependiente y su entorno familiar.
- La prestación del tercer nivel, la más costosa, entendemos que tiene en los planes de pensiones el instrumento financiero idóneo para ser financiada. Si es conjuntamente junto con el promotor, sería a través de un plan de empleo. La financiación sería en el periodo de actividad del trabajador y acorde a las necesidades que estipulen los partícipes.

- Se debe proceder a delimitar la formulación y base técnica que representaría el coste individualizado bajo un sistema de capitalización actuarial acorde a la Ley y Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, la cual nos permitiría ofrecerla dentro de un plan colectivo. Aunque no existen requisitos legales específicos que nos obliguen a dotar unas reservas o provisiones matemáticas por las prestaciones asistenciales prometidas, sin embargo es claro que se puede dotar un sistema de capitalización actuarial (bien en base individual, bien en base colectiva) que permita dotar económicamente esas provisiones matemáticas, dando un verdadero sentido de previsión a esta prestación.
- Una prestación de dependencia privada llevaría a un control de las residencias así como a una estandarización de servicios que se ofreciesen sin altibajos de ofertas de éstos entre provincias.
- Quedaría resuelto el problema fiscal al abonar una prestación en especie cuando se ha ido generando a través de las aportaciones económicas periódicas. Sería de aplicación la fiscalidad de las aportaciones y prestaciones periódicas de los planes y fondos de pensiones.

7. Bibliografía

- ARRONIZ MARTÍNEZ, Enrique, 2001: «Garantizando la financiación de la Asistencia Sanitaria en el Futuro: Un modelo para Europa», en *Actuarios Nº 19*, Ed. Instituto de Actuarios Españoles. Madrid.
- BAYERISCHE, Ruc, 1999: *Tarde Actuarial*. Bilbao.
- BERGER, Daniel, 2001: «The Swiss Health Care System». *Swiss Re Life & Health*. Zurich.
- BERIN, Barnet N., 1989: *The fundamentals of pension mathematics*, Ed. The Society Of Actuaries. Chicago.
- BIRG, Herwig, 2000: «Demographic Ageing and Population Decline in 21st Century. Germany». *Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline*, Ed. United Nations Secretariat. New York.
- BOHN, Klaus, 1980: *Schriftenreihe Angewandte Versicherungsmathematik: Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung*. Ed. DGVM, Heft 11. Bonn.
- BRECHTMANN, Claudia, 2001: «A survey of the Private Health Insurance System in Germany», Ed. DKV, Deutsche Krakenversicherung AG.
- DE LA PEÑA ESTEBAN, J. Iñaki, 2003: «El impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia», *Papeles de Población nueva época, año 9. Nº 35 enero-marzo 2003*. México.
- DE LA PEÑA ESTEBAN, J. Iñaki, 2001: «Enfoque Actuarial de una prestación complementaria de residencia para mayores», en *Matemática financiera y actuarial, Vol. 1*, Ed. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao.
- DE LA PEÑA ESTEBAN, J. Iñaki, 2000 a: «Más allá del seguro de dependencia: El seguro de Residencia» en *Actualidad Financiera. Octubre de 2000*. Madrid.

- DE LA PEÑA, J. Iñaki, 2000 B: *Planes de Previsión Social*, Ed. Pirámide. Madrid.
- Fundación Grupo EROSKI, 2000: «Residencias de Ancianos». *Revista Consumer* N° 30. Toledo.
- JOIN-LAMBERT, M.T. 1995: «Les nouveaux risques». *Droit Social* N° 9/10. France.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
- MALDONADO MOLINA, Juan Antonio, 2003: *El Seguro de Dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Ed. Tirant Loblanch. Valencia.
- NÖTEN, Manfred y SIEBERT, Friederike, 2001: «Survey of International Health Insurance» *DKV, Deutsche Krakenversicherung AG*.
- O'GRADY, Francis T., 1988: *Individual Health Insurance*. Ed. Society Of Actuaries, Chicago.
- Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones.
- RIVERA, Jorge, 2001: «El seguro de dependencia» en *Actuarios N° 19*, Ed. Instituto de Actuarios Españoles. Madrid.
- RUSHING, William A., 1986: *Social Functions and Economics Aspects of Health Insurance*. Ed. Kluwer. Nijhoff Publishing. Boston.
- UNITED NATIONS, 1997: «The sex and age distribution of the world populations» *United Nations*. New York.
- WINKLEVOSS, Howard E., 1993: *Pension Mathematics: with numerical illustrations*. Ed. Pension Research Council. Illinois.