

**Comentarios de Seguridad Social N° 31
Abril – Junio**

2011

**Asesoría General en Seguridad Social
Banco de Previsión Social**

Montevideo – Uruguay

La presente publicación es una recopilación trimestral en papel de los Comentarios remitidos mensualmente en formato electrónico a los señores directores del Banco de Previsión Social. Comprende informes elaborados por funcionarios de la Asesoría General en Seguridad Social, a título individual o colectivo, y artículos de otros autores, que han sido seleccionados por considerarse de interés para poner a disposición de los señores directores. Esta reunión trimestral de los informes y artículos mensuales tiene por finalidad facilitar su identificación, búsqueda y visualización

ACCIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

Periodo 2005 – 2010. Soc. Silvia Santos	7
1. Introducción.....	9
2. Fundamentación	9
3. Trabajo Doméstico	10
4. Cotizantes al BPS	12
5. Cotizantes monotributistas	14
6. Jubilaciones	15
7. Aumento de montos mínimos de pasividades.....	16
8. Pensiones de sobrevivencia.....	17
9. Asignaciones Familiares	18
10. Conclusiones.....	18
Referencias bibliográficas:	20

EMPRESAS COTIZANTES AL BPS POR REGIONES. Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad. Ec. Martín Naranja Sotelo.

	21
1. Introducción.....	23
2. Definición y clasificaciones de empresas	23
3. El Uruguay en regiones	24
4. Las empresas según regiones	25
5. Las empresas según tamaño económico y región	28
6. Las empresas según actividad económica y región	31
7. Las empresas según naturaleza jurídica y región	35
8. Conclusiones.....	37
9. Bibliografía	39

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL RÉGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (I). Planteo del Modelo Matemático – Actuarial.

Cr. Luis Camacho	41
Consideraciones Previas.....	43
Introducción a la formulación del modelo	43
Funciones intermedias utilizadas	44
Valores Actuales de cotizaciones y prestaciones.....	48
Ecuación del Equilibrio Financiero	50
Consideraciones Finales	55

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL RÉGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (II). Evaluación de la consistencia de las Tasas de Reemplazo del regimen vigente. Cr. Luis Camacho

	57
1. Introducción.....	59
2. Sueldo básico jubilatorio y tasas de reemplazo legales del sistema previsional	59
3. Tasa de rentabilidad con contribuciones patronales y personales sobre salarios a la edad mínima de retiro.....	61
4. Tasas de rentabilidad con contribuciones patronales y personales según edades de retiro.....	63
5. Tasas de rentabilidad con contribuciones tripartitas a la edad mínima jubilatoria	64
6. Tasas de rentabilidad con contribuciones tripartitas según edades de retiro	65
7. Nivel de la tasa de contribución que permite obtener a cada generación una tasa de rentabilidad igual a la del sistema	66
8. Conclusiones.....	67

ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS DEL BANCO DE PREVISION SOCIAL.

Año 2010. Cra. Adriana Scardino	69
1. Introducción.....	71
2. Ingresos y Egresos Totales.....	71
3. Versiones del Estado.....	73
4. Desfasaje entre Ingresos y Egresos de Terceros.....	74
5. Ingresos y Egresos Totales Propios del BPS.....	75
6. Ingresos y Egresos Operativos del BPS.....	77
7. Resultado Operativo por tipo de prestación.....	78
8. Comparativo 2010-2009 del Resultado Operativo del BPS.....	80

PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPENDIENTES. Primeraparte. Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección. Soc. Leticia Pugliese

Sistemas de protección. Soc. Leticia Pugliese	83
I. Introducción.....	85
II. Los modelos de Protección Social.....	85
II.1. Modelos de protección en Europa, EEUU y Japón.....	86
1) Protección universal - Estatalismo redistributivo.....	86
2) Regímenes corporativistas.....	87
3) Vía Media Mediterránea.....	88
4) Asistencial - Universalismo Residual.....	89
II.2. Modelos de protección en América Latina.....	96
III. Consideraciones finales.....	103
Referencias bibliográficas.....	105

PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPENDIENTES. Segunda parte: Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa. Soc. Leticia Pugliese

Segunda parte: Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa. Soc. Leticia Pugliese	107
I. Introducción.....	109
II. Algunas definiciones.....	109
III. Catálogo de Servicios de Cuidados.....	112
III.1. Servicios.....	113
III.2. Prestaciones económicas vinculadas a cuidados.....	132
IV. Consideraciones finales.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136

CÓNYUGE COLABORADOR, BREVE ANALISIS DE SITUACION. Soc. Silvia Santos

CÓNYUGE COLABORADOR, BREVE ANALISIS DE SITUACION. Soc. Silvia Santos	139
1. Orígenes.....	141
2. Derechos de Seguridad Social.....	142
2.1 Aportación Industria y Comercio.....	142
2.2 Aportación Rural.....	144
3. Estadística de personas con vínculo funcional de cónyuge colaborador.....	145

UNA APROXIMACIÓN AL COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN POR ZONA GEOGRÁFICA ANTE LA REFORMA DE SALUD. Ps. Cristina Klüver

UNA APROXIMACIÓN AL COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN POR ZONA GEOGRÁFICA ANTE LA REFORMA DE SALUD. Ps. Cristina Klüver	149
P R E S E N T A C I O N.....	151
1. Distribución de la población por zona geográfica.....	151
2. Distribución de la población por edad y zona geográfica.....	154
3. Distribución de la población por ingreso y zona geográfica.....	157
S I N T E S I S.....	159
B I B L I O G R A F Í A.....	160
ANEXO I ECH 2007 – 2008 MÓDULO SALUD.....	161

**Acciones con perspectiva de género
en la Seguridad Social:**

Período 2005 – 2010

Soc. Silvia Santos

ACCIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SEGURIDAD SOCIAL: PERIODO 2005 - 2010

1. Introducción

En el presente trabajo se actualiza la información sobre las acciones con perspectiva de género en materia de Seguridad Social, que se han venido desarrollando en el último período¹.

El objetivo del mismo es mostrar la evolución de los principales resultados de las acciones con marco jurídico, relativas a la equidad de género, que se han llevado a cabo con consecuencias para la Seguridad Social.

2. Fundamentación

El 6 de marzo de 2007 se promulga la Ley 18.104 para la promoción de la Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República. Esta ley “constituye un marco general que compromete al Estado a adoptar todas las medidas necesarias tendientes a asegurar el diseño, elaboración, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de manera que integren la perspectiva de género”². En el artículo primero de dicho plan, se declaran de interés general las actividades orientadas a la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres en la República Oriental del Uruguay. En el artículo 3° se encomienda al Instituto Nacional de las Mujeres el diseño del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y derechos. Este plan fue aprobado el 15 de mayo de 2007 por el Presidente de la República actuando en Consejo de Ministros.

Motiva la realización de este plan entre otras razones: a) la persistencia de situaciones de discriminación que afectan principalmente a las mujeres, lo que constituye un déficit democrático, b) es un compromiso del gobierno que asumió en 2005 y este plan constituye una herramienta integral y con amplia legitimidad social³ y c) permite el cumplimiento de los compromisos internacionales de derechos humanos en materia de igualdad de las mujeres.

El plan está diseñado en consonancia con los planes y lineamientos estratégicos del gobierno⁴ y consta de 38 líneas estratégicas de igualdad (Lei), las que proponen acciones a seguir, con un cronograma que abarca 5 años: desde 2007 a 2011.

¹ El primer trabajo fue publicado en Comentarios de la seguridad Social N° 26 enero-marzo 2010.

² Presentación del Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, por la Lic. Carmen Beramendi, Directora del Instituto Nacional de las Mujeres.

³ Ha sido la principal propuesta del movimiento de mujeres.

⁴ La estrategia de desarrollo del Gobierno está agrupada en 5 grandes áreas complementarias que deben impulsarse de manera integral: El Uruguay democrático, el Uruguay social, el Uruguay productivo, el Uruguay innovador y el Uruguay integrado. El Uruguay Equitativo elaborado por la Unidad de Derechos de las Ciudadanas está planteado como la articulación de los Uruguay, incorporando la diversidad con una mirada de género.

Con respecto al ámbito de la seguridad social, la línea estratégica de igualdad 25 trata de la “Erradicación de las discriminaciones de género en el sistema de Seguridad Social contemplando las diferentes situaciones de hombres y mujeres en la vida familiar y laboral.” Para lograr dicho objetivo se plantean distintas acciones; en algunos casos los organismos responsables son el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Economía y Finanzas, o el Instituto Nacional de las Mujeres. En todos los casos, el Instituto de Seguridad Social participa como organismo asociado.

Dado el nivel de participación que le fue asignado al organismo y considerando que el mismo cuenta con la información pertinente que revela el impacto de la normativa referente a la equidad de género, en cuanto a beneficiarios de prestaciones y afiliados al sistema de seguridad social, se entiende pertinente hacer una actualización anual que de cuenta de la evolución de esta información.

La mayoría de estas acciones se han plasmado en leyes cuya aplicación se puede constatar en los datos que se muestran a continuación. Los ámbitos que están involucrados son diversos: el trabajo doméstico, la cotización al BPS, las pasividades (jubilaciones, pensiones no contributivas y pensiones de sobrevivencia) y las Asignaciones Familiares.

3. Trabajo Doméstico

Con respecto al Trabajo Doméstico, sector cuya composición por sexo muestra una participación femenina ampliamente mayoritaria⁵, la lei 25.6 del Plan, se refiere expresamente a este colectivo y prescribe: “Adoptar medidas que garanticen el acceso de las trabajadoras domésticas a la seguridad social”.

A partir del 5 de diciembre de 2006, se aprueba la Ley 18.065 que regula el Trabajo Doméstico. Sobre la misma se han hecho algunos comentarios oportunamente⁶. En el documento de referencia, se precisa que se trata de una normativa que regula aspectos laborales y de seguridad social. Con respecto a los primeros se hace mención a la limitación de la jornada laboral, el descanso intermedio, semanal y nocturno, la indemnización por despido y por despido especial, la fijación de salario y categorías por los Consejos de Salarios, y la potestad del MTSS de realizar inspecciones.

Con respecto a los aspectos de Seguridad Social a que remite esta ley: a) se permite la posibilidad de optar entre la atención privada o pública de la salud (se otorga dicha opción antes de concretarse la reforma de la Salud) y b) Se incluye a los y las trabajadoras domésticas en la cobertura de desempleo prevista en el Decreto Ley N° 15.180 de agosto de 1981.

Esta ley fue difundida por una importante campaña publicitaria llevada adelante por el Instituto de Seguridad Social. La misma comenzó en el año 2007 y tuvo como objetivo difundir el contenido y la significación de las normas destinadas a regular la actividad de las trabajadoras domésticas, asegurando así el cumplimiento de sus derechos: cobertura

⁵ Se trata de un trabajo casi exclusivamente femenino en donde el 99.2% son mujeres. Fuente: Amarante, Verónica y Espino, Alma. Diciembre 2008. *Situación del servicio doméstico en Uruguay*.

⁶ Situación del Trabajo Doméstico en el Uruguay en BPS-AGSS, Comentarios de la Seguridad Social N° 21.

en salud, subsidio por maternidad y enfermedad, seguro de desempleo, entre otros. En simultáneo con la campaña publicitaria, se realizaron conferencias de prensa informando sobre su lanzamiento y se gestionó entrevistas en los programas periodísticos de mayor cobertura en la población uruguaya. También se desarrollaron acciones de contacto directo con el público distribuyendo diverso tipo de folletería.

Se obtuvo así, una verdadera sensibilización por parte de la opinión pública acerca del trabajo doméstico, sus derechos y obligaciones.

Se replicaron campañas similares en los años 2008, 2009 y 2010. En el año 2010 se persiguió el objetivo de recordar a empleadores y trabajadoras que el día 19 de agosto se celebra el Día de la Trabajadora Doméstica - feriado no laborable y pago. Asimismo se detallaron los derechos de las trabajadoras domésticas afiliadas al BPS. Se realizaron piezas de televisión, radio, gráfica y folletos. Esta campaña se desarrolló además en Televisión Interior y Web.

La nueva normativa unida a la campaña de difusión, tuvo como resultado un mayor incremento en la cotización doméstica, que a su vez aporta a los puestos cotizantes en general, los que también se han incrementado.

En el cuadro 1 se presenta la evolución de los puestos de cotizantes privados y del Servicio Doméstico así como la participación de éstos en el total de puestos cotizantes privados.

Cuadro 1

Evolución de los puestos de cotización Total Privados y Afiliación Servicio Doméstico

	Privados (1)	Variación acumulada	Servicio Doméstico	Variación acumulada	% Serv.Dom. en Cotiz Priv.
Dic-04	753.886	---	39.294	---	5,2%
Jun-05	808.287	7,22%	40.845	3,95%	5,1%
Dic-05	866.554	14,94%	40.921	4,14%	4,7%
Jun-06	890.430	18,11%	42.559	8,31%	4,8%
Dic-06	923.756	22,53%	44.886	14,23%	4,9%
Jun-07	955.614	26,76%	46.929	19,43%	4,9%
Dic-07	993.767	31,82%	49.361	25,62%	5,0%
Jun-08	1.043.798	38,46%	51.047	29,91%	4,9%
Dic-08	1.084.253	43,82%	52.566	33,78%	4,8%
Jun-09	1.068.683	41,75%	55.004	39,98%	5,1%
Dic-09	1.102.919	46,30%	56.602	44,05%	5,1%
Jun-10	1.125.357	49,27%	57.072	45,24%	5,1%
Dic-10	1.179.644	56,48%	59.222	50,72%	5,0%

Fuente: Elaborado a partir de datos de Boletín Estadístico e Indicadores de la Seguridad Social.

Nota 1: Incluye dependientes y patronos.

Como se puede observar en las variaciones acumuladas para el final del período diciembre 2004 – diciembre 2010, los puestos cotizantes privados presentan un incremento del 56,48% llegando a la cantidad de 1.179.644 puestos. Los puestos cotizantes de Servicio Doméstico que a diciembre de 2010 son 59.222, se incrementan en 50,72 % y representan el 5 % del total de puestos cotizantes privados.

Con respecto al nuevo derecho de subsidio por desempleo, los resultados se comienzan a observar a partir de la segunda mitad del año 2007 como lo muestra el cuadro siguiente.

Cuadro 2

Altas acumuladas por semestre de Seguro por Desempleo: Totales y Rama de Actividad "Servicio Doméstico para los Hogares" (1), años 2007, 2008, 2009 y 2010

	Totales		Servicio Doméstico para los Hogares		% (2)
	mujeres	hombres	Mujeres	hombres	
1er sem.2007	7.485	17.182	7	6	0,1
2do.sem.2007	8.257	19.718	555	29	6,7
1er.sem.2008	8.691	19.261	484	35	5,6
2do.sem.2008	9.481	23.353	461	18	4,9
1er.sem.2009	12.125	27.164	608	25	5,0
2do.sem.2009	9.847	24.001	664	33	6,7
1er.sem.2010	10.600	23.034	746	32	7,0
2do.sem.2010	11.005	26.738	690	38	6,3

Fuente: Ring de Prestaciones

Nota 1: A partir del año 2009 la información se presenta con la nueva codificación de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Revisión IV por lo cual la Rama de Actividad "Servicio Doméstico para los Hogares" cambia por: "Actividades de los hogares en calidad de empleadores de personal doméstico."

Nota 2: Participación de las altas de servicio doméstico femenino en el total de altas de Seguro de Desempleo de mujeres.

La participación de las mujeres en el Seguro por Desempleo ha sido históricamente menor que la de los hombres; las causas se sumergen en las características del mercado laboral femenino, tales como la mayor participación de mujeres en el empleo informal y la menor permanencia en el empleo formal, lo que dificulta configurar causal para acceder a este beneficio, entre otras. En el caso del Servicio Doméstico, una vez que el subsidio por desempleo puede ser utilizado por este sector, las altas de mujeres que participan en el total del subsidio son aproximadamente el 6%.

4. Cotizantes al BPS

Se describe la evolución de los puestos cotizantes y remuneración promedio por sexo.

En el total de cotizantes al BPS se ha venido constatando un incremento sostenido para hombres y mujeres (cuadro 3).

Cuadro 3

Evolución de puestos cotizantes totales promedio por sexo. Años 2004-2010

			Variación respecto al año anterior		Variación con respecto a 2004	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
2004	526.961	428.181	---	---	---	---
2005	568.934	455.641	7,97%	6,41%	7,97%	6,41%
2006	612.170	482.907	7,60%	5,98%	16,17%	12,78%
2007	647.347	510.683	5,75%	5,75%	22,85%	19,27%
2008	681.288	532.866	5,24%	4,24%	29,29%	24,45%
2009	691.129	562.649	1,44%	5,59%	31,15%	31,40%
2010	720.414	592.956	4,24%	5,39%	36,71%	38,48%

Fuente: Elaborado a partir de datos del Boletín Evolución de los cotizantes BPS - AGSS.

En general el promedio de los puestos cotizantes de hombres es mayor que el de mujeres, lo que es congruente con la brecha existente en la tasa de actividad de

hombres y mujeres en el Uruguay, la misma revela una tasa masculina que ha sido históricamente superior a la femenina⁷.

Los puestos cotizantes de hombres así como los de mujeres se han incrementado a lo largo del período. El incremento de períodos sucesivos de puestos de mujeres comienza siendo algo inferior al de hombres pero a partir del año 2007 en adelante, esta situación se revierte, siendo las mujeres quienes presentan mayor incremento de puestos cotizantes. Termina el período en 2010 con 720.414 puestos cotizantes hombres y 592.956 puestos cotizantes de mujeres lo que implica una variación acumulada de 36,71% en los hombres y 38,48% en las mujeres.

Con respecto a los puestos de patronos de Industria y Comercio se destaca el incremento de las mujeres. En el cuadro 4 se presenta la evolución del promedio de patronos de Industria y Comercio.

Cuadro 4

Evolución del promedio de patronos de Industria y Comercio por sexo.

Años 2004 - 2009

			Variación respecto al año anterior		Variación respecto a 2004	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
2004	79.153	45.412	---	---	---	---
2005	81.837	47.651	3,39%	4,93%	3,39%	4,93%
2006	86.302	51.094	5,46%	7,23%	9,03%	12,51%
2007	88.168	52.730	2,16%	3,20%	11,39%	16,11%
2008	90.662	55.256	2,83%	4,79%	14,54%	21,68%
2009	92.653	57.375	2,20%	3,83%	17,06%	26,34%
2010	94.404	59.495	1,89%	3,69%	19,27%	31,01%

Fuente: Elaborado a partir de datos del Boletín Evolución de los cotizantes BPS - AGSS.

El promedio de trabajadores no dependientes hombres de Industria y Comercio es superior al de mujeres y ambas cifras se incrementan a lo largo de todo el período (2004 – 2010). Lo interesante a destacar es que las mujeres presentan un crecimiento mayor que los hombres tanto en las variaciones de períodos sucesivos como en la variación acumulada. El año en que hubo mayor incremento tanto de hombres como de mujeres fue el 2006. El período finaliza con 94.404 patronos hombres y 59.495 patronos mujeres, destacándose el crecimiento acumulado femenino, el cual fue de 31,01% mientras que los hombres se incrementaron en un 19,27%.

Para conocer los niveles de las remuneraciones que perciben hombres y mujeres se seleccionó la aportación Industria y Comercio por ser el sector de aportación con mayor presencia en el total. Se presenta en el cuadro 5 la evolución de remuneración promedio de dependientes de Industria y Comercio entre los años 2004 a 2010.

⁷ Para el año 2010 la tasa de actividad masculina fue de 73,3% mientras que la tasa femenina fue de 53,9%. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro 5

Evolución de remuneración promedio de dependientes de Industria y Comercio por sexo. Años 2004-2009. Valores constantes base IPC dic. 2010.

	Categoría		Variación respecto al año anterior		Variación respecto a 2004	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
2004	12.489	8.834	---	---	---	---
2005	12.675	9.113	1,49%	3,15%	1,49%	3,15%
2006	13.480	9.727	6,35%	6,74%	7,93%	10,11%
2007	14.135	10.159	4,86%	4,44%	13,18%	15,00%
2008	14.887	10.667	5,32%	5,00%	19,20%	20,75%
2009	15.768	11.293	5,92%	5,87%	26,25%	27,84%
2010	16.176	11.599	2,59%	2,70%	29,52%	31,30%

Fuente: Elaborado a partir de datos del Boletín Evolución de los cotizantes BPS - AGSS.

A pesar de que el salario de mujeres es menor que el de hombres, ambos se han incrementado en los períodos sucesivos desde el año 2004 hasta el año 2010. En el año 2010 el salario medio masculino fue de \$16.176 y el femenino de \$11.599. El incremento acumulado en términos reales del salario femenino respecto al año 2004, fue de 31,30% en tanto que el masculino fue de 29,52%.

5. Cotizantes monotributistas

Con respecto al fomento de emprendimientos productivos liderados por mujeres⁸, se puede considerar a las empresas monotributistas ya que existe una mayor proporción de mujeres patronos en esta situación.

Es de señalar que a fines de 2006, la Ley 18.083 de reforma tributaria en sus artículos 70 al 84 reforma el régimen del monotributo a los efectos de que sea más inclusivo.

El cuadro 6 presenta puestos cotizantes que aportan a través de las empresas monotributistas, para Montevideo e Interior, así como su desagregación por sexo.

Cuadro 6

Puestos cotizantes monotributistas según domicilio fiscal, para mes de cargo 12/2010.

	Cantidad de dependientes		Cantidad de no dependientes		Estructura por sexo de no dependientes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Montevideo	133	181	2.661	3.379	44,06%	55,94%
Interior	195	420	4.062	6.033	40,24%	59,76%
Totales	328	601	6.723	9.412	41,67%	58,33%

Fuente: Consulta CSDA sol 2022- Registro, Recaudación Nominada (Base), Cuenta de Empresa. Sistemas de Información ATyR

⁸ La promoción del desarrollo de medidas que favorezcan la formalidad en el empleo, en emprendimientos productivos de mujeres, es una acción para el cumplimiento de la LEI 30: Desarrollo de medidas que favorezcan el pasaje del empleo informal a la formalidad.

Se puede observar que en el interior del país se registra la mayor cantidad de patronos monotributistas y dentro de estos casi el 60 % son mujeres. También para Montevideo las mujeres patronos monotributistas representan una mayor proporción del total de monotributistas de la capital (el 55,94%).

6. Jubilaciones

Con respecto a las jubilaciones, su normativa a sido modificada a través de la ley N° 18.395 de octubre de 2008 de flexibilización de las condiciones de acceso a los beneficios jubilatorios, la cual cobra vigencia en varias etapas sucesivas (01/02/2009, 01/07/2009 y 01/01/2010).

Las principales modificaciones de dicha ley tienen que ver con la reducción de los años de servicio (de 35 a 30 años), para configurar causal de jubilación común. Para configurar causal por edad avanzada también se flexibilizan las condiciones de acceso proveyendo varias alternativas: 70 años de edad y 15 de servicios, 69 años de edad y 17 de servicio, 68 años de edad y 19 años de servicio, 67 años de edad y 21 años de servicio, 66 años de edad y 23 años de servicio, y 65 años de edad y 25 años de servicio.

También se flexibilizó el acceso a jubilaciones por discapacidad y se instituye un subsidio especial por inactividad compensada a mayores de 58 años.

Esta normativa se aplica en forma indistinta a hombres y mujeres pero dadas las características del mercado laboral⁹, son las mujeres quienes más se pueden beneficiar de la misma.

Además, en el Capítulo V denominado Del Cómputo ficto de servicios a la mujer por cargas de familia de dicha ley, las mujeres tienen un beneficio específico al poder computar un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que han adoptado siendo éste menor o discapacitado, con un máximo total de cinco años.

Los resultados de esta normativa se pueden observar en las altas jubilatorias de los tres últimos años, como lo muestra el cuadro 7.

Cuadro 7

Altas totales de jubilaciones por vejez y edad avanzada para mujeres y hombres. Años 2008, 2009 y 2010 (1)

	mujeres	variación	hombres	variación
2008	6.775	---	9.605	---
2009	14.261	110,49%	13.936	45,09%
2010	17.091	19,84%	14.798	6,19%

Fuente: Banco de datos de AEA (AGSS).

Nota 1: Incluye "Otras Causales"

⁹ El trabajo no remunerado (cuidado de niños, adultos mayores, discapacitados y tareas del hogar), el cual es realizado mayoritariamente por mujeres, dificulta el acceso y la permanencia en el mercado de trabajo, con consecuencias en el acceso a la seguridad social.

En el año 2008 la cantidad de altas acumuladas de hombres era superior a la de mujeres (9.605 y 6.775 respectivamente). A partir del año 2009 esta situación se revierte y para el año 2010, las altas acumuladas de mujeres alcanzan a 17.091

mientras que la de hombres son 14.798. En el año 2009 (año en que entra en vigencia la nueva ley), las altas de mujeres se incrementaron en 110,49 % y en 2010 el incremento fue de 19,84%.

Estos incrementos se explican en su mayor parte por las altas amparadas en la ley 18.395, donde se registran una mayor proporción de altas femeninas que masculinas como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 8

Altas de jubilaciones (vejez y edad avanzada) por Ley 18.395 año 2009

	Jubilación por vejez	%	Jubilación por edad avanzada	%	Totales	%
Hombres	5.611	49,36	964	44,94	6.575	48,66
Mujeres	5.756	50,64	1.181	55,06	6.937	51,34
Totales	11.367	100,0	2.145	100,0	13.512	100,00

Fuente: Ring de Prestaciones

Cuadro 9

Altas de jubilaciones (vejez y edad avanzada) por Ley 18.395 año 2010

	Jubilación por vejez	%	Jubilación por edad avanzada	%	Totales	%
Hombres	7.681	51,0	2.707	40,0	10.388	47,59
Mujeres	7.380	49,0	4.062	60,0	11.442	52,41
Totales	15.061	100,0	6.769	100,0	21.830	100,0

Fuente: Ring de Prestaciones

En el año 2009, del total de jubilaciones otorgadas por la Ley 18.395, las mujeres representan el 51,34%; para el año 2010 las mismas representan el 52,41%. Los resultados de la ley de flexibilización estarían explicando en buena medida la mayor cantidad de mujeres que acceden a la jubilación.

7. Aumento de montos mínimos de pasividades

Haciendo uso de las facultades legales que se le otorgan al Poder Ejecutivo para establecer el monto mínimo de jubilación y pensión, así como para realizar adelantos a cuenta del ajuste de revaluación a las pasividades del BPS, a partir de octubre de 2010 el Decreto 283/010 del 20/09/2010 aumenta el monto mínimo de las jubilaciones y pensiones de sobrevivencia servidas por el BPS, en la suma equivalente a 1,75 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC). Los aumentos graduales del monto mínimo a las jubilaciones y pensiones en curso de pago se dieron con anterioridad en tres ocasiones más a partir del Decreto 370/007 del 2/10/2007, por el cual se fija a partir de setiembre de 2007 el monto mínimo en 1 BPC (en julio de 2008 se pasa a 1,25 BPC y en julio de 2009 a 1,5 BPC).

A partir del 1° de octubre de 2010 se registran 37.658 jubilados y 6.412 pensionistas. Quienes se encuentran en esta franja son mayoritariamente pasividades de mujeres como lo muestra el cuadro 10.

Cuadro 10**Pasivos beneficiarios con el monto mínimo equivalente a 1,75 BPC año 2010**

	jubilados	%	Pensionistas de sobrevivencia	%
Mujeres	21.319	56,6	6.337	98,8
Hombres	16.339	43,4	75	3,5
Totales	37.658	100,0	6.412	100,0

Fuente: Proceso especial RING de Prestaciones.

Se observa que el 56,6% de jubilados beneficiarios del incremento del monto mínimo son mujeres y el 98,8% de pensionistas de sobrevivencia que reciben el incremento son mujeres.

8. Pensiones de sobrevivencia

La Ley 18.246 de regulación de la Unión Concubinaría (con vigencia en pensiones a partir del 1/01/2009), en su artículo 14 incluye a los concubinos y las concubinas como posibles beneficiarios/as con derecho a pensión por viudez en igualdad de condiciones que los cónyuges. Los resultados los podemos observar en las variaciones de las altas de pensión por sobrevivencia de hombres y mujeres de los años 2009 y 2010 con respecto al año 2008.

Cuadro 11**Altas de pensiones de sobrevivencia acumuladas por semestres. Años 2008 y 2009**

			Variación de semestres sucesivos		Variación de semestres similares	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
1er.sem.2008	907	4058	---	---	---	---
2° sem. 2008	997	4851	9,92%	19,54%	---	---
1er.sem.2009	989	3843	-0,80%	-20,78%	9,04%	-5,30%
2° sem. 2009	976	5258	-1,31%	36,82%	-2,11%	8,39%
1er.sem.2010	892	4478	-8,61%	-14,83%	-9,81%	16,52%
2° sem.2010	1067	5195	19,62%	16,01%	9,32%	-1,20%

Fuente: Banco de datos de AEA (AGSS).

Si bien los viudos y concubinos tienen derecho a pensión por fallecimiento bajo ciertas condiciones, las principales beneficiarias son las mujeres.

En el segundo semestre de 2009 se presenta el mayor incremento en las altas de mujeres, en la variación de semestres sucesivos (36,82%). En la variación de semestres similares el mayor incremento de las pensiones de mujeres corresponde al 1er semestre del año 2010 con respecto al 1er semestre de 2009.

9. Asignaciones Familiares

Hasta diciembre de 2007 las Asignaciones Familiares se regían por el Decreto Ley 15.084 de noviembre de 1980 (para quienes contribuyen a la Seguridad Social¹⁰), y por un programa para Hogares de Menores Recursos enmarcado en las leyes 17.139 de julio de 1999 y 17.758 de mayo de 2004, (sin exigencia de cotización a la Seguridad Social).

A partir de enero de 2008 se cierra el programa de Menores Recursos y se crea el nuevo sistema de Plan de Equidad por lo que, en la actualidad las AF se rigen por Ley 15.084 (común) y Ley 18.227 (PE).

La nueva ley del Plan de Equidad, con vigencia al 1/01/2008, da preferencia en el pago a la madre, por lo cual se registró un incremento significativo en el porcentaje de cobros femeninos respecto a las leyes anteriores. Esta ley se dirige a los beneficiarios niños y adolescentes que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica o estén en atención de tiempo completo en establecimientos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay o en instituciones que mantengan convenios con dicho Instituto.

En el cuadro 12 se presentan los resultados de las personas habilitadas para el cobro por Asignación Común y por Plan de Equidad a diciembre de 2009 y 2010.

Cuadro 12

Cantidad de atributarios y generantes de AF por Ley 15.084 (común) y Ley 18.227 (PE) a diciembre de 2009 y 2010

	Año 2009		Año 2010	
	Ley 15.084	Ley 18.227	Ley 15.084	Ley 18.227
Mujeres	49,97%	93,0%	51,9%	93,3%
Hombres	50,03%	7,0%	48,1%	6,7%
Totales	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Valores absolutos	119.988	183.664	108.529	198.113

Fuente: Centro de Servicios Informáticos de Desarrollo de Prestaciones

En el año 2009 la distribución por sexo de atributarios por la ley común, es prácticamente igual para hombres y mujeres, totalizando 119.888 personas con derecho al cobro. Las personas generantes por ley Plan de Equidad son 183.664: de ellas el 93% son mujeres.

En el año 2010 por ley común, casi el 52% son atributarias mujeres de un total de 108.529. En cambio las mujeres venerantes por ley Plan de Equidad representan el 93,3% del total.

10. Conclusiones

Desde diciembre de 2004 a diciembre de 2010, se han incrementado los puestos cotizantes privados en general (56,48%) y dentro de estos, los del Servicio Doméstico (mayoritariamente femenino). Por ley 18.065 que regula el trabajo doméstico, a partir de enero de 2007, las/los empleadas/os en este sector pueden beneficiarse del subsidio por

¹⁰ Los atributarios de las AF son los trabajadores privados cotizantes a la Seguridad Social con ingresos por debajo de determinados topes, con menores a cargo. También pueden ser atributarios los trabajadores amparados al Seguro de Desempleo, y jubilados y pensionistas con menores a cargo.

desempleo. Las altas femeninas participan en esta prestación con el 6,3% en el segundo semestre de 2010.

Si bien los puestos cotizantes promedio de cada año son mayoritariamente de hombres, los incrementos dentro del período han sido algo superiores en el caso de puestos de mujeres. En el año 2010 los puestos de mujeres se incrementaron 5,39% con respecto al 2009 y 38,48% con respecto al año 2004.

En relación a los patronos de Industria y Comercio también los hombres son mayoría pero en este caso el incremento de no dependientes mujeres es más evidente. En el año 2010 las no dependientes mujeres se incrementaron 3,69% con respecto al 2009 y 31,01% con respecto al 2004.

Con respecto a la remuneración promedio en valores constantes de dependientes de Industria y Comercio, los hombres obtienen un salario mayor que el de mujeres (situación que no escapa a las estadísticas mundiales). Sin embargo en el último quinquenio las mujeres han experimentado incrementos superiores que los hombres. En el último año la remuneración de mujeres se incrementó en 2,70% con respecto al año anterior y 31,30% con respecto al inicio del período. A pesar de estos incrementos no se ha podido superar la brecha salarial de hombres y mujeres dependientes.

El monotributo ha significado una forma de aportación más utilizada por las mujeres patronos: el 58,33% son mujeres no dependientes monotributistas.

Los beneficios jubilatorios han sido modificados a través de la Ley 18.395 de Flexibilización de las Condiciones de Acceso, de noviembre de 2008. Los beneficios más importantes para hombres y mujeres han sido la reducción de años de servicio a 30 años para configurar causal jubilatoria (jubilación común) y la provisión de varias alternativas más favorables para configurar causal por edad avanzada. En lo que refiere a la equidad de género, esta ley contiene un beneficio específico para la mujer al computar un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que haya adoptado siendo éste menor o discapacitado con un máximo de cinco. Los resultados se pueden apreciar en las altas totales de jubilaciones por vejez y edad avanzada, las que presentan importantes incrementos en el año 2009 con respecto al 2008: las altas de mujeres se incrementan en 110,49% y las de hombres en 45,09%. En las altas por vejez y edad avanzada correspondiente exclusivamente a la ley 18.395, en el año 2010 el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres (52,41%).

Con respecto a los montos mínimos de jubilaciones y pensiones, el decreto del Poder Ejecutivo del 20/09/2010 aumenta los mismos a 1,75 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones a partir del 1° de octubre de 2010. Las mujeres jubiladas que perciben este incremento son el 58% del total.

La ley 18.246 de Unión Concubinaria que incluye a los concubinos y concubinas como posibles beneficiarios/as con derecho a pensión por viudez, en igualdad de condiciones que los cónyuges, tiene como resultado, claros incrementos en las altas acumuladas por semestres de pensiones femeninas. En el segundo semestre de 2010 las altas de mujeres se incrementaron 16,01% con respecto al primero.

En relación a las Asignaciones Familiares la Ley 18.227 del Plan de Equidad con vigencia al 1°/01/2008, da preferencia en el pago a la madre lo que promueve un importante incremento en el porcentaje de cobros femeninos. Actualmente las AF se rigen por Ley

15.084 (ligada a la exigencia de cotización, a la que denominamos “común”) y por Ley 18.227 (sin exigencia de cotización). Para el año 2010 las mujeres atributarias por ley común fueron el 51,9% mientras que las mujeres generantes por ley del Plan de equidad representaron el 93,3%.

En suma, en la Seguridad Social se ha verificado en el período 2005 - 2010, una serie de modificaciones normativas que han tenido consecuencias favorables para la equidad de género. Si bien existen algunas normas específicas de seguridad social (como la inclusión del seguro de desempleo para las trabajadoras domésticas o la ley de flexibilización de jubilaciones que otorga un año de servicio por hijo), en general, todas aquellas medidas que favorecen la inserción formal en el mercado laboral, son medidas que tienen consecuencias positivas futuras para la seguridad social. La nueva normativa como hemos visto, ha tenido mejores resultados para las mujeres y es por esta línea que se debería continuar para lograr la equidad buscada y para lograr trabajos decentes.

Referencias bibliográficas:

Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social (2007). Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Políticas públicas hacia las mujeres 2007 – 2011/Uruguay.

EMPRESAS COTIZANTES AL BPS POR REGIONES.

Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad

Ec. Martín Naranja Sotelo

EMPRESAS COTIZANTES AL BPS POR REGIONES.

ANÁLISIS POR TAMAÑO, NATURALEZA JURÍDICA Y SECTORES DE ACTIVIDAD

1. Introducción

El presente trabajo tiene la finalidad de analizar las empresas que cotizan al Banco de Previsión Social (BPS) a nivel regional.

Nuestro país está dividido políticamente en departamentos, esta es una clasificación administrativa, pero se puede considerar una división en base a otros criterios. Para el estudio de empresas, por ejemplo, se entendió de interés considerar regiones dentro del país que conformen una unidad en lo económico, urbano e institucional. Se eligió estudiar la evolución en el tiempo y las características de las empresas cotizantes según regiones creadas a partir del desarrollo económico del territorio.

El período de estudio abarca desde Enero de 2002 a Agosto de 2010. El año 2010 contiene datos correspondientes a los ocho primeros meses, en cambio los años anteriores contienen datos de todos los meses. Se estudia la cantidad promedio de empresas en cada año, por eso el hecho de que el último año tenga menos meses incorporados no invalida el análisis del mismo.

Primeramente, se explicita la definición de empresas y la clasificación de las mismas. En segundo lugar, se detalla el análisis por regiones del país. Seguidamente, se estudian las empresas según tamaño, actividad económica y naturaleza jurídica según las distintas regiones. Finalmente, se esbozan algunas conclusiones del análisis.

2. Definición y clasificaciones de empresas

En el BPS las empresas se identifican por el “número de contribuyente”. Si la empresa tiene obligaciones tributarias y de seguridad social a la vez, ese número es el que otorga la Dirección General Impositiva (DGI). Si la empresa tiene obligaciones de seguridad social solamente, ese número lo otorga el BPS. Se decidió identificar la unidad estadística de estudio llamada “empresa” con el “número de contribuyente”.

El universo de las empresas que se tomaron en cuenta para este estudio se acota a aquellas que declararon nóminas al BPS y tuvieron por lo menos, un puesto de trabajo activo, sea este patrono o dependiente, en el período de estudio. Se le denomina a este subgrupo de empresas, empresas cotizantes. Se seleccionaron empresas exclusivamente del sector privado y de acuerdo a los sectores de aportación al BPS, se consideraron las empresas Rurales y las de Industria y Comercio de todo el país. Por ende, se excluyeron del concepto de empresas a los contribuyentes del sector público, los empleadores de servicio doméstico y las obras de construcción. Es importante aclarar que del sector construcción sí se incluyeron las nóminas declaradas por parte de las empresas

constructoras por su personal de planta.

Una modalidad de clasificar a las empresas es según su tamaño. El tamaño económico de una empresa puede medirse de diferentes formas según cual sea la finalidad perseguida. El decreto 504/007 utiliza para clasificar a las empresas dos variables, las ventas y el personal ocupados de las mismas. Como para el BPS lo relevante son los trabajadores cotizantes, definimos tamaño de empresa en función de los puestos de trabajo que la misma ocupa. Entonces, las Microempresas son aquellas que tienen de uno a cuatro ocupados, las empresas Pequeñas aquellas que tienen de cinco a diecinueve ocupados, las empresas Medianas son quienes tienen entre veinte a noventa y nueve ocupados; y las empresas

Grandes son las que tienen cien o más ocupados. Por su parte, se clasifica, para este estudio, como empresa Unipersonal a aquella que tiene un único titular en actividad y no tiene dependientes.

La Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) fue creada con la finalidad de ordenar las actividades de la economía. En este trabajo se la utiliza para analizar las empresas según dicha planificación.

Las empresas, también, pueden clasificarse por la forma jurídica por la cual fueron inscriptas, tales como: empresa unipersonal, sociedad de hecho, sociedad colectiva, sociedad anónima, cooperativa de consumo, cooperativa de ahorro, sociedad ganadera, etc.¹.

3. El Uruguay en regiones

Este trabajo estudia la evolución de las empresas en el tiempo según distintas regiones. Para determinar dichas regiones se utilizó el aporte realizado por el Ec. Adrián Rodríguez Miranda, quien para estudiar los procesos de desarrollo económico de una región, se basó en el paradigma del Desarrollo Económico Territorial Endógeno (DETE)².

Dicho paradigma engloba enfoques teóricos que entienden al desarrollo económico como un proceso endógeno relacionado indivisiblemente con el territorio en el que ocurre. El territorio se define como unidad de análisis para explicar el desarrollo económico en base a esta unidad de análisis y su desarrollo económico. Rodríguez Miranda expresa que *“el desarrollo económico de un territorio (regiones, localidades o ciudades) refiere a un proceso endógeno de acumulación de capital que depende del desarrollo del potencial competitivo del sistema productivo local que, a su vez, depende de la capacidad empresarial local, de la forma en que los empresarios se organizan para producir, de la introducción y difusión de innovaciones, del rol de las economías de aglomeración (asociado al papel de las ciudades del territorio y sus zonas de influencia) y del marco institucional donde todo esto ocurre”*. En base a esta definición se puntualiza que al hablar de desarrollo económico de una región hay que tomar en cuenta la interacción de cuatro

¹ Naranja Sotelo, M. (2010). Evolución de las empresas cotizantes al BPS 2002 – 2009. Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad.

² Rodríguez Miranda, A. Desarrollo Económico Territorial Endógeno. Teoría y aplicación al caso uruguayo. Junio de 2006. Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas. Serie Documentos de Trabajo. DT 02/06.

aspectos: la innovación, la organización de la producción, las aglomeraciones urbanas, y por último, factores institucionales de dicha zona. Resaltando la imprescindible interacción de estos cuatro factores para lograr lo que el autor denomina “efecto conjunto de los factores claves del DETE”.

A través de la creación de indicadores representativos de los factores del DETE y del grado de desarrollo económico de cada uno de los diecinueve departamentos que conforman nuestro país (medido por PBI per cápita e ingreso de los hogares), el autor concluye la existencia de cuatro regiones en nuestro país³. En este trabajo se tomó esa misma agrupación en regiones de los departamentos del país, excepto que la primera región conformada por los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado, se dividió en tres “regiones”, una correspondiente a cada departamento, debido a la importancia de los mismos.

Las regiones a partir de las cuales se hará el análisis de las empresas cotizantes son las siguientes: las tres primeras corresponden a los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado, la cuarta región está integrada por los departamentos de Colonia, Florida, Flores, Paysandú y San José, a la quinta región pertenecen Lavalleja, Río Negro, Salto y Soriano y la sexta y última región está conformada por Artigas, Durazno, Rivera, Treinta y Tres, Rocha, Tacuarembó y Cerro Largo.

Cuadro 1 - Regionalización de los departamentos

Región	Departamento
I	Montevideo
II	Canelones
III	Maldonado
IV	Colonia, Flores, Florida, Paysandú y San José
V	Lavalleja, Río Negro, Salto y Soriano
VI	Artigas, Cerro Largo, Durazno, Rivera, Rocha, Tacuarembó y Treinta y Tres

4. Las empresas según regiones

En concordancia con la clasificación establecida en la sección anterior se analiza la evolución de las empresas en el período de estudio.

³ Rodríguez Miranda, A. (2005). Determinantes del desarrollo departamental en Uruguay. Una aproximación desde la teoría del Desarrollo Endógeno. Investigación para la obtención del DEA (Master) en el marco del Programa de Doctorado en Integración y Desarrollo Económico de la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Economía, Dpto. de Estructura Económica y Economía del Desarrollo, Madrid.

Cuadro 2 - Cantidad de empresas* por región. Años 2002-2010 **

Años	I	II	III	IV	V	VI	Total
2002	59.424	17.806	7.426	23.485	15.717	23.180	147.037
2003	55.275	17.145	7.179	22.902	15.371	23.024	140.895
2004	54.961	17.367	7.525	23.255	15.562	23.507	142.178
2005	55.905	18.036	8.081	23.880	15.997	24.224	146.122
2006	58.047	18.901	8.622	24.713	16.497	25.031	151.811
2007	60.704	19.753	9.153	25.625	17.154	26.191	158.579
2008	65.347	20.917	9.942	27.258	18.142	27.735	169.340
2009	68.281	21.579	10.472	28.151	18.558	28.580	175.621
2010	69.564	21.859	10.755	28.436	18.626	28.819	178.060
Promedio	60.834	19.262	8.795	25.301	16.847	25.588	156.627

Fuente: Elaborado a partir de información proporcionada por ATYR, BPS.

*/ Promedio anual de las empresas cotizantes.

**/ Los datos del año 2010 corresponden al período Enero-Agosto.

**/ La columna "Total" corresponde al total de las regiones, este valor es inferior al valor del Total País, debido a que existe una categoría llamada departamento "otro", categoría residual, y que no fue tomada en cuenta. El departamento "otro" incluye las empresas que no tienen domicilio fiscal asignado.

Las regiones son diferentes en importancia según la interrelación de factores y la sinergia de los mismos, esto repercute en la cantidad de empresas que tienen cada una de ellas y la evolución de las mismas en el período de estudio.

La región I tiene en promedio 60.834 empresas en el período de estudio que representan casi el 40% del total, seguida en jerarquía por la región VI con 25.588 empresas y la región IV con 25.301 empresas. En promedio hubo 19.262 empresas en la región II, 16.847 en la región V y 8.795 empresas tuvo la región III, correspondiente a Maldonado.

Cuadro 3 - Variaciones de la cantidad de empresas respecto al año 2002.

Años	I	II	III	IV	V	VI	Total
2003	-4.148	-661	-247	-583	-346	-156	-6.142
2004	-4.462	-439	100	-230	-155	328	-4.859
2005	-3.518	230	656	394	280	1.044	-914
2006	-1.376	1.095	1.196	1.228	780	1.852	4.774
2007	1.280	1.948	1.727	2.140	1.437	3.011	11.542
2008	5.923	3.112	2.516	3.772	2.425	4.555	22.303
2009	8.858	3.774	3.046	4.666	2.841	5.401	28.584
2010	10.141	4.053	3.330	4.951	2.909	5.640	31.023

La región I aumentó en cantidad de empresas en 10.141 al final de período pero en los primeros años respecto al año 2002 la disminución en la cantidad de empresas fue significativa (en el año 2004 hubo 4.462 empresas menos). La región III fue más estable, sólo disminuyó en 247 en el año 2003 y luego la tendencia fue al crecimiento. A su vez, en la región VI se alcanzó la cantidad de 5.640 empresas más.

Recién en el año 2007 la cantidad de empresas aumenta en todos los grupos regionales del país en relación al año base 2002. En la mayoría de las regiones el salto de la tendencia creciente en la cantidad se produjo en el año 2008, excepto en la región VI en que ocurrió un año antes.

Cuadro 4 - Índice de cantidad de empresas por región. Años 2002-2010.

Años	I	II	III	IV	V	VI	Total
2002	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2003	93,0	96,3	96,7	97,5	97,8	99,3	95,8
2004	92,5	97,5	101,3	99,0	99,0	101,4	96,7
2005	94,1	101,3	108,8	101,7	101,8	104,5	99,4
2006	97,7	106,1	116,1	105,2	105,0	108,0	103,2
2007	102,2	110,9	123,3	109,1	109,1	113,0	107,9
2008	110,0	117,5	133,9	116,1	115,4	119,7	115,2
2009	114,9	121,2	141,0	119,9	118,1	123,3	119,4
2010	117,1	122,8	144,8	121,1	118,5	124,3	121,1

La región III fue de las seis regiones en que se agruparon los departamentos la cual creció más en términos porcentuales, un 45%, en 2010 respecto al año base 2002. Seguido por un 24% de la región VI y quien menos creció fue la región I, correspondiente a Montevideo (17%). Por su parte la región V fue quien menos creció en cantidad de empresas en todo el período, 2909 empresas, siendo en términos porcentuales un 19%.

En el año 2004, solamente crece la cantidad de empresas de las regiones III y VI respecto al año 2002 en apenas un 1%.

Cuadro 5 - Variaciones porcentuales de la cantidad de empresas respecto al año anterior.

Años	I	II	III	IV	V	VI	Total
2003	-7,0	-3,7	-3,3	-2,5	-2,2	-0,7	-4,2
2004	-0,6	1,3	4,8	1,5	1,2	2,1	0,9
2005	1,7	3,9	7,4	2,7	2,8	3,0	2,8
2006	3,8	4,8	6,7	3,5	3,1	3,3	3,9
2007	4,6	4,5	6,2	3,7	4,0	4,6	4,5
2008	7,6	5,9	8,6	6,4	5,8	5,9	6,8
2009	4,5	3,2	5,3	3,3	2,3	3,0	3,7
2010	1,9	1,3	2,7	1,0	0,4	0,8	1,4

Si se estudia la variación de la cantidad de empresas en cada año de estudio respecto al año anterior, se ve que a nivel general en el año 2003 disminuyó la cantidad de empresas (4,2%) y al año siguiente la variación fue de apenas 0,9%, recién alcanza un incremento de 6,8% en el año 2008. Es decir, en los primeros años la disminución porcentual respecto al año anterior fue destacada.

Al analizar por región se ve que en la región I la cantidad de empresas disminuyó un 7% en el año 2003. En la región III el crecimiento en términos porcentuales fue importante al comparar año a año (7,4% en el año 2005 y 8,6% en el año 2008). En el cuadro 5 se nota una disminución en el nivel de crecimiento de las empresas en los últimos años de estudio (2009 y 2010).

Sintetizando, la región I es la región con más empresas, a su vez, con más aumento en magnitud de las mismas. Por otro lado, la región III fue la zona con más crecimiento porcentual en el período. En los primeros años del período disminuyó la cantidad de empresas en concordancia con el descenso de la actividad económica, luego crece la cantidad de empresas alcanzando su mayor porcentaje en 2008, para pasar a decaer esta tendencia creciente, en el año 2009.

5. Las empresas según tamaño económico y región

Como ya se mencionó la clasificación por tamaño económico da lugar a los siguientes tipos de empresas, unipersonales, microempresas, pequeñas, medianas y grandes.

En el cuadro 6 se muestran los valores de la cantidad de las empresas en los años 2002, 2005 y 2010, según tamaño económico y región de pertenencia.

Cuadro 6 - Cantidad de empresas* y estructura, según región y tamaño económico. Años 2002, 2005 y 2010**

Región/Tamaño	Cantidad			Estructura		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
Región I						
Unipersonales	24.487	21.247	27.625	41,2	38,0	39,7
Microempresas	24.261	23.440	27.341	40,8	41,9	39,3
Pequeñas	8.382	8.594	11.122	14,1	15,4	16,0
Medianas	1.921	2.207	2.880	3,2	3,9	4,1
Grandes	373	418	596	0,6	0,7	0,9
Total	59.424	55.905	69.564	100,0	100,0	100,0
Región II						
Unipersonales	7.811	7.608	10.241	43,9	42,2	46,9
Microempresas	8.246	8.552	8.959	46,3	47,4	41,0
Pequeñas	1.485	1.576	2.185	8,3	8,7	10,0
Medianas	232	264	424	1,3	1,5	1,9
Grandes	32	35	50	0,2	0,2	0,2
Total	17.806	18.036	21.859	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de información proporcionada por ATYR, BPS.

*/ Promedio anual de las empresas cotizantes.

**/ Los datos del año 2010 corresponden al período Enero-Agosto.

Al estudiar a las empresas por tamaño y región se observa que en la región I (Montevideo) en el año 2002 las empresas unipersonales son las que tiene mayor preponderancia, pero en el año 2005 si bien mantienen su importancia las empresas unipersonales (38,0%), la mayor participación es de las microempresas (41,9%) y luego en el año 2010 tienen valores muy cercanos las microempresas y las unipersonales. Por su parte, en esta región las empresas grandes llegan a un 0.9% en el año 2010. A su vez, las empresas pequeñas oscilan entre un 14% y un 16% y las empresas medianas entre un 3% y 4%.

En la región II (Canelones) en 2002 la mayor cantidad de empresas eran de tamaño micro (46,3%) seguidas por las unipersonales, sin embargo en el año 2010 se registra un fuerte crecimiento de las unipersonales (46,9%). Los otros tamaños de empresas tienen menor presencia alcanzando su mayor participación en el 2010 (pequeñas, 10,0%, medianas 1,9% y grandes 0,2%).

Cuadro 6 – Continua...

Región/Tamaño	Cantidad			Estructura		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
Región III						
Unipersonales	3.038	3.184	4.452	40,9	39,4	41,4
Microempresas	3.450	3.778	4.618	46,5	46,8	42,9
Pequeñas	823	940	1.383	11,1	11,6	12,9
Medianas	102	164	283	1,4	2,0	2,6
Grandes	13	15	20	0,2	0,2	0,2
Total	7.426	8.081	10.755	100,0	100,0	100,0
Región IV						
Unipersonales	8.258	7.929	11.062	35,2	33,2	38,9
Microempresas	12.257	12.565	12.966	52,2	52,6	45,6
Pequeñas	2.662	2.976	3.823	11,3	12,5	13,4
Medianas	273	365	516	1,2	1,5	1,8
Grandes	35	45	69	0,1	0,2	0,2
Total	23.485	23.880	28.436	100,0	100,0	100,0

Cambia la situación en la región III (Maldonado) donde predominan siempre las microempresas, aún con niveles cercanos a las unipersonales; en 2002 participaban un 46,5% y en 2010 descienden a 42,9%. Las empresas medianas aumentan su participación de 11,1 a 12,9 en el período.

En las regiones IV, V y VI, la estructura por tamaño económico es similar, más de la mitad son microempresas y menos del 40% son unipersonales en los años 2002 y 2005. Pero en el año 2010 las microempresas bajan su participación y representan alrededor de un 45% en las tres regiones y las unipersonales suben a porcentajes entre un 38% y 42%. Las pequeñas empresas oscilan entre un 10% y 13%. Las medianas empresas apenas alcanzan un 2% como valor máximo en la estructura en estas regiones y las empresas grandes, con cien o más ocupados, no superan el 0.2% de su peso en la estructura de cada región.

Cuadro 6 – Continua...

Región/Tamaño	Cantidad			Estructura		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
Región V						
Unipersonales	5.870	5.609	7.184	37,3	35,1	38,6
Microempresas	7.882	8.146	8.585	50,2	50,9	46,1
Pequeñas	1.725	1.943	2.444	11,0	12,1	13,1
Medianas	219	274	373	1,4	1,7	2,0
Grandes	21	25	40	0,1	0,2	0,2
Total	15.717	15.997	18.626	100,0	100,0	100,0
Región VI						
Unipersonales	8.907	9.043	12.251	38,4	37,3	42,5
Microempresas	11.647	12.259	12.620	50,2	50,6	43,8
Pequeñas	2.381	2.601	3.463	10,3	10,7	12,0
Medianas	219	289	440	0,9	1,2	1,5
Grandes	25	32	45	0,1	0,1	0,2
Total	23.180	24.224	28.819	100,0	100,0	100,0

Al analizar la evolución de las empresas, en el período, por región y tamaño económico se destacan en la región I (Montevideo) las empresas grandes ya que fueron las que más crecieron, seguidas de las medianas; por otro lado, en menor importancia aumentaron en el período las unipersonales y las microempresas (13% ambas). En la región II

(Canelones) las más que más aumentaron fueron las empresas medianas, un 83%, seguidas de las grandes (56%), apenas crecieron un 9% las microempresas.

Cuadro 7 – Índice de cantidad de empresas* según región y tamaño económico.

Años 2002, 2005 y 2010**. Base 2002.

Región/Tamaño	2002	2005	2010
Región I			
Unipersonales	100,0	86,8	112,8
Microempresas	100,0	96,6	112,7
Pequeñas	100,0	102,5	132,7
Medianas	100,0	115,0	149,9
Grandes	100,0	112,0	160,0
Total	100,0	94,1	117,1
Región II			
Unipersonales	100,0	97,4	131,1
Microempresas	100,0	103,7	108,7
Pequeñas	100,0	106,1	147,1
Medianas	100,0	113,7	182,7
Grandes	100,0	109,4	155,9
Total	100,0	101,3	122,8
Región III			
Unipersonales	100,0	104,8	146,5
Microempresas	100,0	109,5	133,9
Pequeñas	100,0	114,1	167,9
Medianas	100,0	161,2	277,4
Grandes	100,0	120,0	160,0
Total	100,0	108,8	144,8
Región IV			
Unipersonales	100,0	96,0	134,0
Microempresas	100,0	102,5	105,8
Pequeñas	100,0	111,8	143,6
Medianas	100,0	133,9	189,4
Grandes	100,0	129,5	197,1
Total	100,0	101,7	121,1
Región V			
Unipersonales	100,0	95,5	122,4
Microempresas	100,0	103,3	108,9
Pequeñas	100,0	112,6	141,7
Medianas	100,0	125,4	170,5
Grandes	100,0	121,8	194,8
Total	100,0	101,8	118,5
Región VI			
Unipersonales	100,0	101,5	137,5
Microempresas	100,0	105,2	108,4
Pequeñas	100,0	109,2	145,4
Medianas	100,0	132,2	201,3
Grandes	100,0	126,2	178,8
Total	100,0	104,5	124,3

Fuente: Elaborado a partir de información proporcionada por ATYR, BPS

*/ Promedio anual de las empresas cotizantes.

**/ Los datos del año 2010 corresponden al período Enero-Agosto

La región III fue la que más creció de todas, un 44,8%, lo cual se reflejó al estudiar la clasificación por tamaño en cada una de sus categorías. En dicha región las empresas medianas crecieron en casi el triple en todo el período de estudio, las pequeñas un 68% y las grandes un 60%. Siendo las unipersonales y los microempresas las que registraron menor crecimiento aunque elevado igualmente, 47% y 34% respectivamente. En la región

IV la tendencia cambió; fueron las grandes las que crecieron más en el período, casi el doble las medianas un 89. En el año 2005 las microempresas apenas crecieron un 3% y las unipersonales disminuyeron un 4% para luego pasar a aumentar un 6% y 34% en el año 2010 respectivamente.

En las regiones V y VI las microempresas registraron valores de crecimiento inferiores al 10% en el período. Las empresas grandes de la región V aumentaron casi el doble, a su vez, las empresas medianas de la región VI del año 2010 superaron el doble de las que había en 2002.

Se puede deducir de lo expuesto anteriormente, que en el período crecieron las empresas de ciertas categorías de tamaño económico que no tienen una preponderancia importante en la estructura de cada región. Por ejemplo, en la región II donde las empresas medianas representaban menos de un 2% del total, las mismas aumentaron en cantidad un 83% en el período y las empresas grandes de la región VI que fueron un 0.2% del total en el año 2010, crecieron un 79%.

Para todos los años y todas las regiones los tamaños que predominan son las microempresas y las unipersonales. En el 2002, año de crisis económica, las microempresas fueron las de mayor participación en todas las regiones, sin embargo al crecer el nivel de actividad económica se observa una expansión mayor de las empresas unipersonales (39,7% y 46,9% en las regiones I y II respectivamente) y las regiones III, IV, V y VI muestran mayor participación las microempresas (42,9% y 45,6%, 46,1% y 43,8% respectivamente). Las empresas pequeñas tienen su mayor participación en 2010 en Montevideo (16,0%) aunque se observa un aumento de su participación en todas las regiones. Las empresas medianas y grandes concentran su domicilio fiscal en la región I donde se observan las mayores participaciones, aun cuando son poco significativas respecto al total (4,1% y 0,9% respectivamente). También se puede concluir que para todas las regiones las empresas que más crecieron en cantidad en el período fueron las medianas y grandes.

6. Las empresas según actividad económica y región

La cantidad de empresas también pueden clasificarse según la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) en función de los distintos tipos de actividad económica que las mismas realizan.

Por simplicidad el análisis de las empresas según región se hizo para el año 2009 y para el período comprendido entre los meses Enero-Agosto de 2010.

Al estudiar las distintas formas de agrupar los departamentos del país y las variadas actividades económicas obtenemos distintas afirmaciones. En la región I las actividades de mayor importancia son las actividades de Comercio al por mayor o menor (28%), seguidas de Transporte y Almacenamiento (12%), Industrias Manufactureras (11%, año 2009 y 10% año 2010), actividades profesionales, científicas y técnicas (9%), actividades inmobiliarias (7%).

**Cuadro 8 – Cantidad de empresas* y estructura, según región y actividad económica.
Años 2009 y 2010****

<i>Región/Actividad Económica</i>	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región I				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	1.875	1.847	2,7	2,7
Sección B - Explotación de minas y canteras	25	26	0,0	0,0
Sección C - Industrias Manufactureras	7.189	7.170	10,5	10,3
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	11	12	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	609	538	0,9	0,8
Sección F - Construcción	2.290	2.328	3,4	3,3
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	18.862	19.306	27,6	27,8
Sección H - Transporte y almacenamiento	7.984	8.000	11,7	11,5
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	1.934	1.987	2,8	2,9
Sección J - Informática y comunicación	2.393	2.459	3,5	3,5
Sección K - Actividades financieras y de seguros	1.363	1.360	2,0	2,0
Sección L - Actividades inmobiliarias	4.856	4.944	7,1	7,1
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	5.825	5.933	8,5	8,5
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	2.118	2.256	3,1	3,2
Sección O - Administración pública y defensa	8	13	0,0	0,0
Sección P - Enseñanza	1.475	1.553	2,2	2,2
Sección Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	2.968	3.025	4,3	4,3
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	1.396	1.410	2,0	2,0
Sección S - Otras actividades de servicio	3.865	4.208	5,7	6,0
Sección T - Actividades de los hogares	187	208	0,3	0,3
Sección U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	284	278	0,4	0,4
Sección V - Otras	766	703	1,1	1,0
Total	68.281	69.564	100,0	100,0

1/ Promedio anual de las empresas cotizantes.

2/ Los datos del año 2010 corresponden al período Enero-Agosto

En esta región que corresponde al departamento de Montevideo la actividad de Producción agropecuaria, forestación y pesca tiene un peso en el total de sólo un 3%, en los dos años de estudio, en cambio esta actividad representa el 40% en la región II. En dicha región en orden jerárquico se encuentra en segundo lugar la actividad de Comercio al por mayor y al por menor, alrededor de un 23%, y las Industrias Manufactureras son alrededor de un 8% del total.

Cuadro 8 – Continua...

<i>Región/Actividad Económica</i>	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región II				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	8.604	8.390	39,9	38,4
Sección B - Explotación de minas y canteras	26	27	0,1	0,1
Sección C - Industrias Manufactureras	1.667	1.666	7,7	7,6
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	6	6	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	86	75	0,4	0,3
Sección F - Construcción	560	600	2,6	2,7
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	5.018	5.187	23,3	23,7
Sección H - Transporte y almacenamiento	1.303	1.336	6,0	6,1
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	420	444	1,9	2,0
Sección J - Informática y comunicación	285	303	1,3	1,4
Sección K - Actividades financieras y de seguros	134	142	0,6	0,7
Sección L - Actividades inmobiliarias	235	250	1,1	1,1
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	694	708	3,2	3,2
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	378	410	1,8	1,9
Sección O - Administración pública y defensa	3	4	0,0	0,0
Sección P - Enseñanza	285	317	1,3	1,5
Sección Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	454	489	2,1	2,2
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	219	225	1,0	1,0
Sección S - Otras actividades de servicio	903	982	4,2	4,5
Sección T - Actividades de los hogares	45	45	0,2	0,2
Sección U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	1	1	0,0	0,0
Sección V - Otras	256	251	1,2	1,1
Total	21.579	21.859	100,0	100,0

En la región III (Maldonado) la actividad producción agropecuaria, forestación y pesca tiene valores cercanos al 28% en la estructura global, seguida de Comercio al por mayor y menor (22%). En tercer lugar se encuentran las actividades inmobiliarias (8%), lo cual es entendible debido a las características de dicho departamento. En cuarto lugar se encuentran las Industrias manufactureras (6%). Las actividades Transporte y almacenamiento, Alojamiento y servicios de comida y Otras actividades de servicio, y Construcción tienen valores de preponderancia en el global alrededor al 5%. A su vez, las actividades profesionales, científicas y técnicas representan un 4% del total.

Cuadro 8 – Continua...

Región/Actividad Económica	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región III				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	2.930	2.886	28,0	26,8
Sección B - Explotación de minas y canteras	11	10	0,1	0,1
Sección C - Industrias Manufactureras	667	662	6,4	6,2
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	2	2	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado	43	37	0,4	0,3
Sección F - Construcción	500	530	4,8	4,9
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	2.226	2.352	21,3	21,9
Sección H - Transporte y almacenamiento	508	522	4,8	4,9
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	514	543	4,9	5,0
Sección J - Informática y comunicación	132	133	1,3	1,2
Sección K - Actividades financieras y de seguros	63	64	0,6	0,6
Sección L - Actividades inmobiliarias	879	915	8,4	8,5
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	425	430	4,1	4,0
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	301	352	2,9	3,3
Sección O - Administración pública y defensa	10	8	0,1	0,1
Sección P - Enseñanza	137	149	1,3	1,4
Sección Q- Servicios sociales y relacionados con la salud	166	171	1,6	1,6
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	164	156	1,6	1,4
Sección S - Otras actividades de servicio	565	595	5,4	5,5
Sección T - Actividades de los hogares	43	62	0,4	0,6
Sección V - Otras	184	178	1,8	1,7
Total	10.472	10.755	100,0	100,0

Por su parte, en la región IV, la actividad producción agropecuaria, forestación y pesca tiene valores cercanos 47%, siendo la actividad segunda en importancia es la de Comercio al por mayor y menor (22%). Las actividades de Transporte y almacenamiento e Industrias manufactureras comparten el tercer lugar en preponderancia (6% en los dos años).

Cuadro 8 – Continua...

Región/Actividad Económica	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región IV				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	13.163	12.976	46,8	45,6
Sección B - Explotación de minas y canteras	27	31	0,1	0,1
Sección C - Industrias Manufactureras	1.690	1.726	6,0	6,1
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	4	3	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	75	71	0,3	0,3
Sección F - Construcción	544	588	1,9	2,1
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	6.133	6.332	21,8	22,3
Sección H - Transporte y almacenamiento	1.794	1.782	6,4	6,3
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	543	564	1,9	2,0
Sección J - Informática y comunicación	229	243	0,8	0,9
Sección K - Actividades financieras y de seguros	120	117	0,4	0,4
Sección L - Actividades inmobiliarias	237	251	0,8	0,9
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	738	761	2,6	2,7
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	306	363	1,1	1,3
Sección O - Administración pública y defensa	9	12	0,0	0,0
Sección P - Enseñanza	319	349	1,1	1,2
Sección Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	394	412	1,4	1,4
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	226	234	0,8	0,8
Sección S - Otras actividades de servicio	1.100	1.138	3,9	4,0
Sección T - Actividades de los hogares	55	57	0,2	0,2
Sección U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	56	56	0,2	0,2
Sección V - Otras	388	371	1,4	1,3
Total	28.151	28.436	100,0	100,0

En las regiones V y VI las actividades que se encuentran en primer y segundo lugar de jerarquía son las actividades de producción agropecuaria, forestación y pesca y la actividad de comercio, respectivamente. Más del 50% de las empresas se dedican a la producción agropecuaria, forestación y pesca (53% y 52%), le siguen las actividades de Comercio al por mayor y al por menor (en torno al 20%).

Cuadro 8 – Continua...

Región/Actividad Económica	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región V				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	9.801	9.701	52,8	52,1
Sección B - Explotación de minas y canteras	23	21	0,1	0,1
Sección C - Industrias Manufactureras	749	759	4,0	4,1
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	4	4	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	63	58	0,3	0,3
Sección F - Construcción	250	266	1,3	1,4
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	3.596	3.686	19,4	19,8
Sección H - Transporte y almacenamiento	1.055	1.046	5,7	5,6
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	303	316	1,6	1,7
Sección J - Informática y comunicación	149	145	0,8	0,8
Sección K - Actividades financieras y de seguros	91	99	0,5	0,5
Sección L - Actividades inmobiliarias	205	198	1,1	1,1
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	467	487	2,5	2,6
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	191	217	1,0	1,2
Sección O - Administración pública y defensa	2	2	0,0	0,0
Sección P - Enseñanza	152	156	0,8	0,8
Sección Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	303	297	1,6	1,6
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	150	133	0,8	0,7
Sección S - Otras actividades de servicio	738	779	4,0	4,2
Sección T - Actividades de los hogares	17	21	0,1	0,1
Sección U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	37	41	0,2	0,2
Sección V - Otras	212	198	1,1	1,1
Total	18.558	18.626	100,0	100,0

En estas dos regiones las actividades de Transporte y Almacenamiento son un 6% del total y las Industrias Manufactureras son tan sólo un 4% al igual que las Otras actividades de servicio.

Cuadro 8 – Continua...

Región/Actividad Económica	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región VI				
Sección A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	15.237	15.103	53,3	52,4
Sección B - Explotación de minas y canteras	52	51	0,2	0,2
Sección C - Industrias Manufactureras	1.068	1.078	3,7	3,7
Sección D - Suministro de electricidad, gas y vapor	10	9	0,0	0,0
Sección E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	73	66	0,3	0,2
Sección F - Construcción	353	381	1,2	1,3
Sección G - Comercio al por mayor y al por menor	5.812	6.068	20,3	21,1
Sección H - Transporte y almacenamiento	1.607	1.609	5,6	5,6
Sección I - Alojamiento y servicios de comida	532	573	1,9	2,0
Sección J - Informática y comunicación	265	272	0,9	0,9
Sección K - Actividades financieras y de seguros	93	91	0,3	0,3
Sección L - Actividades inmobiliarias	302	295	1,1	1,0
Sección M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	670	669	2,3	2,3
Sección N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	231	271	0,8	0,9
Sección O - Administración pública y defensa	4	6	0,0	0,0
Sección P - Enseñanza	238	263	0,8	0,9
Sección Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	412	411	1,4	1,4
Sección R - Artes, entretenimiento y recreación	171	169	0,6	0,6
Sección S - Otras actividades de servicio	1.022	1.032	3,6	3,6
Sección T - Actividades de los hogares	41	40	0,1	0,1
Sección U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	3	4	0,0	0,0
Sección V - Otras	386	357	1,3	1,2
Total	28.580	28.819	100,0	100,0

A modo de resumen, se puede decir que la actividad producción agropecuaria, forestación y pesca tiene una preponderancia muy importante en las regiones IV, V y VI, y destacada en la región II pero no ocurre lo mismo en las regiones I y III (Montevideo y Maldonado respectivamente) zonas del país más industrializadas. Las regiones I y III corresponden a la capital del país y al departamento de Maldonado, zona turística por excelencia, por lo cual las actividades inmobiliarias son importantes. La actividad de Comercio al por mayor y al por menor tiene una destacada importancia en todas las regiones. Por su parte, la actividad de Transporte y Almacenamiento sólo supera el 10% de preponderancia en el total en la región I, en las otras regiones oscila entre un 8% y 5%. A su vez, la actividad manufacturera en la región I (Montevideo) representa el 10% y en la región II (Canelones) poco más de 7% del total y menos en las otras regiones.

7. Las empresas según naturaleza jurídica y región

Es de interés ver la relación entre las distintas regiones en que fue dividido el país y la naturaleza jurídica de las empresas.

Es pertinente aclarar que las empresas unipersonales en este caso están clasificadas de acuerdo a su definición legal que difiere de la asumida en la clasificación de tamaño expuesta en la sección anterior. Legalmente se considera una empresa como unipersonal si tiene un único titular (qué puede tener cónyuge colaborador o no) sin importar la cantidad de empleados (dependientes) que la misma tenga.

También en esta sección del trabajo se hizo el estudio de las empresas para los doce meses de año 2009 y para el período comprendido entre los meses Enero-Agosto de 2010.

En el cuadro 9, con la finalidad de simplificar su presentación, se agruparon en la categoría "Otras" las empresas pertenecientes a distintas naturalezas jurídicas que tienen un peso en el total de cada región menor al 1% y en la que se consideran por ejemplo Cooperativa de Ahorro, Cooperativa de Vivienda, Corporaciones, Sociedad Ganadera, Sociedad Agraria, etc..

En la región I si se clasifican a las empresas por naturaleza jurídica, se ve que las unipersonales representan más del 56% del total de empresas, las sociedades de responsabilidad limitada superan el 16%, las sociedades anónimas representan un 13,5% del total, las sociedades de hecho un 6,4%, los edificios de propiedad horizontal 4,2%. Siendo la representación de las restantes categorías de naturaleza jurídica marginal, por ejemplo asociación es un 1.7%.

Cuadro 9 – Cantidad de empresas* y estructura, según región y naturaleza jurídica. Años 2009 y 2010**

<i>Región/Naturaleza jurídica</i>	Cantidad		Estructura	
	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Región I				
Empresa Unipersonal	38.395	39.355	56,2	56,6
Sociedad de Responsabilidad Limitada	11.141	11.197	16,3	16,1
Sociedad Anónima	9.240	9.376	13,5	13,5
Sociedad de Hecho	4.372	4.421	6,4	6,4
Asociación	1.177	1.183	1,7	1,7
Edificio en Propiedad Horizontal	2.849	2.899	4,2	4,2
Otras	1.107	1.133	1,6	1,6
Total	68.281	69.564	100,0	100,0
Región II				
Empresa Unipersonal	16.130	16.435	74,7	75,2
Sociedad de Responsabilidad Limitada	1.500	1.529	7,0	7,0
Sociedad Anónima	1.070	1.088	5,0	5,0
Sociedad de Hecho	1.866	1.913	8,6	8,8
Asociación	178	183	0,8	0,8
Edificio en Propiedad Horizontal	23	28	0,1	0,1
Otras	811	683	3,8	3,1
Total	21.579	21.859	100,0	100,0
Región III				
Empresa Unipersonal	7.051	7.238	67,3	67,3
Sociedad de Responsabilidad Limitada	790	818	7,5	7,6
Sociedad Anónima	956	977	9,1	9,1
Sociedad de Hecho	884	910	8,4	8,5
Asociación	95	98	0,9	0,9
Edificio en Propiedad Horizontal	549	564	5,2	5,2
Otras	147	151	1,4	1,4
Total	10.472	10.755	100,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de información proporcionada por ATYR, BPS.

*Promedio anual de las empresas cotizantes.

** Los datos del año 2010 corresponden al período Enero-Agosto

En cambio, en la región II las empresas unipersonales superan el 74% en su ponderación en el total para ambos años de estudio, en detrimento de las restantes categorías. Le siguen en importancia sociedades de hecho con más de un 8%. Algo similar ocurre en la región III, siendo las unipersonales un 67,3% del total de empresas. Le siguen en importancia las sociedades anónimas con 9% y sociedades de hecho con 8,5% y las sociedades de responsabilidad limitada tienen un 7,6% del total.

En las regiones IV, V y VI las sociedades de hecho oscilan entre el 11,2% y el 14,9% y las unipersonales se encuentran en niveles por encima del 70%. Por su parte en estas regiones las Sociedades de Responsabilidad Limitada y las Sociedades Anónimas ponderan en el total entre 4% y 6%. Manteniendo el primer lugar las empresas unipersonales.

Cuadro 9 – Continua...

Región/Naturaleza jurídica	Cantidad		Estructura	
	2009	2010	2009	2010
Región IV				
Empresa Unipersonal	19.983	20.255	71,0	71,2
Sociedad de Responsabilidad Limitada	1.825	1.899	6,5	6,7
Sociedad Anónima	1.519	1.576	5,4	5,5
Sociedad de Hecho	3.508	3.414	12,5	12,0
Asociación	307	310	1,1	1,1
Edificio en Propiedad Horizontal	10	12	0,0	0,0
Otras	999	970	3,5	3,4
Total	28.151	28.436	100,0	100,0
Región V				
Empresa Unipersonal	13.282	13.335	71,6	71,6
Sociedad de Responsabilidad Limitada	1.126	1.190	6,1	6,4
Sociedad Anónima	1.045	1.038	5,6	5,6
Sociedad de Hecho	2.126	2.080	11,5	11,2
Asociación	206	209	1,1	1,1
Edificio en Propiedad Horizontal	29	31	0,2	0,2
Otras	744	744	4,0	4,0
Total	18.558	18.626	100,0	100,0
Región VI				
Empresa Unipersonal	20.088	20.444	70,3	70,9
Sociedad de Responsabilidad Limitada	1.600	1.639	5,6	5,7
Sociedad Anónima	1.259	1.267	4,4	4,4
Sociedad de Hecho	4.256	4.124	14,9	14,3
Asociación	327	323	1,1	1,1
Edificio en Propiedad Horizontal	25	25	0,1	0,1
Otras	1.025	998	3,6	3,5
Total	28.580	28.819	100,0	100,0

Si comparamos las empresas según su naturaleza jurídica de las distintas regiones, se observa que en todas las zonas predominan las empresas unipersonales en el total de las empresas. Las sociedades de hecho se encuentran en segundo lugar de importancia en todas las regiones excepto en la región I. Las sociedades de responsabilidad limitada y las sociedades anónimas tienen destacada preponderancia en la región I y menor grado en las otras regiones, aunque manteniendo relativa importancia.

8. Conclusiones

El presente trabajo tuvo la finalidad de analizar a las empresas que cotizan contribuciones de seguridad social en relación a una clasificación del Uruguay en distintas regiones. Para este análisis regional, se tomó en cuenta el concepto del Desarrollo Económico Territorial Endógeno (DETE) elaborado por el Ec. Adrián Rodríguez Miranda. En base a esta clasificación dividimos a nuestro país en seis regiones. Las regiones son las siguientes: las tres primeras corresponden a los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado, la cuarta región está integrada por los departamentos de Colonia, Florida, Flores, Paysandú y San José, la quinta región pertenecen Lavalleja, Río Negro, Salto y Soriano. La

sexta y última región está conformada por Artigas, Durazno, Rivera, Treinta y Tres, Rocha, Tacuarembó y Cerro Largo.

El análisis de la evolución de las empresas a nivel regional en el período 2002-2010 muestra que la región III (Maldonado), fue la que creció más en términos porcentuales, aunque en cantidad quien hizo lo propio fue la región I (Montevideo). En los primeros años del período de estudio cayó la actividad económica y por ende la cantidad de empresas, luego la situación económica se revierte y la tendencia de las empresas también.

Al clasificar las empresas por tamaño y región se destaca que las empresas medianas de la región III aumentaron en más del doble en el período de estudio. Además se dan ciertas particularidades tales como que las microempresas que son un 41% del total de empresas de la región II en el año 2010, crecieron solamente un 9%. En cambio, las empresas grandes con poca preponderancia en las distintas regiones (no llegan al 1% en la región I y en las restantes representan un 0.2%) son las de las que más crecieron. Es decir, crecieron las empresas de ciertas categorías de tamaño económico que no tienen una preponderancia importante en la estructura de cada región.

En todas las regiones, al clasificar por tamaño económico se notó, que las de mayor importancia en el total son las microempresas y las unipersonales, aunque las empresas que más crecieron en cantidad en el período fueron las medianas y grandes.

Al analizar a las empresas por actividad económica y región para los años 2009 y 2010 se ve la disparidad entre la región I (Montevideo) con baja actividad de Producción agropecuaria, forestación y pesca (3%) y las otras regiones con gran jerarquía (varía entre 28% y 53%). La segunda actividad en importancia, independientemente de la región, es la sección Comercio al por mayor y al por menor. También son actividades destacadas el Transporte y Almacenamiento. Las actividades inmobiliarias se destacan en los grupos I y III (Montevideo y Maldonado respectivamente), como es de esperar. Las actividades de Manufacturas tienen su mayor participación en las regiones I y II (Montevideo y Canelones).

Finalmente, al clasificar a las empresas según su naturaleza jurídica, las de mayor importancia, en todas las regiones, son las que tienen un único titular sin importar la cantidad de empleados que la misma tenga, es decir las unipersonales. Las sociedades de hecho se encuentran en segundo lugar de importancia en todas las regiones (excepto en la región I). Las sociedades de responsabilidad limitada y las sociedades anónimas gravitan en la región I y menor nivel en las demás regiones.

9. Bibliografía

Audretsch, D, Thurik, R. (2001). Linking entrepreneurship to growth, Working papers 2001/2, OECD.

Barrenechea, P. y Troncoso, C. (2008). El índice de Competitividad Regional. ¿Qué cambios tuvo la competitividad por departamentos en una década? PNUD-ART.

EUROSTAT. (2001). Manual on Business Demography Statistics, OECD.

Fundación INCYDE. La creación de Empresas en España. Análisis por regiones y sectores. (2001). Consejo Superior de Cámaras. Unión Europea. Fondo Social Europeo.

Naranja Sotelo, M. (2010). Evolución de las empresas cotizantes al BPS 2002 – 2009. Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad.

Rodríguez Miranda, A. (2010) Desarrollo Económico en el Noreste de Uruguay. Articulación rural urbana y organización productiva. Noviembre de 2006. Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas. Serie Documentos de Trabajo. DT 03/10.

Rodríguez Miranda, A., Sienra, Mariana. (2008). Claves del Desarrollo Local. El caso de Treinta y Tres. Una metodología del análisis aplicada. Editorial FIN de SIGLO.

Rodríguez Miranda, A. (2006). Desarrollo Económico Territorial Endógeno. Teoría y aplicación al caso uruguayo. Junio de 2006. Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas. Serie Documentos de Trabajo. DT 02/06.

Rodríguez Miranda, A. (2005). Determinantes del desarrollo departamental en Uruguay. Una aproximación desde la teoría del Desarrollo Endógeno. Investigación para la obtención del DEA (Master) en el marco del Programa de Doctorado en Integración y Desarrollo Económico de la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Economía, Dpto. de Estructura Económica y Economía del Desarrollo, Madrid.

ANALISIS DEL EQUILBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL REGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (I)

Planteo del Modelo Matemático-Actuarial

Cr. Luis Camacho

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL RÉGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (I)

PLANTEO DEL MODELO MATEMÁTICO-ACTUARIAL

Consideraciones Previas

El análisis de las expectativas se realizará a partir de la formulación matemático-actuarial del equilibrio financiero individual. El planteo específico del modelo se realizará en la primera parte de este estudio.

Posteriormente, en la parte II se evaluarán los resultados que surgen de la aplicación práctica del modelo al régimen previsional mixto, tanto respecto a los desequilibrios financieros individuales que se prevén para las nuevas generaciones de afiliados, como por las inconsistencias que se presentan en las tasas de reemplazo del régimen establecido por la ley 16.713.

En la parte III, se plantea una hipotética reforma paramétrica que levanta las inconsistencias que se detectan en la parte II.

Introducción a la formulación del modelo

En este análisis nos ocuparemos de los elementos más importantes y típicos, para facilitar la comprensión de los aspectos matemáticos. Si se dan ejemplos no tendrán en ningún caso carácter exhaustivo, únicamente ilustrativos. Igualmente, los hechos esenciales serán seleccionados y presentados de manera informativa, y no se acompañarán con ningún comentario sociopolítico.

A los efectos de exponer algunos aspectos generales sobre la ecuación de equilibrio financiero individual asociada a un afiliado promedio, supondremos para simplificar el análisis, que existe una única edad de inicio de la actividad que denotamos "ei" y una única edad de retiro "er".

Consideremos una cohorte homogénea tanto en cuanto a la igualdad de niveles de salud, salariales, de sexo, etc, que inicia la actividad a la edad e_i y cuyo número es igual a " l_{e_i} ".

Existen tres formas de eliminación de la actividad laboral: una por jubilación, otra por la mortalidad y en tercer lugar por invalidez. Bajo este marco, los tres tipos de prestaciones que se evaluarán desde el punto de vista financiero serán:

- 1) Jubilaciones o pensiones por vejez.

El derecho a esta prestación está casi siempre relacionado con un cierto límite de edad y al cumplimiento de un período de trabajo prescrito.

Para muchos regímenes, tener derecho a la jubilación no implica ninguna condición de jubilación efectiva, para otros, por el contrario, el pago de la prestación está sujeto al cese de una actividad remunerada.

En cuanto al monto de la prestación, en los regímenes que el mismo depende total o parcialmente del salario asegurado, esta dependencia se establece por medio de la “base de cálculo de la jubilación”. En general, ésta es un promedio determinado de los salarios asegurados (Sueldo Básico Jubilatorio), por ejemplo el de los tres, cinco o diez últimos años, o bien de los cinco o diez “mejores” años, o aún en un caso extremos el promedio de la totalidad del período de aseguramiento. En estos casos para la fijación del importe de la jubilación inicial, al SBJ se le multiplica por una tasa que se denomina “Tasa de Reemplazo” o Sustitución que depende de la edad de retiro y en muchos casos además de los años de aportes al sistema.

2) Jubilaciones o pensiones por invalidez.

El pago de una prestación de este tipo está sujeto a una condición fundamental: la existencia de un estado de “invalidez” tal como lo define la ley. A pesar de las diferencias en las definiciones legales las nociones de invalidez pueden clasificarse en dos grandes categorías: i) la invalidez profesional; ii) la invalidez general.

El nivel de la prestación inicial, se calcula en la mayoría con la misma fórmula que la jubilación por vejez, aún cuando la tasa de reemplazo muchas veces no depende de los años de actividad anteriores.

3) Pensiones de sobrevivientes

Se otorgan en caso de fallecimiento de un activo o un jubilado. Las dos principales categorías de sobrevivientes que pueden pretender una pensión son las viudas y los hijos de los fallecidos.

Ciertos regímenes prevén el otorgamiento de pensiones de viudez sin ninguna condición particular, mientras que otros la otorgan únicamente bajo ciertas condiciones, como una edad mínima determinada, la invalidez o el mantenimiento de hijos.

Excluyendo a los regímenes de tasa uniforme que prevén una tasa especial para la pensión de viudez, ésta se determina normalmente en una fracción del sueldo en actividad del cónyuge fallecido.

Reglas parecidas se aplican a las pensiones de orfandad, a menos que se consideren suplemento de la pensión de viudez.

Funciones intermedias utilizadas

Para la aplicación de esta técnica se necesitan definir una serie de funciones especiales de conmutación. Consideremos el caso de una cohorte del sexo masculino al cumplir x años de edad:

- **Funciones relacionadas con los sobrevivientes a la edad x**

- l_x es el número de sobrevivientes de una cohorte de hombres nacidos en la misma fecha. Se verifica la siguiente propiedad:

$$l_{x+1} = l_x * (1-q_x)$$

donde q_x es la probabilidad de muerte entre las edades x y $x+1$

- **ACTIVOS**

- l_{ax} es el número de activos sobrevivientes de una cohorte de activos iniciales a la edad e_i (inicio de la actividad). A los efectos de nuestro desarrollo siguiente, se cumplen las siguientes propiedades:

$$l_{x+1}^a = l_{e_i}^a * (1 - q_x - i_x)$$

donde i_x es la probabilidad de que un activo se invalide entre la edad x y $x+1$ (generando una jubilación por invalidez).

- **INVALIDOS**

- $l_x^i = l_x - l_x^a$ es el número de inválidos vivos a la edad x para $x < e_r$, donde e_r es la edad de retiro prevista. Además en el análisis se consideran tablas comunes para inválidos y activos.

- $l_{x+1}^i = l_x^i * (1-q_x)$ para $x \Rightarrow e_r$, a consecuencia de que los activos se jubilan a una edad única que definimos por e_r .

- **JUBILADOS**

- $l_{er}^j = l_{er}^a$ número de jubilados a la edad de retiro

- $l_{x+1}^j = l_x^j * (1-q_x)$ para $x \Rightarrow e_r$, a consecuencia de que los activos se jubilan a una edad única que definimos por e_r .

- **VIUDAS**

- l_x^v es el número de viudas de edad x

- **VALORES DE CONMUTACIÓN**

- $D_x^z = l_x^z * v^x$ es el valor actualizado a la fecha de nacimiento de un peso anual pagado/cobrado a cada uno de los miembros de la cohorte z a la edad x .

- D_x^z / D_y^z valor actualizado a la edad y en el que la persona de la cohorte z está con vida, de un peso cobrado/pagado a la edad x si llega con vida a esa edad.

En tal sentido podemos establecer las siguientes relaciones

z	=	Cohorte
a		Activos
i		Inválidos
j		Jubilados
v		Viudas
“ “		Total

$$- N_x^z = \sum_{t=x+1}^w D_t^z$$

valor actualizado al nacimiento de los pagos unitarios recibidos/pagados por los miembros sobrevivientes de la cohorte de los l_x vivos a la edad x y en edades sucesivas.

$$- a_x^z = N_x^z / D_x^z$$

valor actualizado a la edad x , de una renta vitalicia de un peso por año que recibiría un miembro tipo de la cohorte.

$$- a_x^{z(12)} = (a_x^z + 11/24) * 12$$

valor actualizado a la edad x , de una renta vitalicia de un peso mensual que recibiría un miembro tipo de la cohorte.

$$- a_{x+0.5}^{z(12)} = ((a_x^z + a_{x+1}^z)/2 + 11/24) * 12$$

valor actualizado a la edad $x+0.5$ de una renta vitalicia de un peso mensual que se comienza a pagar/percibir a esa edad, que recibiría un miembro tipo de la cohorte.

- Función basada en la permanencia en la actividad

$$- C_{x/1}^{aa} = a_{x/1}^{a(12)} * (D_x^a / D_{ei}^a)$$

El primer factor expresa el valor a la edad x de una renta unitaria mensual temporaria por un año. El producto calcula el valor a la fecha de nacimiento de la cotización de todos los activos de edad x .

- Función basada en la invalidez de los activos ($ei \leq x$)

$$- C_x^{ai} = i_x * v^{0.5} * a_{x+0.5}^{i(12)} * (D_x^a / D_{ei}^a)$$

Valor a la edad de inicio de la actividad de una renta vitalicia unitaria por jubilación por invalidez que se inicia a la edad x .

- Función basada en la jubilación por vejez ($x = er$)

$$- C_{er}^{aj} = a_{er}^{j(12)} * (D_{er}^j / D_{ei}^a)$$

El primer factor expresa el costo de una renta vitalicia mensual valorado a la edad de retiro.

El producto calcula el valor a la fecha de nacimiento del costo de la jubilación asociada a la cohorte de jubilados.

- **Funciones basadas en el fallecimiento de activos ($x \leq er$)**

- $P_{\beta(x,z)}$ es igual a la probabilidad de que se pague una pensión de tipo β correspondiente a una persona fallecida a la edad x luego de transcurridos z años. Por lo que $P_{\beta(x,0)}$ es la probabilidad en el momento de fallecimiento.

- $\beta = 1$ ó $\beta = 2$ según la composición de la cédula pensionaria (el primer caso se da cuando los sobrevivientes son dos o más (debe estar incluida la viuda), el segundo cuando hay componentes en la cédula con derechos pensionarios pero no está viva la viuda o los hijos menores.

$$- I_{\beta x+z} = P_{\beta(x,z)} * I_x^a$$

$$- N_{\beta x+1} = \sum_{z=1}^{z=w} P_{\beta(x,z)} * I_x^a * v^z$$

es el valor a la fecha de los fallecimientos a la edad x , de un peso pagado, a partir del aniversario del fallecimiento, a cada cédula pensionaria formada por sobrevivientes con derecho a pensión por sobrevivencia.

- $a_{\beta x} = N_{\beta x+1} / I_{\beta x} * v^x$ es el valor actual de un peso a cobrar a fin de cada año por una cédula pensionaria que en el momento de fallecimiento tiene derecho a cobrar la pensión tipo β .

$$- C_{\beta x}^a = q_x * v^{0.5} * a_{\beta x+0.5}^{(12)} * P_{\beta(x,0)} * (D_x^a / D_{ei}^a)$$

Valor a la edad de inicio de la actividad del causante de una renta vitalicia unitaria por pensión de un núcleo familiar con derecho a pensión por el fallecimiento a la edad x . El último factor es la probabilidad de que la cédula pensionaria tenga derecho a la pensión en el momento del fallecimiento.

- **Funciones basadas en el fallecimiento de inválidos. ($x \Rightarrow ei$)**

Se aplican las funciones del punto anterior incorporando en la última expresión a D^i en lugar de D^a , por lo que resulta:

$$- C_{\beta x}^i = q_x * v^{0.5} * a_{\beta x+0.5}^{i(12)} * P_{\beta(x,0)} * (D_x^i / D_{ei}^a)$$

Valor a la edad de inicio de la actividad del causante de una renta vitalicia unitaria por pensión de un núcleo familiar con derecho a pensión por el fallecimiento a la edad x . El último factor es la probabilidad de que la cédula pensionaria tenga derecho a la pensión en el momento del fallecimiento.

- **Función basada en el fallecimiento de los jubilados por vejez ($er \leq x$)**

En principio se aplican idénticas expresiones que para los otros casos de pensiones por sobrevivencia, en este caso cambiando D^a por D^j , por lo que la expresión a aplicar sería la siguiente:

$$- C_{\beta x}^j = q_x * v^{0.5} * a_{\beta x+0.5}^{(12)} * P_{\beta(x,0)} * (D_x^j / D_{ei}^a)$$

No obstante, como se supone que en el caso de fallecimiento de un jubilado, la cédula pensionaria está formada por sólo la esposa y que la pensión es un 66% de la jubilación por lo que $\beta=2$, se cumplen la siguiente relaciones.

$$- C_{2x}^j = q_x * v^{0.5} * a_{x-3+0.5}^{(12)} * P_{2(x,0)} * (D_x^j / D_{ei}^a)$$

En el caso de hombres fallecidos suponemos una esposa de tres años menos, por lo que la renta a favor de la pensionistas debe calcularse a partir de una tabla de mortalidad femenina con inicio a la edad $x-3+0.5$. Por lo tanto el subíndice x que figura en la renta indica la edad en la que fallece el jubilado.

Valores Actuales de cotizaciones y prestaciones

Las siguientes expresiones son relativas a un afiliado cotizante promedio de un sexo específico y que comienza su actividad a la edad "ei". Los valores de todos los costos y contribuciones se expresan a esa edad de inicio.

- **Valor actual de las cotizaciones de aportes**

El valor de los aportes entre el período de inicio de la actividad y la edad de retiro puede ser planteado como sigue:

$$- VAA_p = \sum_{t=ei}^{t=er-1} [C_{t/1}^{aa} * Mov(t) * Sal(ei) * Densi] * TC$$

Donde:

- $C_{t/1}^{aa}$ valor a la edad de inicio de la actividad de una renta de un peso mensual por un año que se inicia en t para los activos.

- $Mov(t)$ es la curva de movilidad salarial vertical cuyo valor a la edad ei es 1.

- $Sal(ei)$ es el salario a la edad inicial.

- $Densi$ es la densidad de cotización promedio de ei a er , es igual a la proporción del período de cotización respecto al período total de actividad, de amplitud $er - ei$.

- TC es la tasa de contribución, que para el caso de un esquema de prestación definida es la variable a despejar de la ecuación de equilibrio individual que se definirá más adelante.

- **Valor actual del costo de las jubilaciones por invalidez**

Si consideramos el caso de un hombre que inicia su actividad a la edad e_i podemos plantear la fórmula del costo esperado de una jubilación por invalidez unitaria como sigue:

$$- VAJ_i = \sum_{t=e_i}^{t=e_r-1} C^{aj}_t * SBJ^{ei}_t * TRI_t$$

Donde:

- C^{aj}_t valor a la edad de inicio de la actividad de un activo de una renta vitalicia unitaria para activos que se invalidan en t .

- $SBJ^{ei}_t * TRI_t$ es la jubilación por invalidez mensual generada en el año t expresada en términos de salarios de la edad e_i .

El sueldo básico jubilatorio se calcula como el promedio actualizado (por el índice medio de salarios) de los salarios de los 10 últimos años ó los 20 mejores años de actividad con ciertas particularidades.

- **Valor actual del costo de las jubilaciones por vejez**

Si consideramos el caso de un jubilado hombre a la edad x_r podemos plantear la fórmula del costo esperado como sigue:

$$- VAJ_j = C^{aj}_{er} * SBJ^{ei}_t * TR_{er}$$

Donde:

- C^{aj}_{er} valor a la edad de inicio de la actividad de la jubilación por vejez de una jubilación unitaria mensual vitalicia que se inicia en er .

- $SBJ^{ei}_t * TR_{er}$ es la jubilación por vejez mensual generada en el año er expresada en términos de salarios de e_i .

El sueldo básico jubilatorio se calcula como el promedio actualizado (por el índice medio de salarios) de los salarios de los 10 últimos años ó los 20 mejores años de actividad con ciertas particularidades.

- **Valor actual del costo de pensiones de sobrevivencia por fallecimiento de activos cotizantes**

$$- VAP^a_{ei} = \sum_{\beta=1}^{\beta=2} \sum_{t=e_i}^{t=e_r-1} [C^a_{\beta t} * JI_t * \% P_{\beta}]$$

Donde:

- $C_{\beta t}^a$ valor a la edad de inicio de la actividad del causante que fallece a la edad t de una renta vitalicia unitaria por pensión de un núcleo familiar con derecho a pensión tipo β .
- Primer Σ suma del valor actual de rentas asociadas a los dos grupos de supérstites.
- $JI_t * \% P_{\beta}$ pensión mensual de los supérstites
- Valor actual del costo de pensiones de sobrevivencia por fallecimiento de jubilados por invalidez

$$- VAP_{ei}^i = \sum_{\beta=1}^{\beta=2} \sum_{t=ei}^{t=w} [C_{\beta t}^i * JI_t * \% P_{\beta}]$$

$\% P_{\beta}$ es el porcentaje de la jubilación que tiene derecho el núcleo familiar. En caso de que en el mismo esté compuesto por la esposa e hijos el porcentaje es el 75%, en caso contrario es el 66% de la jubilación.

- **Valor actual del costo de pensiones de sobrevivencia por fallecimiento de jubilados por vejez**

$$- VAP_{ei}^p = \sum_{t=er}^w [C_{t}^{jv} * J_{er} * \% P_{\beta}]$$

$\% P_{\beta}$ es el porcentaje de la jubilación que tiene derecho la pensionista esposa. En este caso el porcentaje del 66% de la jubilación, porque se supone que no existen hijos menores con derecho a pensión.

Ecuación del Equilibrio Financiero

El equilibrio financiero se obtiene cuando se cumple que los ingresos esperados sean iguales a los egresos por prestaciones. De forma tal que para que se cumpla la igualdad entre los valores actualizados de las contribuciones y prestaciones se tiene que verificar la siguiente relación:

$$VAA_p = [VAJ_i + VAP_i + VAP_a + VAP_j + VAJ_j]$$

Si complementariamente se incluyen en el análisis dos posibles tipos de costos:

- **c1** = comisiones por administración de fondos
- **c2** = comisiones por administración de prestaciones

$$VAA_p * (1-c1) = [VAJ_i + VAP_i + VAP_a + VAP_j + VAJ_j] * (1+c2)$$

Si adicionalmente definimos las siguientes expresiones:

$$\text{Cosact} = \text{VAJ}_i + \text{VAP}_i + \text{VAP}_a$$

$$\text{Cosvej} = \text{VAJ}_j + \text{VAP}_j$$

Por lo tanto podemos replantear la ecuación anterior de la siguiente forma:

$$\text{VAA}_p * (1-c1) = [\text{Cosact} + \text{Cosvej}] * (1+c2)$$

Adicionalmente podemos plantear las siguientes expresiones:

$$\text{VAA}_p = \text{VAA}_p(1) * \text{TC} \quad \text{y}$$

$$\text{Cosvej} = \text{Cosvej}(1) * \text{SBJ}_{ei} * \text{TR}_{er}$$

Por lo que la ecuación de equilibrio puede ser visualizada en la siguiente forma:

$$\text{VAA}_p(1) * \text{TC} * (1-c1) = [\text{Cosvej}(1) * \text{SBJ}_{ei} * \text{TR}_{er} + \text{Cosact}] * (1+c2)$$

Se presentan ahora dos variables en la ecuación (TC y TR_{er}). Para resolver la ecuación debemos fijar una de ellas para hallar a la restante.

Seguidamente consideramos los dos casos extremos que se presentan en la práctica.

a) Sistema con prestación definida

En sentido estricto, en estos sistemas lo que está definida es la tasa de reemplazo TR_{er}, puesto que la prestación depende además del Sueldo Básico Jubilatorio que depende de la movilidad salarial vertical.

A continuación presentaremos el caso de un afiliado activo al BPS que se mantenga exclusivamente en el sistema solidario y luego el de un afiliado con ingresos inferiores al Nivel 1 de la ley 16.713 que haya optado por integrarse al régimen de ahorro individual.

a.1). Afiliado comprendido sólo en el régimen de reparto

Para hallar la tasa de aporte global de equilibrio basta con despejar TC de la ecuación anterior, en cuyo caso se cumpliría que:

$$\text{TC} = \left[\frac{\text{B}}{\text{VAA}_p(1) * (1-c1)} \right]$$

Donde "B" es igual al segundo miembro de la ecuación de equilibrio planteada anteriormente.

Resulta evidente que cuando c1=c2=0 hallamos la tasa de equilibrio financiera pura del sistema de financiación individual.

a.2). Afiliado con opción por el artículo 8 de la ley 16.713

En este caso suponemos un afiliado con ingresos inferiores al nivel 1 de la ley que haya optado por integrarse además al régimen de ahorro individual, por lo cual la mitad de su aporte personal se destinará a ese régimen. Además consideramos que con la opción se beneficia con la bonificación del 50% en el Sueldo Básico Jubilatorio obtenido a partir del cómputo del sueldo que es afectado al régimen solidario (50%).

Como en este caso se mantiene en el régimen solidario el 100% de los aportes patronales y se resta el 50% de los aportes personales, debemos desagregar la tasa de contribución de la siguiente forma:

$$TC = TCpat + TCper$$

Donde **TCpat** es la tasa de aportes patronales y **TCper** es la tasa de contribuciones personales del afiliado.

En este caso el valor actual de las contribuciones (**VAapS**) puede ser expresado de la siguiente forma:

$$VAapS = VAap(1) * TCpat + VAap(1) * TCper/2$$

Como el sueldo básico jubilatorio debe ser la mitad del correspondiente al caso anterior, pero asimismo bonificado con un 50%, todos los valores actuales asociados a las prestaciones debe estar afectado por el factor $1.5/2 = 0.75$

En consecuencia, la ecuación que permite hallar la tasa de equilibrio sería la siguiente:

$$TCpat + TCper/2 = \left[\frac{B}{VAap(1) * (1-c1)} \right] * 0.75$$

Como en el régimen previsional administrado por el BPS la tasa de contribución personal está fijada en un 15%, la variable que debe equilibrar financieramente el sistema es la tasa de contribución patronal sobre el salario total, que resulta igual a la siguiente expresión:

$$TCpat = \left[\frac{B}{VAap(1) * (1-c1)} \right] * 0.75 - 0.075$$

Este resultado debe ser tomado con cautela ya que si bien se aplicaría a más del 90% de los afiliados activos al sistema, los restantes tendrían asociado otro tipo de formulación, que en esta oportunidad no será analizado.

b) Sistema con contribución definida

Cuando nos referimos a que la aportación está definida, queremos significar que la tasa de contribución es conocida, por lo que para hallar el equilibrio debemos despejar TR.

b.1) Cálculo de la tasa de reemplazo

Se presentan en teoría dos posibles casos:

i. Todos los costos integrados

En este caso, la tasa de contribución total debe cubrir la totalidad de los costos los que deben ser incluidos en la ecuación de equilibrio financiero. En este caso se debe cumplir:

$$TR_{er1} = \frac{A - \text{Cosact} * (1+c2)}{\text{Cosvej}(1) * (1+c2)}$$

Con "A" igual al primer término de la ecuación de equilibrio planteada anteriormente.

Se puede apreciar que suponemos conocida y constante la tasa de reemplazo por invalidez. En caso contrario, para que el sistema tenga solución ésta debe ser definida como una proporción de la tasa de reemplazo por vejez.

ii. Con costos desagregados

Los costos asociados a las prestaciones por invalidez (jubilaciones y pensiones de sobrevivientes de inválidos) y pensiones de sobrevivientes de activos, se financian de forma separada. Por lo tanto estos costos deben ser excluidos de la ecuación.

Como contrapartida, se debe incorporar a la ecuación una tasa c3 destinada a la financiación de las prestaciones desagregadas.

Por lo tanto la ecuación resultante sería la siguiente:

$$TR_{er2} = \frac{A (1-c3)}{\text{Cosvej}(1) * (1+c2)}$$

El nivel de la tasa de reemplazo en ambos casos será igual siempre que $A*c3$ cubra exactamente los costos desagregados.

b.2) Cálculo del Factor de Rentas

Cuando consideramos una sistema de aportación definida con ahorro individual capitalizado en una cuenta personal ó con un sistema de reparto nocional, interesa conocer el factor de renta a la edad de retiro que aplicado al capital acumulado a esa fecha permita fijar el nivel de la prestación mensual.

i. Costo a la edad de inicio de la actividad

El costo a la edad de inicio de la actividad (CEI), se puede plantear como:

$$\text{CEI} = \text{Cosvej} * (1+c2)$$

Además definimos a $\text{Cosvej} = \text{Cosvej}(1) * \text{SBJ}_{ei} * TR_{er}$

Entonces obtenemos lo siguiente:

$$\text{CEI} = \text{Cosvej}(1) * (1+c2) * \text{SBJ}_{ei} * \text{TR}_{er}$$

Dónde:

- **Cosvej(1)** es el costo un peso mensual de la jubilación por vejez más los costos asociados a las pensiones por sobrevivencia sobre un peso de jubilación.

- **SBJ_{ei}** es el sueldo básico jubilatorio a niveles de sueldo de la edad ei.

ii. Costo a la edad de inicio de la jubilación

El costo a la edad de inicio de la jubilación (**CER**), puede ser calculado a partir de CEI, multiplicado por los siguientes tres factores:

1. En primer término el financiero, ya que los flujos de fondos deben ser descontados a la tasa de interés técnico, aplicando el siguiente factor:

$$\text{Financiero: } v^{ei-er}$$

2. En segundo lugar, se debe tener en cuenta que para valorar en er, es preciso que la persona llegue con vida a esa edad, partiendo de la edad cierta de inicio de la actividad ei. Este factor es:

$$\text{Sobrevivencia: } I_{ei}^a / I_{er}^a$$

3. En tercer término los valores monetarios deben estar expresados en términos de los salarios vigentes a la edad de retiro, por lo tanto debemos actualizar tanto los salarios como las jubilaciones a ese instante mediante este factor:

$$\text{Salarios: } (1+s)^{er-ei}$$

El resultado es el siguiente:

$$\text{CER} = \text{Cosvej}(1) * (1+c2) * (D_{ei}^a / D_{er}^a) * \text{SBJ}_{er} * \text{TR}_{er}$$

Dónde: $\text{SBJ}_{er} = \text{saj}_{ei} * (1+s)^{er-ei}$

En consecuencia el Factor de Rentas puede ser expresado de la siguiente forma:

$$\text{FR}_{er} = 1 / [\text{Cosvej}(1) * (1+c2) * (D_{ei}^a / D_{er}^a)]$$

Puesto que el nivel de la jubilación inicial ($\text{TR}_{er} * \text{SBJ}_{er}$), puede ser calculado a partir del cociente de:

$$\text{TR}_{er} * \text{SBJ}_{er} = \text{CER} * \text{FR}_{er}$$

Es de destacar que entre otros aspectos, el nivel de los factores de rentas aprobados por el Banco Central no coincide con la formulación anterior, especialmente por el tratamiento dado a las pensiones por sobrevivencia y a las tablas de mortalidad utilizadas por cuanto incluyen recargos de seguridad que inciden significativamente en los resultados finales.

Consideraciones Finales

En base a las formulaciones genéricas establecidas anteriormente, se confeccionó un programa de computación que permite obtener los valores de las variables del sistema ante distintos valores de los parámetros, los cuales pueden ser modificados en forma simple. De esta forma se pueden apreciar rápidamente el efecto en el equilibrio financiero individual que producen cambios de los parámetros básicos del sistema.

El programa permite realizar los cálculos tanto para tasas de mortalidad estáticas como dinámicas así como para los casos de revaluaciones de pasividades según cambios tanto salariales o en los precios.

Se plantearon cuatro módulos generales, dos corresponden a los casos generales de prestaciones definidas y de contribuciones definidas y dos a los específicos del régimen provisional uruguayo.

Las características más comunes de los diversos módulos son que se puede evaluar el equilibrio financiero individual considerando tres tipos posibles de movilidad salarial vertical, tres tipos de pensiones por sobrevivencia diferentes, separación por sexo, diversas densidades de cotización y la posibilidad de incorporar al análisis comisiones sobre salarios y/o sobre prestaciones.

Este programa será utilizado en las partes II y III donde se analizarán por un lado la coherencia de los diversos parámetros de la ley 16.713 y por otro una posible reforma paramétrica dinámica de aplicable a las nuevas generaciones de afiliados.

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL RÉGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (II)

Evaluación de la consistencia de las Tasas de
Reemplazo del Régimen vigente

Cr. Luis Camacho

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO FINANCIERO INDIVIDUAL ASOCIADO AL RÉGIMEN DE REPARTO ADMINISTRADO POR EL BPS (II)

EVALUACIÓN DE LA CONSISTENCIA DE LAS TASAS DE REEMPLAZO DEL RÉGIMEN VIGENTE

1. Introducción

En la primera parte del análisis del equilibrio financiero individual, se plantearon las formulaciones matemático-actuariales asociadas a futuras generaciones de cotizantes. En las mismas se definen las condiciones bajo las cuales se cumple la igualdad entre los valores actualizados de sus contribuciones al sistema y las correspondientes prestaciones por vejez común, sobrevivencia e invalidez.

En esta segunda parte se evaluarán los resultados que surgen de la aplicación práctica del modelo a las generaciones que se integrarán al régimen previsional mixto uruguayo respecto a:

- i) Las tasas de rentabilidad resultantes del financiamiento de las prestaciones con aportes patronales y personales sobre la nómina. Este análisis se realizará tanto para quienes se retiren a la edad mínima jubilatoria como para quienes posterguen su retiro a edades mayores.
- ii) Las tasas de rentabilidad asociadas al caso en el que las prestaciones se financien adicionalmente con Contribuciones del Estado ya sea a través de asistencia financiera como por la afectación de impuestos generales.
- iii) Las tasas de contribuciones globales necesarias para que las diversas cohortes tengan asociadas una tasa de rentabilidad igual a la del sistema de reparto.

Estos análisis permitirán detectar los desequilibrios financieros individuales que se puedan generar en el futuro respecto a los nuevos afiliados al régimen de reparto. Adicionalmente, será posible visualizar las inconsistencias las tasas de reemplazo legales vigentes para diversas combinaciones de edades de servicio y de retiro.

2. Sueldo básico jubilatorio y tasas de reemplazo legales del sistema previsional

A los efectos de disponer de un panorama general sobre las principales variables que sirven de base para el cálculo de las prestaciones, plantearemos a continuación la forma de cálculo de la jubilación inicial para la causal común.

El nivel de la jubilación se fija a partir de una fórmula, denominada estructural, que consiste en otorgar un prestación equivalente a un porcentaje concreto (Tasa de Reemplazo) de las retribuciones promedio de un período prefijado (Sueldo Básico Jubilatorio).

- El sueldo básico jubilatorio, según el artículo 27 de la ley 16.713, será igual al promedio mensual de las asignaciones computables actualizadas de los diez últimos años de los servicios registrados en la historia laboral, limitado al promedio mensual de los veinte años de mejores asignaciones computables, incrementado en un 5% (cinco por ciento).

A los efectos del cálculo del sueldo básico jubilatorio de los afiliados que hubieren hecho la opción prevista por los incisos primero y segundo o se encontraren comprendidos en el inciso tercero del artículo 8 de la ley, se multiplicará por 1.5 (uno con cinco) las asignaciones computables por las que se efectuó aportes personales al régimen de reparto.

Para el cálculo del sueldo básico jubilatorio, sólo se tomarán en cuenta asignaciones computables mensuales actualizadas hasta un monto equivalente al nivel 1 de la ley.

La importancia de la bonificación otorgada a quienes hagan la opción del artículo 8, nos llevará a realizar las estimaciones tanto para quienes hagan la opción como para los que se mantengan totalmente en el régimen de reparto.

- Las tasas de reemplazo se determinan de acuerdo al artículo 18 de la ley 16.713, con la redacción dada por el artículo 1 de la ley 18.395, donde se establece que:

- El 45% (cuarenta y cinco por ciento) cuando se computen como mínimo treinta años de servicios reconocidos.
- Se adicionará:
 - A) Un 1% (uno por ciento) del sueldo básico jubilatorio por cada año de servicios que exceda de treinta hasta los treinta y cinco años de servicios.
 - B) Un 0,5% (medio por ciento) del referido sueldo básico, por cada año de servicios que exceda de treinta y cinco al momento de configurarse la causal, con un tope del 2,5% (dos y medio por ciento)
 - C) A partir de los sesenta años de edad, por cada año de edad que se difiera el retiro después de haberse completado treinta y cinco años de servicios, un 3% (tres por ciento) del sueldo básico jubilatorio por año con un máximo de 30% (treinta por ciento); de no contarse a dicha edad con treinta y cinco años de servicios, se adicionará un 2% (dos por ciento) del sueldo básico jubilatorio por cada año de edad que supere los sesenta, hasta llegar a los setenta años de edad o hasta completar treinta y cinco años de servicios, si esto ocurriere antes.

Adicionalmente se debe tener en cuenta lo dispuesto por la ley 18.395 en cuanto a que se deben computar tanto años adicionales de servicio como hijos haya tenido la afiliada, con un máximo de cinco.

En el análisis que se realiza a continuación se evaluará desde un punto de vista financiero-actuarial, la consistencia de los acrecimientos o bonificaciones a la tasa básica del 45% que se establecen en la ley 16.713 tanto por el reconocimiento de años de actividad excedentes a los mínimos como por la postergación de la edad mínima de retiro.

Se destaca, para el caso de las mujeres se realizarán los cálculos bajo el supuesto de que a la fecha de cese tienen dos hijos por los que se les computa dos años de actividad adicionales.

3. Tasa de rentabilidad con contribuciones patronales y personales sobre salarios a la edad mínima de retiro

En este punto se evaluarán las tasas de rentabilidad que permitan igualar los valores actuales de las cotizaciones y prestaciones del régimen asociadas a una generación futura que inicia su actividad en un año próximo del futuro.

Las tasas de aportación incluidas en el análisis alcanzan un nivel del 22.5%¹, como consecuencia de la acumulación de las aportaciones patronales y personales más usuales del régimen.

Por ello, no se evaluarán los siguientes casos específicos:

- Afiliados con salarios superiores al Nivel 1 de la ley 16.713.
- Afiliados que trabajan en Instituciones que están exonerados de aportes patronales.
- Afiliados que trabajan en Organismos públicos que tienen asociados tasas de contribuciones patronales superiores al 7.5%.
- Afiliados de bajo nivel de remuneraciones de tal forma que accedan en el período de pasividad a una jubilación mínima.
- Afiliados del Sector Rural.

Si bien existen un número importante de personas que no estarán contempladas en el análisis, podemos afirmar que será igualmente válido para la mayoría de cotizantes del sistema de reparto.

En el siguiente cuadro mostramos, para el caso sujeto a estudio, las tasas de rentabilidad asociadas a afiliados según hagan o no la opción del artículo 8 de la Ley 16.713 y según tengan 30, 35 ó 40 años de actividad a la edad mínima jubilatoria.

¹ Tasa de Aporte Personal igual al 15% según el artículo 181 de la ley 16.713 y Tasa de Aporte Patronal igual al 7.5% según el artículo 87 de la ley 18.083

**TASA DE RENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD
(Edad Retiro 60 y movilidad promedio BPS)**

Años de Actividad	Sin Opción Art 8		Con Opción Art 8	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
30	3.6%	3.7%	4.2%	4.1%
35	3.3%	3.2%	3.8%	3.6%
40	3.0%	2.8%	3.5%	3.1%

*** Tasa de contribución global 22.5%**

Cabe destacar que se supone que los años de actividad son realizados efectivamente en los años más próximos a la edad mínima de retiro y para el caso de las mujeres se agregan dos años de actividad ficticias como consecuencia de la suposición de que tienen 2 hijos. Además en este caso se evalúan las tasas asociadas a los afiliados que tienen una movilidad salarial igual a la promedio del BPS.

Algunos resultados que se pueden visualizar directamente del cuadro son los siguientes:

- Ante iguales años de actividad y opción, los hombres tienen asociadas, en todos los casos, mayores tasas de rentabilidad excepto para el caso de retiros con 30 de servicios. El primer resultado se justifica, a pesar de que las mujeres tengan mayores esperanzas de vida, por las diferencias existentes en las movilidades salariales y por efecto del costo de las prestaciones por invalidez y sobrevivencia computadas en el equilibrio financiero. El resultado cambia para retiros con años de actividad mínimos, a consecuencia de la importancia que tienen, en la determinación de la tasa de reemplazo, los dos años de actividad adicionales agregados a las mujeres.
- Cuando se realiza la opción del artículo 8, las tasas de rentabilidad son superiores en todos los casos para ambos sexos en relación a las tasas asociadas al caso de que se opte por permanecer exclusivamente en el régimen de reparto. Esta propiedad se justifica por la bonificación del 50% que la ley 16.713 establece para quienes realicen tal opción.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados considerando el caso de afiliados sin movilidad vertical salarial durante su vida laboral.

**TASA DE RENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD
(Edad Retiro 60 y sin movilidad)**

Años de Actividad	Sin Opción Art 8		Con Opción Art 8	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
30	3.3%	3.2%	3.9%	3.6%
35	2.8%	2.7%	3.3%	3.0%
40	2.2%	2.0%	2.7%	2.4%

*** Tasa de contribución global 22.5%**

Se presentan iguales propiedades a las anteriormente expuestas. Sin embargo, si comparamos caso a caso podemos apreciar que cuando no hay movilidad salarial las

tasas de rentabilidad son siempre inferiores. Este resultado es consecuencia de que para el cálculo del sueldo básico jubilatorio no se computan los salarios asociados a toda la vida laboral.

Analizando con más detalle ciertas particularidades del régimen de reparto, se pueden establecer dos propiedades adicionales de gran significación:

- Las tasas de rentabilidad son decrecientes a medida que crecen los años de actividad reconocidos a la edad mínima jubilatoria. Este resultado es muy importante, puesto que indica que las bonificaciones en la tasa de reemplazo a esa edad mínima, son muy bajas. Por ello podemos afirmar que la bonificación en la tasa de un punto porcentual cuando se acreditan servicios entre los 31 y 35 años y de 0.5 punto entre los 36 y 40 años de actividad, es insuficiente para mantener el equilibrio financiero individual a una tasa de rentabilidad consistente.

Si el sistema estuviese estructurado en forma equilibrada, las tasas de rentabilidad deberían ser iguales para todas las posibilidades de años de actividad según una edad de retiro dada.

- Las tasas de rentabilidad están calculadas a partir de valoraciones de los ingresos y egresos previstos con salarios constantes. En consecuencia, si comparamos estos niveles con la tasa de rentabilidad del 0.4% anual real sobre salarios del régimen de reparto², podemos apreciar que existe una brecha muy significativa entre ambas.

Esta brecha entre las tasas de rentabilidad individual y las del sistema, nos indica la importancia que tendrán en el futuro los recursos que la sociedad en su conjunto debería hacer al BPS para poder hacer frente a las prestaciones. Si bien esta forma de financiación se está dando en la práctica, como veremos más adelante, para que se verifique el equilibrio global en el futuro se requerirán transferencias adicionales.

4. Tasas de rentabilidad con contribuciones patronales y personales según edades de retiro

A continuación se muestra la evolución de las tasas de rentabilidad que obtendrían afiliados futuros en caso de postergación de la edad de retiro, habiendo configurada causal a los 60 años de actividad.

² Luis Camacho: "Análisis de la tasa de rentabilidad implícita en el equilibrio financiero de un sistema de reparto". Banco de Previsión Social. Comentarios de la Seguridad Social No 10.

**TASA DE RENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD Y EDAD DE RETIRO
(Hombres- Con opcion art. 8 y movilidad promedio BPS)**

Actividad a los 60	Retiro				
	60	62	65	67	70
40	3.5%	3.4%	3.2%	3.0%	2.6%
35	3.8%	3.8%	3.5%	3.3%	2.9%
30	4.2%	4.1%	3.9%	3.7%	3.3%

* Tasa de contribución global 22.5%

Se muestran los resultados para el caso de los hombres que hagan la opción prevista en el artículo 8, con una movilidad salarial igual a la promedio del BPS.

Se puede apreciar que cuanto mayor es la edad de postergación del retiro, menor será la tasa de rentabilidad resultante, cualquiera sea la cantidad de años de actividad acreditada a la edad mínima. Esta propiedad implica que la bonificación de 3 puntos porcentuales en la tasa de reemplazo por año de postergación es muy baja en relación a la necesaria.

En el siguiente cuadro mostramos los resultados correspondientes a las mujeres:

**TASA DE RENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD Y EDAD DE RETIRO
(Mujeres- Con opcion art. 8 y movilidad promedio BPS)**

Actividad a los 60	Retiro				
	60	62	65	67	70
40	3.1%	3.1%	2.8%	2.5%	2.0%
35	3.6%	3.5%	3.2%	3.0%	2.4%
30	4.1%	4.0%	3.7%	3.4%	2.8%

* Tasa de contribución global 22.5%

Se mantiene la propiedad anterior, con el agregado de que comparando casos similares, las tasas de rentabilidad asociadas a las mujeres es menor.

Las diferencias se amplían para edades tardías de retiro.

5. Tasas de rentabilidad con contribuciones tripartitas a la edad mínima jubilatoria³

En este caso incorporamos a la tasa de contribución patronal y personal, la cuota parte correspondiente a aportes del estado a través de impuestos afectados y/o por asistencia financiera del Estado, entendiéndose que podría ser considerada como una contribución patronal complementaria.

³ María Brovia "La Ecuación de Equilibrio Financiero – Resultados para el período 2004-2009" Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social No 29

En el siguiente cuadro se muestran las nuevas tasas de rentabilidad cuando el afiliado tiene una movilidad promedio igual a la del BPS

**TASA DE RENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD
(Edad Retiro 60 y movilidad promedio BPS)**

Años de Actividad	Sin Opción Art 8		Con Opción Art 8	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
30	1.4%	1.4%	1.2%	1.0%
35	1.3%	1.1%	1.1%	0.7%
40	1.0%	0.7%	0.8%	0.3%

* Tasa de contribución global 33.7%

Se puede apreciar que al aumentar la tasa de contribución global computada (33.7%), se verifica una disminución sensible en las tasas de rentabilidad que es mayor a 3 puntos porcentuales para el caso de 30 años de actividad reconocidas y mayor los 2 puntos en caso de retiro a los 40.

Con la aportación tripartita no sólo se baja el nivel de la tasa de rentabilidad para las diversas alternativas consideradas sino que su brecha disminuye entre diversos años de actividad reconocidos a los 60 años de edad.

No obstante, en la gran mayoría de los casos, excepto para mujeres con muchos años de actividad, superan el 0.4% del sistema. Este resultado implica que aún cuando se computen las actuales tasas globales de aportes tripartitos, en el largo plazo si se mantienen las actuales tasas de reemplazo, el sistema de reparto se desfinanciaría. En consecuencia, para evitar esta negativa visión del futuro del sistema sería debería proceder a una reforma en la que adecuen las tasas de reemplazo.

6. Tasas de rentabilidad con contribuciones tripartitas según edades de retiro

En el siguiente cuadro se visualiza la evolución de las tasas de rentabilidad que obtendrían afiliados futuros con la postergación de la edad de retiro.

**TASA DE RENTABILIDAD AÑOS DE ACTIVIDAD Y EDAD DE RETIRO
(Hombres- Con opcion art. 8 y movilidad promedio BPS)**

Actividad a los 60	Retiro				
	60	62	65	67	70
40	0.8%	0.7%	0.4%	0.0%	-1.2%
35	1.1%	1.0%	0.7%	0.4%	-0.3%
30	1.2%	1.2%	1.0%	0.8%	0.2%

* Tasa de contribución global 33.7%

A los efectos indicativos, se plantea sólo el caso de los hombres con opción del artículo 8 y con movilidad salarial igual a la promedio del BPS

Al igual que en el caso anterior, las tasas de rentabilidad son decrecientes a medida que se posterga la edad de retiro, lo que ratifica la afirmación en el sentido de que las bonificaciones en las tasas de retiro son insuficientes.

No obstante, la disminución es de tal magnitud que para retiros tardíos es posible encontrar casos en los que la tasa de rentabilidad individual es inferior a la del régimen de reparto. Este resultado, permite concluir que una solución alternativa a la disminución propuesta para la tasa de reemplazo sería la de aumentar la edad de retiro. Obviamente, una solución combinada permitiría atenuar los cambios restrictivos en ambas variables.

7. Nivel de la tasa de contribución que permite obtener a cada generación una tasa de rentabilidad igual a la del sistema

A continuación planteamos a través de un enfoque diferente, el análisis del equilibrio financiero individual asociada a nuevas generaciones de afiliados. En este caso, respetamos estrictamente las características del régimen en cuanto a que es de prestación definida. Ello implicaría que la variable de ajuste del sistema, mientras no se realice una reforma paramétrica, serían las tasas de contribuciones aplicables sobre los salarios de cotización.

En tal sentido, en el cuadro se muestran las tasas de contribución de los hombres que permitirán el equilibrio financiero individual a una tasa de rentabilidad igual a la del sistema de reparto (0.4%)

TASA DE APORTES SEGÚN ACTIVIDAD Y EDAD DE RETIRO
(Hombres- Con opción art. 8 y movilidad promedio BPS)

Actividad a los 60	Retiro				
	60	62	65	67	70
30	37.7%	37.5%	36.4%	35.2%	33.1%
35	36.8%	36.4%	35.1%	33.9%	31.6%
40	35.4%	35.0%	33.7%	32.5%	30.2%

* Tasa de rentabilidad anual real s/salarios 0.4%

Podemos apreciar que para retiros a los 60 años de edad, las tasas de contribución deberían ser decrecientes a medida que aumenta la cantidad de años reconocidos, pasando de 37.7% para 30 años de actividad al 35.4% para 40 años de actividad. Esta inconsistencia del sistema es consecuencia directa de la magra bonificación existente para quienes tengan muchos años de trabajo.

Visualizando el cuadro por filas, podemos ver que dado un nivel de actividad a los 60 años de edad, la postergación del retiro con mayores años de aporte llevarían a una baja sustancial en la tasa de contribución. Este resultado es consecuencia de la baja bonificación en la tasa de reemplazo para retiros tardíos. Una situación equilibrada desde el punto de vista actuarial, se presentaría sólo cuando en cada fila la tasa de rentabilidad sea constante.

Para que ello suceda en el régimen de reparto administrado por el BPS necesariamente se deberían modificar las tasas de reemplazo por edad.

En el siguiente cuadro mostramos los resultados para el caso de las mujeres.

TASA DE APORTES SEGÚN ACTIVIDAD Y EDAD DE RETIRO
(Mujeres- Con opción art. 8 y movilidad promedio BPS)

Actividad a los 60	Retiro				
	60	62	65	67	70
30	36.5%	36.0%	34.4%	32.9%	30.2%
35	35.1%	34.5%	32.9%	31.5%	28.8%
40	33.2%	32.7%	31.2%	29.8%	27.4%

* Tasa de rentabilidad anual real s/salarios 0.4%

Si bien se cumplen las dos propiedades analizadas para los hombres, en el equilibrio financiero individual se necesitaría un nivel de tasa de contribución global inferior a la de los hombres. Por ejemplo, para 40 años de actividad a los 60 años de edad, en 2 puntos porcentuales menos para todas las edades de retiro posibles, excepto para las edades tardías de retiro donde alcanzaría a 3 puntos.

8. Conclusiones

En la parte sustantiva del análisis precedente se evaluaron las tasas de rentabilidad que permitan igualar los valores actuales de las cotizaciones y prestaciones del régimen asociadas a una generación futura que inicia su actividad en un año próximo del futuro.

En tal sentido, los resultados más significativos son los siguientes:

- Los hombres tendrá asociadas tasas de rentabilidad superiores a las de las mujeres para todos los años de actividad y de retiro.
- La opción prevista en el artículo 8 de la ley permite obtener tasas de rentabilidad superiores para ambos sexos.
- Quienes tienen menos movilidad salarial tendrán asociadas menores tasas de rentabilidad
- El aumento la cantidad de años de actividad a la edad mínima de retiro llevará a una disminución en las tasas de rentabilidad asociadas.

El último resultado es muy importante, puesto que indica que las bonificaciones o acrecimiento en las tasas de reemplazo que la ley establece para quienes tienen más años de actividad que los mínimos, son insuficientes desde el punto de vista financiero-actuarial. En tal sentido podemos afirmar, que si el sistema estuviese estructurado en forma adecuada, las tasas de rentabilidad deberían ser iguales para todas las posibilidades de años de actividad según una edad de retiro dada.

Además, si comparamos las tasas de rentabilidad para los diferentes casos considerados con la tasa de rentabilidad del 0.4% anual real sobre salarios del régimen de reparto, podemos apreciar que existe una brecha muy significativa entre ambas. Si se computan exclusivamente las contribuciones patronales y personales sobre la nómina, se puede apreciar que necesariamente se deberían verificar importantes transferencias de recursos de la sociedad en su conjunto para poder hacer frente a las prestaciones.

Cuando se computan los niveles actuales de contribuciones tripartitas al sistema, no sólo se baja el rango de la tasa de rentabilidad para las diversas alternativas consideradas sino que la brecha entre las diversos años de actividad reconocidos a los 60 años de edad disminuye. De igual forma, en la gran mayoría de los casos, excepto para mujeres con muchos años de actividad a los 60, superan a la tasa de rentabilidad del sistema. Este resultado implica que si en el largo plazo se mantienen las actuales tasas de reemplazo legales, el sistema de reparto se desfinanciaría.

Un resultado adicional de importancia es que, bajo las actuales tasas de reemplazo legales, cuanto mayor es la postergación del retiro menor será la tasa de rentabilidad resultante, cualquiera sea la cantidad de años de actividad acreditada a la edad mínima de retiro.

Cuando se computan contribuciones tripartitas, la disminución es de tal magnitud que para el caso de muchos años de actividad con retiros tardíos es posible encontrar casos en los que la tasa de rentabilidad individual no supera a la del sistema de reparto. Ello permite concluir que una solución alternativa a la disminución propuesta para la tasa de reemplazo sería la de aumentar la edad de retiro. Obviamente, una solución combinada permitiría atenuar los ajustes en ambas variables.

Cuando se encaran reformas paramétricas, una posibilidad válida de cambio sustancial, es el aumento de la edad mínima de retiro. Este tipo de cambio puede ser utilizado, puesto que permite atenuar las disminuciones en las tasas de reemplazo para las generaciones futuras.

Se ha demostrado que con el aumento de la edad de retiro, se limita el nivel de los cambios negativos de las variables más significativas de la ecuación de equilibrio individual.

Una de las justificaciones para el aumento de la edad de retiro, es que se distribuye más adecuadamente el crecimiento de la esperanza de vida entre los períodos de actividad y de pasividad. La invariabilidad de este parámetro puede implicar que el aumento de los períodos de jubilación lleve a una disminución sustancial del nivel de las prestaciones. Estas se pueden tornar insuficientes, en cuyo caso la persona deba, para complementar sus ingresos, acceder a un nuevo trabajo en el sector informal, aumentando en consecuencia los niveles de evasión general al sistema de reparto.

Se reconoce que tales cambios por lo general son difíciles de llevar a la práctica en los sistemas públicos de prestación definida. Tanto las edades mínimas de retiro como las tasas de reemplazo están generalmente fijadas por ley. Esta rigidez puede llevar a aumentos sostenidos de las contribuciones patronales y/o personales, e incluso el Estado debe asumir adicionalmente parte de los costos a través de impuestos que recaerían en toda la sociedad.

**ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS
FINANCIEROS DEL
BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL**

Año 2010

Cra. Adriana Scardino

ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL AÑO 2010

1. Introducción

El siguiente análisis se basa en los informes de ingresos y egresos de caja y bancos que realiza la Repartición Finanzas del Organismo. Los cuadros que presentamos a continuación tienen un mayor grado de desagregación a los efectos de que se dispusiese mayor apertura de datos. Al basarnos en un información estrictamente financiera, los resultados que se presentan difieren de los que surgen del Balance General del Organismo, puestos que éstos se basan en criterios económicos y no financieros.

Seguidamente mostraremos un cuadro en el que se consolidan tanto los ingresos como los egresos totales del organismo, ya sea por operaciones propias como por cobros o pagos realizados por cuenta de terceros.

Posteriormente se presentará la información correspondiente a los movimientos financieros propios del organismo, donde surgirá el resultado financiero del Banco de Previsión Social. Asimismo analizaremos el resultado financiero operativo de la Institución, y su evolución en los últimos años.

2. Ingresos y Egresos Totales

Los ingresos totales del organismo los podemos clasificar en Ingresos directos y en Ingresos por Versiones.

Dentro de los primeros encontramos las contribuciones por Invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS), los Ingresos de Terceros, las multas y recargos, los movimientos de fondos varios y los ingresos varios.

Bajo la denominación de Versiones entendemos a todos los fondos que fueron percibidos durante el año por diversos conceptos. Es importante destacar que se integran conceptos que incluyen recursos genuinos del propio organismo o también pueden estar destinados a movimientos financieros de terceros, los impuestos afectado al banco, las contribuciones de Rentas Generales e inclusive si correspondiese la Asistencia Financiera.

Dentro de los Egresos totales del organismo encontramos las Prestaciones IVS, las Prestaciones de Activos, las Transferencias de terceros, las Transferencias a las AFAP y los Gastos de gestión.

En el siguiente cuadro visualizamos los montos de todos estos conceptos:

Ingresos y Egresos Globales - Año 2010

I. TOTAL DE INGRESOS		116,496,221
- Ingresos Directos	61,755,821	
Contribuciones IVS	32,878,729	
Contribuciones de Activos	1,747,162	
Multas y Recargos	474,324	
Varios	77,973	
Ingresos de Terceros	26,572,742	
Mov. De fondos varios	4,892	
- Ingresos por versiones	54,740,399	
Versiones del estado	54,740,399	
II. TOTAL DE EGRESOS		116,496,221
	116,496,221	
Prestaciones IVS	60,507,616	
Prestaciones a Activos	10,291,001	
Prestaciones de terceros	20,521,563	
Transferencia AFAP	10,946,524	
Otras Transferencias y Dev. Pendientes	10,340,845	
Gastos de Gestión	3,888,672	
III. RESULTADO FINANCIERO		0

Nota: Expresado en miles de pesos

Nota: elaborado a partir del Informe de Ingresos y Egresos (Finanzas) y Informe de Competencia-Asistencia Financiera (Finanzas)

Los ingresos totales del año 2010 superaron los 116 mil millones de pesos. El 53% correspondió a los ingresos directos que ascendieron a 61.8 mil millones de pesos, y el 47% restante a las Versiones del estado que ascendieron a 54.7 mil millones de pesos.

Dentro de los ingresos directos los de mayor peso son los ingresos por contribuciones IVS que representan el 53% de lo ingresado, y en segundo lugar tenemos los Ingresos de Terceros que representaron el 43% de lo ingresado. Estos ingresos de terceros están integrados por conceptos que no son propios de la institución pero cuya recaudación es de su responsabilidad.

Los Egresos totales del año 2010 superaron los 116 millones de pesos. El 52% correspondió a Prestaciones IVS, seguido por las prestaciones de Terceros que representaron el 18% de nuestros egresos totales.

3. Versiones del Estado

El Ingreso por Versiones del estado, es un concepto estrictamente financiero que corresponde a las remesas enviadas por el Tesoro Nacional, para cubrir todos los movimientos del organismo. Dentro de estos movimientos incluimos al total de prestaciones que están a cargo del mismo, y que no son sólo propias, sino que corresponde a otros organismos.

La composición de las Versiones, las cuales incluyen conceptos que están asociados a los recursos y/o erogaciones que le corresponden al organismo pero que son percibidos o pagados directamente de Rentas Generales. Adicionalmente se incluyen como parte integrante de las Versiones otros conceptos tales como los fondos destinados a movimientos financieros de terceros, los impuestos afectados y las contribuciones de rentas generales dispuestas por ley.

En el siguiente cuadro se presenta la desagregación de las Versiones del Estado según concepto:

VERSIONES		54,740,399
Transferencias por aportes del estado:		-18,551,791
Aportes Gobierno Central -	-15,179,647	
Aportes Fonasa Adm. Central -	-3,372,145	
Prestaciones a cargo de Rentas Generales		-3,885,775
Objetivo empleo L18172 -	-8,088	
Ley 18341 ar.23/24 -	-3,459	
Ley 18341-subs.50% -	-50,255	
Pensiones reparatorias -	-585,802	
Pensiones Rep - Ind. Frigorífica	-58,142	
Pensiones graciables -	-31,588	
AAFF Ley 17139	-884	
AAFF Ley 18227	-3,147,556	
Impuestos Afectados		-29,213,532
IVA -	-22,781,510	
IASS -	-2,511,565	
Lotería	-20,509	
Ley 18.083 art 109	-3,899,949	
Pagos efectuados por cuenta del BPS		1,713,345
Prejubilatorios +	147,479	
Cuotas ASSE +	1,506,475	
Transf. MTSS	59,390	
Certificados de crédito	-2,610,523	-2,610,523
Otros	-441,922	-441,922
TRANSFERENCIAS NETAS DEL ESTADO		1,750,201

Nota: Expresado en miles de pesos

Nota: elaborado a partir del Informe de Ingresos y Egresos (Finanzas) y Informe de Competencia-Asistencia Financiera (Finanzas)

Como se puede apreciar hay varios conceptos a considerar. Por un lado, el Estado, en su calidad de patrono, debe pagar al BPS los aportes correspondientes a la Administración Central. También debe verter los aportes correspondientes al FONASA, ya que somos los agentes recaudadores del mismo.

Por otro lado, existe una multiplicidad de prestaciones que por ley son de cargo de rentas generales pero son pagadas directamente por el BPS.. Por lo tanto corresponde que tales importes deban ser reembolsados al organismo.

Estas prestaciones son: el subsidio por Objetivo empleo, los subsidios otorgados por la Ley 18.341, las pensiones reparatorias, las pensiones reparatorias de la industria frigorífica, las pensiones graciabiles y las Asignaciones Familiares de la Ley 17139 y 18227.

Corresponde además las transferencias de los impuestos afectados: siete puntos del IVA, el Impuesto a la Lotería y el IASS y la contribución especial creada por la Ley 18.083 en su artículo 109 en sustitución del COFIS derogado.

Por otro lado existen conceptos que fueron pagados por rentas generales que corresponden ser imputados al organismo (por ejemplo pre-jubilatorios, transferencias al MTSS y las cuotas ASSE).

Por último otro concepto de importancia son los Certificados de crédito con los cuales las empresas pagan parte de sus contribuciones y que corresponde su reembolso de Rentas Generales.

La consolidación de todos estos importes asociados a estos conceptos, nos permiten llegar a un resultado final que denominamos "Transferencias Netas del Estado", que en este caso son negativas y del orden de los 1.750 millones de pesos. Este importe difiere del presentado en el Balance por efecto de diferentes criterios utilizados en el cómputo principalmente de los certificados de crédito.

4. Desfasaje entre Ingresos y Egresos de Terceros

Como se ha dicho, el BPS debe hacer frente temporalmente a prestaciones de terceros y en algunos casos a recibir recursos que no le son propios. Sin embargo, los mismos no corresponden a conceptos propios del sistema de Seguridad Social administrado por el BPS., por lo que los desfasajes financieros que se produzcan deben ser cubiertos por rentas generales.

En el siguiente cuadro se plantea la composición de estos conceptos.

DESFAJAJE DE TERCEROS	(244,175)
IRP , IRPF Activos Pasivos, IASS	(96,196)
S.N.I.S.	(46,921)
Asistencia a la Vejez Ley 18.241	(115,881)
Apoyo Inserción Laboral	91,752
Banco de Seguros (Rurales, construcción, rentas)	(97,186)
Fondos de terceros (Gráficos, Construcción, Cesantía)	(5,689)
Otros (Mevir, CJP, FRL, etc)	25,947

Nota: Expresado en miles de pesos

Nota: elaborado a partir del Informe de Ingresos y Egresos (Finanzas) y Informe de Competencia-Asistencia Financiera (Finanzas)

Como puede visualizarse en el cuadro anterior, existen múltiples conceptos en el desfasaje financiero por operaciones por cuenta de terceros, siendo su principal componente la Asistencia a la Vejez prevista en la Ley 18.241.

5. Ingresos y Egresos Totales Propios del BPS

De los Ingresos y Egresos totales presentados en el cuadro 1, se deducen en este punto los ingresos y egresos correspondientes a terceros y se computan los recursos y erogaciones propias incluidas en las Versiones del Estado. De esta forma podemos plantear los ingresos y egresos asociados al sistema de seguridad social administrado por el BPS.

En el siguiente cuadro vemos el resultado financiero considerando los conceptos ya mencionados:

Ingresos y Egresos Propios - Año 2010

I. TOTAL DE INGRESOS	83,818,964
	83,818,964
Contribuciones IVS	49,094,499
Contribuciones de Activos	1,747,162
Multas y Recargos	474,324
Varios	77,973
Impuestos afectados	25,313,584
Contribuciones del estado	7,106,531
Mov. De fondos varios	4,892
II. TOTAL DE EGRESOS	85,813,341
	85,813,341
Prestaciones IVS	60,655,095
Prestaciones a Activos	10,291,001
Transferencia AFAP	10,946,524
Otras Transferencias y Dev. Pendientes	32,171
Gastos de Gestión	3,888,551
III. RESULTADO FINANCIERO	(1,994,376)

Nota: Expresado en miles de pesos

Del cuadro anterior se desprende que en el año 2010 el total de Ingresos propios ascendió a \$83.818.964 miles de pesos, constituyendo las contribuciones IVS la partida de mayor peso representado el 58.6% de los ingresos, seguida de los Impuestos afectados que representaron el 30.2% de los mismos.

Dentro de las Contribuciones del Estado, se incluyen dos tipos de partidas: la primera corresponde a la contribución especial prevista en el artículo 109 de la Ley 18.083, y la segundas incluyen las partidas que permiten financiar las Asignaciones Familiares previstas en la leyes 17.139 y 18.227 que son de cargo de Rentas Generales y fueron incluidas en los egresos propios. Adicionalmente se incluye una partida de menor nivel correspondiente a las pensiones reparatorias de la industria frigorífica.

El total de egresos del año 2010 ascendió a \$85.813.341 miles de pesos, constituyendo las prestaciones IVS la partida de mayor peso representando el 70.7% de nuestros egresos. El resto estuvo constituido principalmente por prestaciones de activos (12%), transferencias (12.8%) y gastos de gestión (4.5%).

Del cuadro anterior se desprende que en el año 2010 existió un déficit financiero que ascendió a \$1.994.375.947.

Otra forma de visualizar el resultado financiero es a través de la acumulación de las Transferencias Netas del Estado establecidas en el punto 3 y de los desfases de ingresos y egresos mencionados en el punto 4.

Desfasaje Transferencias y Prest. 3°	-244,175,074
Transferencias netas del Estado	-1,750,200,873
RESULTADO	-1,994,375,947

Recordemos que de acuerdo a lo establecido por la Ley 16.713 en su artículo 14, se establece que los recursos que financian el sistema son los aportes patronales y personales, los tributos que se afectan específicamente al régimen y “si fuera necesario” el Gobierno Central asistirá financieramente al BPS, conforme a lo dispuesto por el artículo 67 de la Constitución de la República. Del análisis anterior surge que en el año 2010 fue necesaria la Asistencia Financiera del Estado.

6. Ingresos y Egresos Operativos del BPS.

Si analizamos el cuadro de ingresos y egresos propios del BPS presentado en el punto anterior, vemos que existen movimientos que no corresponden a los resultados operativos de la Institución. Cuando nos referimos a resultados operativos, nos concentramos en aquellos vinculados con las prestaciones otorgadas por la institución, los gastos de gestión y las diferentes fuentes de financiamiento de las mismas. Para mostrar cuál es el resultado operativo, debemos depurar la información de aquellos movimientos no vinculados a estos conceptos, y que se incluyen dentro de fondos varios. Excluiremos el concepto de Variación de Caja y Bancos y únicamente dejaremos dos: los ingresos varios y el desfase de la recaudación del interior.

Una vez realizados este ajuste, obtenemos el siguiente resultado, que para mayor transparencia agruparemos en IVS y Activos.

Ingresos y Egresos Operativos 2010**I. TOTAL DE INGRESOS OPERATIVOS**

	80,877,518
Contribuciones IVS	49,094,499
Contribuciones de Activos	1,747,162
Multas y Recargos	474,324
Varios	77,973
Impuestos afectados - IVA y Lotería	22,802,019
Impuestos afectados - IASS	2,511,565
COFIS - Art 109	3,958,090
Ingresos varios y desfasaje rec. Interior	211,886

II. TOTAL DE EGRESOS OPERATIVOS

	82,664,900
Prestaciones IVS contributiva	56,740,474
Prestaciones IVS no contributiva	3,914,621
Prestaciones a Activos (sin L.18227)	7,142,560
Transferencia AFAP	10,946,524
Otras Transferencias y Dev. Pendientes	32,171
Gastos de Gestión	3,888,551

III. RESULTADO FINANCIERO OPERATIVO (1,787,382)

Nota: Expresado en miles de pesos

El resultado financiero negativo de a 1.994 millones de pesos se transforma en un resultado operativo negativo de 1.787 millones de pesos.

7. Resultado Operativo por tipo de prestación.

Al analizar tanto los ingresos como los egresos operativos, vemos que los mismos relacionan con diferentes tipos de prestaciones, más específicamente con prestaciones contributivas y no contributivas.

Desde el punto de vista de los ingresos, debemos recordar que la única prestación contributiva corresponde a IVS. Sin embargo, los Impuestos afectados, lo están al Fondo

de la Seguridad Social, sin definición alguna de a qué prestaciones corresponde. Esta situación implicó la toma de definiciones al respecto.

¿Cómo distribuimos los impuestos afectados? El IASS se imputa en un 100% a IVS, lo mismo que los importes del art. 109 (sustitutivo del Cofis), ya que el origen del Cofis fue las exoneraciones de aportes. Tanto el IVA como el impuesto a la lotería se distribuyeron en función de los egresos por prestaciones.

En el caso de las prestaciones, se discriminaron aquellas del régimen IVS contributivo y no contributivo y las de activos, sin considerar las Asignaciones Familiares Ley 18.227, que no se presentan ni en egresos ni en ingresos (por tener financiación específica).

Los gastos de gestión fueron distribuidos teniendo en cuenta los mismos criterios utilizados con el IVA.

Dentro de las prestaciones IVS, tenemos prestaciones contributivas y no contributivas, por lo que pareció interesante agrupar aquellos movimientos relacionados a cada tipo de prestación:

- prestaciones no contributivas: pensión vejez e invalidez y
prestaciones de actividad (subsidio por desempleo, por enfermedad, por maternidad y Asignaciones Familiares Ley 15.084)

- Prestaciones contributivas: IVS

Prestaciones No contributivas

PREST. NO CONTRIBUTIVAS- INGRESOS OPERATIVO	11,624,563
Contribuciones de Activos	1,747,162
Impuestos afectados - IVA y Lotería	9,877,401
PREST. NO CONTRIBUTIVAS- EGRESOS OPERATIVOS	11,691,368
Prestaciones a Pasivos NC	3,914,621
Prestaciones a Activos (sin L.18227)	7,142,560
Gastos de Gestión (Activos y Pasiv.No Contributivas)	634,187
PREST. NO CONT. RESULTADO OPERATIVO	(66,806)

Nota: Expresado en miles de pesos

En el caso de las prestaciones no contributivas, se registró un resultado operativo negativo de -66.8 millones de pesos para el año 2010, como consecuencia principalmente del mayor crecimiento de las prestaciones en relación al crecimiento de los impuestos afectados.

Prestaciones contributivas

IVS CONTRIBUTIVO - INGRESOS OPERATIVOS	69,252,955
Contribuciones IVS	49,094,499
Multas y Recargos	474,324
Varios	77,973
COFIS - Art 109	3,958,090
Impuestos afectados - IVA y Lotería	12,924,618
Impuestos afectados - IASS	2,511,565
Ingresos varios y desfasaje rec. Interior	211,886
IVS CONTRIBUTIVO - EGRESOS OPERATIVOS	70,973,532
Prestaciones IVS contributivo	56,740,474
Transferencia AFAP	10,946,524
Otras Transferencias y Dev. Pendientes	32,171
Gastos de Gestión	3,254,363
IVS RESULTADO OPERATIVO	(1,720,577)

Nota: Expresado en miles de pesos

Del cuadro que antecede surge que el resultado operativo correspondiente a IVS contributivo asciende a -1.721 millones de pesos.

Dado que en el año 2008 y 2009 existió un resultado operativo positivo, se consideró la necesidad de efectuar el análisis comparativo a los efectos de visualizar más claramente los hechos que llevaron a revertir dicho resultado.

8. Comparativo 2010-2009 del Resultado Operativo del BPS

A partir de este resultado operativo de la institución, discriminado en Régimen Contributivo y No contributivo pareció interesante analizar las razones que llevaron a que este año se tuviera un resultado operativo negativo, mientras que los dos anteriores fueron positivos.

Para ello, se expresaron los resultados de 2009 en términos de IMS promedio del año 2010.

En terminos de IMS	2,010	2,009	Variación \$
IVS CONTRIBUTIVO - INGRESOS OPERATIVOS	69,252,955	68,439,808	813,148
Contribuciones IVS	49,094,499	48,391,904	702,595
Multas y Recargos	474,324	425,528	48,796
Varios	77,973	75,202	2,772
COFIS - Art 109	3,958,090	4,342,366	- 384,276
Impuestos afectados - IVA y Loteria	12,924,618	12,701,757	222,861
Impuestos afectados - IASS	2,511,565	2,122,043	389,522
Ingresos varios y desfasaje rec. Interior	211,886	381,008	- 169,122
IVS CONTRIBUTIVO - EGRESOS OPERATIVOS	70,973,532	68,436,871	2,536,661
Prestaciones IVS contributivo	56,740,474	54,405,610	2,334,864
Transferencia AFAP	10,946,524	10,262,357	684,167
Otras Transferencias y Dev. Pendientes	32,171	324,331	- 292,160
Gastos de Gestión	3,254,363	3,444,573	- 190,210
IVS RESULTADO OPERATIVO	(1,720,577)	2,937	(1,723,513)
PREST. NO CONTRIBUTIVAS- INGRESOS OPERATIVO	11,624,563	11,355,129	269,434
Contribuciones de Activos	1,747,162	1,648,045	99,117
Impuestos afectados - IVA y Loteria	9,877,401	9,707,084	170,317
PREST. NO CONTRIBUTIVAS- EGRESOS OPERATIVOS	11,691,368	11,355,129	336,240
Prestaciones a Pasivos NC	3,914,621	3,708,488	206,133
Prestaciones a Activos (sin L.18227)	7,142,560	6,970,522	172,038
Gastos de Gestión (Activos y Pasiv.No Contributivas)	634,187	676,118	- 41,931
PREST. NO CONT. RESULTADO OPERATIVO	(66,806)	0	(66,806)

Nota: Expresado en miles de pesos

En la tercera columna vemos las variaciones en términos reales de IMS ocurridas, donde los ingresos operativos de las prestaciones no contributivas crecieron 269 millones de pesos y los egresos 336 millones, ocasionando el resultado operativo negativo de casi 67 millones de pesos.

En las prestaciones contributivas IVS, los ingresos crecieron 813 millones de pesos mientras que los egresos lo hicieron en 2.537 millones de pesos, ocasionando el resultado negativo.

Obviamente, el mayor peso dentro del resultado es el correspondiente a IVS contributivo, el cual analizaremos un poco más profundamente los distintos conceptos.

En primera instancia, si consideramos el resultado neto de IVS (ingresos por recaudación y egresos por prestaciones), el mismo disminuyó en 1.458 millones de pesos, los impuestos afectados aumentaron en 228 millones de pesos, y las transferencias a las AFAP lo hicieron en 684 millones de pesos, mientras que los gastos de gestión disminuyeron en 190 millones.

De estas cifras se desprende que el mayor resultados operativo negativo del año 2010 respecto a 2009 se debe en un 85% al resultado neto de IVS.

¿Cuál fue la razón que llevó a este incremento en los egresos mayor al incremento de los ingresos IVS? La principal razón se visualiza en la revaluación de las pasividades, que lo hicieron en un 12.24% mientras que los salarios lo hicieron en solamente un 10.75%.

Asimismo, sabemos que el número de cotizantes creció en un 5.22%, pero estos ingresaron con salarios inferiores al promedio, lo que implicó un crecimiento de la recaudación menor, y desde el punto de vista de los egresos, la cantidad de prestaciones por jubilaciones creció en un 4.83%, algo más que lo habitual consecuencia de la ley de flexibilización. En resumen, en términos de IMS, mientras que los egresos IVS contributivos crecieron un 3.7%, los ingresos asociados lo hicieron solamente un 1.2%.

Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes.

Primera parte:

Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección

Soc. Leticia Pugliese

PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPENDIENTES.

PRIMERA PARTE:

REVISIÓN CONCEPTUAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN

I. Introducción

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los programas y servicios socio-sanitarios dirigidos al cuidado de las personas adultas mayores dependientes, que existen en distintos países, como estudio descriptivo de sistemas comparados.

El análisis de los dispositivos de protección de cuidados personales requiere comenzar por ubicarlos en el contexto de los diferentes modelos de protección que tienen esos países, porque los programas y servicios que se destinan a adultos mayores, y a otras personas dependientes, están necesariamente vinculados al tipo de régimen de bienestar que prevalece en el país en que se realiza.

El trabajo se divide en dos partes. La primera como se señala en el título, es una revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección a las personas adultas mayores dependientes. En la segunda parte se abordará el estudio descriptivo de Programas y Servicios para adultos mayores en algunos países de América, Asia y Europa.

II. Los modelos de Protección Social

Se realiza una reseña sintética de tipologías de modelos de protección social, tomando como fuente algunos trabajos antecedentes.

A pesar de las limitaciones que implican las tipologías - agrupando países por sus semejanzas y posiblemente dejando de lado ciertas diferencias, así como insuficiente análisis de los continuos cambios - éstas resultan útiles para comprender las formas de diseño y organización del bienestar, que incluyen las características de los dispositivos de protección social en lo que respecta a alcance de la cobertura, formas de financiación, de gestión y de acceso.

La protección social - como modalidad de intervención del Estado en el área social - surge como necesidad de los Estados Nacionales de la modernidad, a finales del siglo XIX en occidente, como consecuencia de la revolución industrial que pone en evidencia el problema de la pobreza como "cuestión social".

En épocas anteriores la protección de los miembros de la comunidad era realizada por la comunidad misma y/o por la familia, sin la participación del Estado. Es recién entonces, que con el fin de combatir la pobreza y la desigualdad, en Europa se crearon complejos

mecanismos institucionales, que se conocieron con el nombre de Estados de Bienestar Social (*Welfare State*).

En el transcurso del siglo XX estos regímenes de bienestar se desarrollaron, expandiendo la protección social a amplios sectores de la población. En la década de 1970 y hasta finales de ese siglo, enfrentaron importantes crisis a consecuencia de los cambios estructurales producidos por el sistema económico, que algunos autores denominaron “economía postindustrial”, con una gran hegemonía del mercado y con nuevas reglas en la competencia internacional, que provocaron problemas de financiamiento y consecuentes dificultades para sostener estos regímenes.¹

Como respuestas a esta crisis, los modelos de protección social tuvieron que modificarse, flexibilizarse, buscar nuevas formas de financiamiento, con mayor participación de empresas privadas en la inversión y gestión de los servicios, etc.

Asimismo tuvieron que adaptarse (o están tratando de hacerlo) a los cambios producidos en el mercado de trabajo y en la institución familiar. En esta última, la capacidad de cuidado de sus miembros se ha reducido considerablemente, en particular por los nuevos roles asumidos por las mujeres en la esfera extrafamiliar, que dificultan la conciliación de las responsabilidades laborales con las de cuidado familiar.

Estas situaciones provocaron una mayor demanda de protección social por parte de los Estados, en el entendido de buscar la corresponsabilidad del cuidado de personas, entendido como un *nuevo riesgo social*. A partir de la última década del siglo XX, y hasta la actualidad, en la protección social estatal se desarrollan políticas, planes, programas y servicios de cuidados de larga duración, dirigidos a personas dependientes, por ejemplo niños, personas con discapacidad y personas adultas mayores.

II.1. Modelos de protección en Europa, EEUU y Japón

Una aproximación a la explicación de estos modelos, la podemos encontrar en autores que analizaron los Estados de Bienestar, su funcionamiento y sus crisis, como por ejemplo, Gosta Esping – Andersen y Luis Moreno.

1) Protección universal - Estatalismo redistributivo

Al sistema de protección universal, Moreno le llama *Estatalismo Redistributivo*.² Se trata de modelos que desarrollaron formas integrales y redistributivas de protección social, en sociedades que ya tenían características de marcado igualitarismo, homogeneidad y contaban con regímenes democráticos. Principalmente los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega).

Moreno habla del modelo de “*redistribución estatalista nórdica*” señalando que aún con variados resultados, el régimen nórdico ha mantenido como criterio guía de su política económica la armonización de las ideas igualitaristas con el crecimiento económico y el

¹ Esping-Andersen, Gosta. 1998 *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ed. Ariel

² Moreno, Luis. 2000 (1era. edición. Diciembre de 2000). *Ciudadanos precarios. La “última red” de protección social*. Barcelona, Editorial Ariel S.A. pp.74-82.

pleno empleo. Sus generosos sistemas de protección social se financian mediante los impuestos generales - lo que implica fuertes redistribuciones fiscales - y son de acceso universal.

Entre los principales rasgos se destaca: Se favorece la provisión pública directa de servicios de bienestar en vez de las transferencias monetarias. Han sido sistemas predominantemente públicos, pero han ido introduciendo la prestación de servicios privados. Los derechos se vinculan a los individuos y se basan en la ciudadanía, antes que en una necesidad demostrada o en una relación laboral.

El régimen es activamente “desfamiliarizador”³. Su unidad de referencia principal es el individuo y la familia se encuentra en un proceso de radical transformación, como por ejemplo altas tasas de parejas de hecho y de nacimientos de hijos fuera de la institución matrimonial.

A su vez se destaca la mayor tasa de participación laboral de las mujeres en comparación a otros estados de bienestar. Una de las críticas que se le realizan es que una buena parte de los empleos para la población trabajadora femenina se han creado en el sector público, más concretamente en el de servicios del bienestar, como consecuencia de lo cual a menudo las mujeres acaban realizando las funciones que antes llevaban a cabo en el seno familiar.

2) Regímenes corporativistas

Los sistemas que se basan en el seguro social también son llamados regímenes “corporativistas”, o “conservadores” según la clasificación de Esping-Andersen, o “continentales” según Moreno.

Son modelos donde se desarrollaron instituciones de protección social que se articularon en función de la estratificación social y del mercado laboral.

Este régimen tiene sus orígenes en el modelo bismarckiano, basado en el principio contributivo, por el cual empleadores y empleados cotizan obligatoriamente a fondos de previsión administrados por el Estado, con el objetivo de cubrir situaciones de riesgo durante el ciclo vital de los trabajadores, y siguiendo como criterio de distribución el principio de mantenimiento de rentas. Este criterio preserva las diferencias socioeconómicas entre los diferentes estratos sociales y promueve el corporativismo⁴.

Para Esping-Andersen⁵ el régimen Conservador es una mezcla de corporativismo y familiarismo. Incluye en esta tipología a los países de Europa continental y meridional: Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Italia, España, los Países Bajos, así como a Japón.

³ La política social influye en la esfera familiar, familiarizando o desfamiliarizando. En el primer caso se traslada a las familias la responsabilidad en la provisión del bienestar, con un peso mayor que la proporcionada desde el Estado, el mercado o la comunidad. En el segundo caso, se traslada al Estado, el mercado o el sector voluntario, la provisión de recursos de bienestar que realizaban las familias. En el caso del modelo nórdico, es principalmente el Estado quien asume esas funciones.

⁴ Se entiende por corporativismo, la modalidad de acceso a beneficios sociales otorgados por políticas públicas, a través de gremios o categorías de trabajadores, excluyendo de esta forma a quienes se encuentran fuera de esos gremios o esas categorías, distribuyéndose el bienestar en forma segmentada.

⁵ Esping-Andersen, Gosta. 1998 Op. cit.

El familiarismo es especialmente importante en la Europa meridional y en Japón. Es la combinación de la protección social sesgada a favor del varón cabeza de familia y el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y, en última instancia, responsable del bienestar de sus miembros.

Cuanto más familiarista sea el régimen, menos generosos serán los subsidios. Como el modelo parte de la base de la unidad familiar estándar basada en el varón cabeza de familia, la provisión de servicios para las familias “atípicas”, como las integradas por las madres que viven solas con sus hijos, tiende a ser residual. El modelo conservador da prioridad a una fuerte protección laboral para los adultos que ya tienen empleo, los cabezas de familia masculinos.

Con respecto al carácter familiarista de este modelo, se encuentran algunas discrepancias. Según Moreno, los rasgos definitorios de este régimen que él denomina “continental” son el corporativismo social entre los principales agentes económicos, la subsidiariedad funcional (se favorece la participación de la sociedad civil) y la segmentación ocupacional, que se muestra en la inclusión en los sistemas de seguridad social a los trabajadores de la economía formal que cotizan, con existencia de sistemas de seguridad social diferenciados en base a categorías laborales. Afirma que el familiarismo no es tan fuerte o característico de este tipo de régimen, como sucede con los países mediterráneos.

3) Vía Media Mediterránea

Se ha teorizado sobre un régimen distintivo de la Europa del Sur, que incluye España, Grecia, Italia y Portugal. Se le denomina “Vía media” porque se puede considerar como una opción intermedia entre los modelos bismarckianos de mantenimiento de rentas ocupacionales y los beveridgeanos de cobertura universalística.

Los cuatro países meridionales tienen elementos comunes respecto a su cultura, su historia, sistema de valores y peculiaridades institucionales. Por ejemplo han tenido experiencias de dictaduras y gobiernos autoritarios durante el siglo XX, experimentaron “retrasos” en los procesos de modernización y la religión ha sido muy relevante.

Se da un marcado fenómeno de microsolidaridad familiar. Este régimen descansa en gran medida en el papel desempeñado por la familia para obtener bienestar para sus miembros. Las transferencias intrafamiliares tanto materiales como culturales adquieren gran importancia. Entre las primeras se encuentran los cuidados prestados por las mujeres a los miembros de la familia, que en caso de contabilizarse aumentaría los niveles de renta de esos países. La transmisión de valores y actitudes se reflejan en altos niveles de ayuda mutua en las familias y una priorización de lo “microcolectivo” respecto a los intereses individuales.

En lo que respecta a la posición media entre régimen universal y régimen contributivo, se afirma que el caso de España es el más representativo, porque presenta procesos de universalización de sus sistemas de salud y educativos, conjuntamente con una seguridad social de carácter contributivo. Se busca la combinación de recursos del bienestar estatal, familiar y privado.

Al respecto sería importante estudiar, con el correr del tiempo, los impactos que pueda tener la implementación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia*, más conocida como “Ley de Dependencia”, que entró en vigencia en el año 2007, ya que como toda política pública, la formulación e implementación de esta ley tiene efectos recíprocos con el contexto en el que se genera y se implementa. Es así que se producen interrelaciones con la institución familiar, el mercado laboral, los servicios del sector privado, los valores culturales, etc.

Esta ley no sólo se dirige a las personas dependientes, adultas mayores y discapacitados, sino que también es una política social con perspectiva de género. Uno de los principios establece precisamente. “*La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres*”. En la concepción de la política, se intenta liberar en cierto modo a las mujeres, de algunas actividades domésticas de cuidado familiar, así como mejorar sus condiciones de participación en el mercado laboral.

No hay información hasta el momento, de impactos en la desfamiliarización del sistema de protección en España.

4) Asistencial - Universalismo Residual

Otra forma de caracterizar a los modelos asistencialistas, se encuentra en lo que Luis Moreno (2000) denomina “Universalización residual anglosajona”, ubicando acá a un grupo de países - el Reino Unido, Estados Unidos, Australia e Irlanda - con características comunes en la definición y prestación de políticas sociales, financiadas por impuestos generales y que son de carácter básico o residual porque se asume que el individuo deberá hacer el mayor esfuerzo en procurarse bienestar por sí mismo.

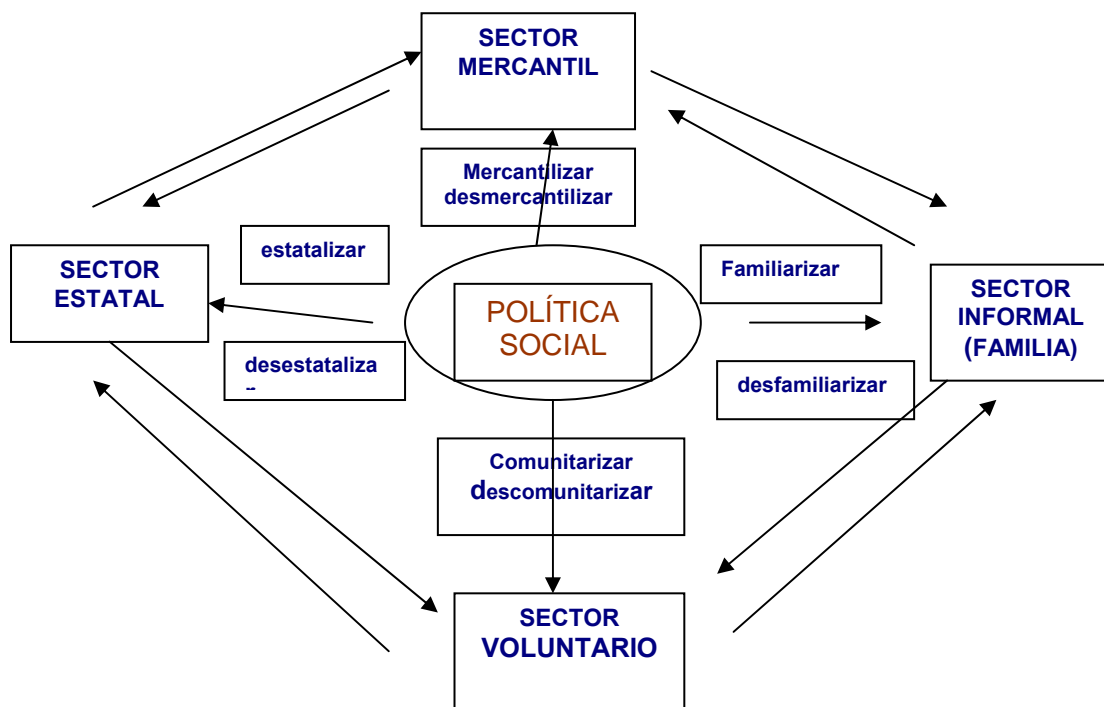
Este tipo de régimen corresponde a los países de corte “liberal” para Esping-Andersen, fundamentalmente anglosajones y basados en la tradición *beveridgeana* de cobertura universal de la seguridad social. El concepto de universalismo no significa que todos los ciudadanos reciban todos los beneficios, sino que la homogeneidad se establece en la posibilidad de todos a acceder a programas que pueden ser específicos para su edad o situación. Existe entonces un principio de ciudadanía que establece un acceso sin discriminaciones, pero la naturaleza de las prestaciones y su índole en muchos casos selectiva establece categorías de beneficiarios.

La clasificación de residual refiere a que otorga pocos derechos y unos modestos niveles de desmercantilización⁶. Se adopta una concepción restringida acerca de qué riesgos se deben considerar “sociales”, las garantías sociales se limitan típicamente a los “malos riesgos” o “riesgos inaceptables” y una definición restringida a la hora de elegir qué sujetos tienen derecho a dichas garantías. Otra característica del liberalismo es el fomento del mercado, ya sea individualmente (planes de pensiones personales, seguros de vida, etc.), o colectivamente (seguros colectivos o planes de previsión profesionales).

⁶ Las políticas sociales pueden mercantilizar o desmercantilizar. En el primer caso se traslada al mercado la asignación de recursos en la provisión del bienestar, con un peso mayor que la proporcionada desde el Estado, la familia o la comunidad. En el segundo caso, se disminuye la acción del mercado en la provisión del bienestar, trasladándola al Estado u otros sectores como la familia y el sector voluntario.

A continuación se presenta un diagrama que muestra las relaciones de ida y vuelta que tiene toda política social, con las diversas estructuras sociales, como el mercado, la familia, el Estado y el voluntariado.

Diagrama 1: Relaciones entre la Política Social y la Estructura Social



Fuente: Adelantado, J.; et al., 1999.⁷

II.1.i. Características de los modelos

Una descripción de las características de los modelos de protección a personas en situación de dependencia, para el caso de países de la Unión Europea y de la OCDE, se encuentra en el trabajo de Navarro⁸, quien los agrupa en tres sistemas:

⁷ Adelantado, José, Noguera, José A., Rambla, Xavier y Sáez Lluís. Enero - Abril, 1999. "Las relaciones entre política social y estructura social". En *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Nº 22.

⁸ Documento presentado por Micaela Navarro, Consejera de Igualdad y Protección Social de la Junta de Andalucía, en el Seminario Internacional "Los Sistemas de Cuidados, ¿Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE". Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-protecci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>

1. De protección universal para todos los ciudadanos, financiados mediante impuestos. Es el modelo de los Países Nórdicos y Holanda.
2. De protección a través del Sistema de Seguridad Social, mediante prestaciones basadas en cotizaciones. Es el modelo bismarckiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Fuera de la Unión Europea, puede incluirse a Japón en este grupo, cuyo modelo de protección se basa en un seguro de dependencia.
3. Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es fundamentalmente el modelo de los países del sur de Europa. Se puede incluir, fuera de la Unión Europea, a los Estados Unidos de Norteamérica, donde el derecho se establece bajo condición de recursos.

a) Sistema de protección universal

- Se basa en el principio de ciudadanía, de los derechos sociales, que garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita que es financiada mediante ingresos generales. No obstante los usuarios de los servicios sociales contribuyen a la financiación parcialmente, según sus niveles de renta.
- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se incorporaron como consecuencia del envejecimiento de la población en esos países.
- La cobertura es universal, la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
- La evaluación de la situación de dependencia se realiza por escalas que valoran las posibilidades de realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Es fundamentalmente de prestación de servicios.
- Hasta muy recientemente ha sido predominantemente público, pero lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios. Una de las “debilidades” es la presión que reciben los servicios municipales para hacer frente a la demanda creciente. Requiere de muy buena interrelación entre las administraciones estatales y municipales.
- Es un modelo de alto costo: De hecho, los países que han implantado este modelo, como los países nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2.6% y el 3% del PIB.
- Requiere de un buen desarrollo del sistema fiscal.

b) Sistema de protección a través de la Seguridad Social

- La protección a la dependencia se encuentra en el ámbito de la Seguridad Social, y es por tanto, financiado y gestionado en este marco. Por lo general el seguro (llamado de dependencia o de cuidados) es obligatorio y se lo considera como una extensión del seguro por enfermedad.

- Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza del derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
- Existe definición jurídica de la dependencia, en función de baremos establecidos por escalas que valoran las posibilidades de realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Aún superando la tradición familística, el seguro de dependencia es un seguro orientado al apoyo de la familia cuidadora, no para sustituirla (principio de subsidiaridad).⁹
- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, para definir prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- Las prestaciones pueden servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
- Se dan ayudas al cuidador, por ejemplo cobertura de las cotizaciones a la seguridad social de los cuidadores familiares, y servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.
- Hay libertad de elección entre prestaciones monetarias y servicios, no obstante, se tiende a favorecer la prestación de servicios, fundamentalmente cuando la gravedad de la dependencia es alta, ya que se entiende necesario que la atención más especializada sea cubierta por profesionales.
- La gestión de las prestaciones monetarias suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada, en las administraciones territoriales.
- La financiación es fundamentalmente con cotizaciones de los trabajadores, y en algunos países también de los empresarios y de los pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos en forma complementaria. La combinación entre cotizaciones e impuestos varía entre diferentes países con este modelo.
- Las prestaciones están topeadas, no cubren la totalidad de los costos de los servicios, lo que obliga a los usuarios a participar en la financiación de los mismos.
- El costo es menor que los sistemas financiados mediante impuestos. El gasto alcanza valores entre 1.2% y 1.5% del PIB.¹⁰

c) Sistema asistencial

- Se trata de un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, y alcance y extensión también limitados. Cubre necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos.
- Fuerte peso de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recaen en las mujeres de la familia (quienes representan el 80% de la población cuidadora). Mezcla de facilismo y asistencialismo.
- Hay importantes desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los servicios comunitarios.
- Al ser un sistema de protección asistencial, deja desprotegida a la clase media, porque por un lado, los requisitos de acceso referidos al nivel de renta les impide acceder a

⁹ Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 31

¹⁰ Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 33

los servicios públicos, y por otro lado sus ingresos son insuficientes para costear servicios en el ámbito privado.

- No existe definición jurídica de la dependencia, aunque cierta cobertura se encuentra en las prestaciones por invalidez y otras prestaciones de la seguridad social (prestaciones familiares, seguro por enfermedad).
- En el caso de Estados Unidos, típico modelo asistencial, los seguros privados de asistencia médica de larga duración tienen un cierto desarrollo, en cambio la provisión de servicios sociales como las ayudas a domicilio o residencias asistidas, también privados, tienen baja cobertura, sólo 2.7% los primeros y 4.2% las residencias, con respecto a la población de 65 y más años de edad.

El caso de Japón

Importa comentar el caso de Japón, por sus singularidades. Se sitúa en el modelo de cobertura por la seguridad social ya que se basa en un seguro de dependencia. No obstante, el modelo tiene doble naturaleza: contributiva y asistencial.

La tasa de envejecimiento es muy elevada en este país (19.3%) con una población mayor de 65 años de 24,7 millones de personas, de las que el 24% tiene más de 80 años. Este importante envejecimiento, junto con los cambios en la estructura de cuidados informales ha llevado a la creación de un modelo de solidaridad colectiva mediante la implantación de un sistema de cobertura universal en su doble dimensión: contributiva y no contributiva, financiado con cotizaciones e impuestos, además de una cotización fija del 10% del costo de los servicios.

El modelo japonés es un modelo de regulación, financiación y supervisión pública, gestión municipal y provisión privada mercantil de servicios.¹¹

La población beneficiaria son los mayores de 40 años, diferenciándose en dos grupos: de 40 a 64 años y de 65 y más años, siempre y cuando sean calificados como dependientes por un equipo multidisciplinario, certificación que se renueva cada 6 meses. El grado de dependencia define el tipo de prestaciones a recibir. El plan de cuidados lo realiza un administrador de casos del municipio correspondiente.

Se trata de un modelo de cobertura universal basado en la participación de todos los agentes institucionales y los ciudadanos en el sostenimiento del sistema.

Las cotizaciones son para activos (a partir de los 40 años) y pasivos, los impuestos financian el nivel asistencial. La distribución de la financiación es la siguiente: la población de 65 y más contribuye con el 17% de los ingresos totales, la población de 40 a 64 con el 33%, el Estado con el 25%, las provincias con el 12.5% y los municipios con el restante 12.5%.

La provisión de servicios es fundamentalmente por empresas privadas (98%). Se otorgan prestaciones monetarias topeadas, a efectos de contratar los servicios, a lo que se añaden ayudas técnicas y de acondicionamiento del domicilio.

¹¹ Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 61

II.1.ii. Síntesis de los modelos europeos de cuidados a personas dependientes

Cuadro 1.

	Anglosajón Reino Unido, Irlanda	Continental Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Luxemburgo	Nórdico Suecia, Finlandia, Dinamarca	Mediterráneo España(1), Italia, Portugal
Derecho a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para lo que excedan un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo. Impuestos en el nivel no contributivo. Copago en la prestación de servicios	Impuestos generales y locales. Copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que excedan un nivel de renta
Prestaciones Sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topeadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONG's y Ayuntamientos	ONG's y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Ayuntamientos, ONG's y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Aprobación de la Ley de Dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia

Fuente: Puyol, R. y Abellán, A. (2006) "Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española". Mundial Assistance. Madrid

NOTA (1): Con respecto a España cabe realizar algunas puntualizaciones, ya que el trabajo de Puyol y Abellán es del año 2006, y como se explicó más arriba, la llamada Ley de Dependencia que se aprobó en ese año, se comenzó a implementar en enero de 2007. Estos años de implantada dan cuenta de algunos cambios, por ejemplo en el ítem *Provisión de servicios según importancia*, si bien los ayuntamientos tienen una importante función de contralor y fiscalización sobre los servicios, son las empresas privadas especializadas en servicios socio sanitarios, las responsables de la inversión inicial y de la gestión de los programas. Esta modalidad de gestión por concesión a privados de servicios de carácter público, se ha implantado por razones de eficiencia, de acuerdo a lo manifestado por autoridades provinciales y expertos en la materia.

¹ Con respecto al ítem *Políticas de apoyo al cuidado informal*, se han venido incrementando acciones con respecto a los cuidadores familiares, tanto en acompañamiento y capacitación, como en la otorgación de remuneración como reconocimiento de la función de cuidado.

¹ Información proporcionada por autoridades del Municipio de Madrid y del IMSERSO, en: Pugliese, Leticia, Marzo 2009. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social.

Aún con sus diferencias, se pueden identificar algunas características comunes entre los modelos:

- Se da una tendencia a universalizar la cobertura, en prácticamente todos los modelos. El abordaje de la extensión de la cobertura a toda la población dependiente no es exclusivo de los llamados sistemas de protección universal, como es el caso de los nórdicos, de hecho, los sistemas de protección por medio de la seguridad social, si bien se basan en seguros contributivos, extienden la protección con programas no contributivos.
- El copago es una característica común, en mayor o menor medida en todos los países, ya que incluso los de naturaleza universal son modelos topeados.
- Todos los sistemas han incorporado la prestación de servicios de tipo privado. Con el control y la regulación del Estado, la gestión e incluso la inversión en infraestructura y equipos, cada vez se realiza en mayor medida por empresas privadas.
- La descentralización de la política se produce en mayor o menor medida, tanto en los sistemas universales como en los de seguro social. Esto provoca una participación importante de las administraciones municipales o territoriales. Incluso en los asistenciales, hay participación de los municipios o ayuntamientos, aunque en forma residual.

Más allá de estas características, importa destacar el planteo de Fleury y Molina¹ acerca de que en todos los modelos hay un supuesto básico de desarrollo económico para la implantación y sostenimiento del sistema. *“Se supone la existencia de un círculo virtuoso de la economía, en el cual el desarrollo económico es capaz de generar una tendencia al pleno empleo, acompañada del crecimiento de la masa salarial. Por fuera de esas condiciones ninguno de esos modelos resulta viable, sea porque: el residuo de pobres se transforma en mayoría; o los trabajadores en el mercado formal se reducen con relación al mercado informal: o los recursos fiscales son insuficientes para sostener el patrón universalizado de derechos adquiridos.”*

Este planteo, con el que se puede discrepar, y que arrastra la clásica posición de los organismos financieros internacionales, sobre la necesidad de crear una buena base económica en la cual apoyar las políticas sociales, es no obstante, muy atendible, y en cierta medida explica las razones del crecimiento del Estado de Bienestar en los países más desarrollados de Europa y sus crisis de funcionamiento en los momentos de crisis económica. Sin embargo, los extremos de esta posición, que llevaron a creer en el fin de este tipo de Estados, no se ratificaron en los hechos, ya que los modelos de protección social tuvieron que modificarse, flexibilizarse e incluso reinstitucionalizarse, pero no sólo no dejaron de funcionar, sino que fueron ampliando sus funciones. Ejemplo de esto son los nuevos programas y servicios para la creciente población dependiente por edad y discapacidad, que se han incrementado en todos los países.

Por último, hay que señalar que en los sistemas concretos de cada país, no se encuentran estos modelos en forma pura, sino que se dan combinaciones de características de uno u otro.

¹ Fleury, Sonia y Molina, Carlos (2000). *Modelos de Protección Social*. BID – INDES.

II.2. Modelos de protección en América Latina

En el caso de la protección social en América Latina, resulta más compleja la identificación de grupos de países con características identitarias similares, como para incluirlos en las clasificaciones de los modelos europeos. Tampoco se cuenta con estudios teóricos en profundidad, detalle y continuidad, como los realizados para aquellos países.

II.2.i Clasificación basada en la evolución de las instituciones de seguridad social

Como afirman Fleury y Molina² *Buena parte de los estudios sobre el desarrollo de la protección social en América Latina estuvieron centrados en las políticas e institucionalización de la seguridad social, incluyendo el seguro social para pensiones y salud.* Esto dejaría de lado el análisis del alcance de la protección social en sectores informales y en algunas políticas sectoriales como educación y vivienda. Aún con esas limitaciones, afirma que la caracterización de las políticas de seguridad social es esencial para entender la protección social en la región.

En esta línea de análisis, Carmelo Mesa-Lago³ realiza una clasificación de los sistemas de seguridad social latinoamericanos en tres grupos, en función del tiempo de implantación y desarrollo del sistema: países pioneros o altos; intermedios y tardíos o bajos.

1. Grupo Pionero

Está compuesto por los países que introdujeron sus sistemas en las década de 1910, 20 o 30: Uruguay, Argentina, Chile, Cuba y Brasil. Se caracterizan hoy por una cobertura universal o casi universal en servicios de protección social básicos, una marcada estratificación en la calidad y condiciones de acceso de estos, un rango estratificado de servicios para la población, y situación de déficit estructural en materia de recursos y gastos.

2. Grupo Intermedio

Este grupo introdujo los programas de seguridad social entre los años 1940 y 1950, lo integran Costa Rica, Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. Dentro de los intermedios puede distinguirse dos tipos diferentes, los que han avanzado hacia el modelo estratificado maduro desde una lógica excluyente (similar a los modelos tardíos), de aquellos como Costa Rica que han avanzado en niveles de cobertura, oferta y calidad de servicios sin incurrir en la estratificación y desigualdad de los sistemas pioneros.

3. Grupo Tardío

Los programas de este grupo fueron creados en las década de 1960 y 70, está integrado por la República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití. Presentan una baja cobertura poblacional, un limitado menú de opciones en materia de

² Fleury y Molina. (2000). Op. cit.

³ Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio. 1998 *Manual de Economía de la Seguridad Social en América Latina*. CLAEH Centro Latinoamericano de Economía Humana. Montevideo. Uruguay.

servicios, y una desproporcionada calidad y cantidad de beneficios a los sectores efectivamente protegidos.

Se le ha criticado a esta clasificación de Mesa-Lago que no es propiamente una tipología de los Estados de bienestar, sino una ubicación de países en un continuo de desarrollo de políticas sociales. Esta forma de clasificación ha sido criticada desde la literatura orientada al análisis de los *welfare states* en Europa, no sólo por lo lineal y evolutivo del análisis, sino también por apoyarse fuertemente en indicadores de cobertura y gasto.

II.2.ii Clasificación basada en variables históricas y de redistribución del gasto público

Fernando Filgueira construye lo que denomina “*Una tipología tentativa de los Estados sociales en América Latina 1930 - 1970/80*”⁴, que si bien responde en buena medida a la propuesta de Mesa-Lago, intenta una conceptualización y explicación histórica del desarrollo de los sistemas de bienestar en los países de la región, e incorpora además el grado de madurez institucional de la política y del nivel del gasto, la variable de *cómo se gasta*, particularmente teniendo en cuenta el efecto redistributivo del gasto.

Con la salvedad de la limitación que plantea el período estudiado - teniendo en cuenta los importantes cambios políticos y sociales que se produjeron posteriormente y que se siguen produciendo en la actualidad - se considera importante el aporte de este autor, que establece tres tipos de sistemas:

1) Universalismo estratificado

Ubica en esta clasificación a Uruguay, Argentina y Chile. La primera dimensión central que caracteriza a este grupo de países es que hacia 1970 todos ellos protegían de alguna u otra forma a la mayor parte de la población mediante sistemas de seguro social y de servicios de salud, y habían extendido la educación primaria e inicial secundaria a toda la población. Ofrecían extendidos niveles de prestación de servicios fuera del mercado y provisión de beneficios monetarios para diversas situaciones de imposibilidad laboral.

La otra característica central de estos sistemas la constituye una fuerte estratificación de beneficios, condiciones de acceso, y rango de protección en materia de seguro social y en similar medida en salud. Los trabajadores del Estado, los profesionales, los trabajadores de servicios urbanos y trabajadores fabriles urbanos tuvieron acceso en ese orden a protecciones y beneficios, y también en ese orden estratificaron calidad y acceso. Los trabajadores por cuenta propia, el sector informal, desempleados crónicos, trabajadores rurales y del servicio doméstico lo hicieron más tardíamente y con mayores dificultades en el acceso y menores niveles de calidad de los beneficios.

La explicación del peculiar desarrollo de estos sistemas sociales se relaciona con la economía política del desarrollo nacional y la administración política de este. Los casos de Argentina y Uruguay presentaron un Modelo Sustitutivo de Importaciones, basado en exportaciones de bienes primarios con muy baja demanda de mano de obra y con alta

⁴ Filgueira, Fernando.1998. *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. En Ciudadanía y Política Social Bryan Roberts (Editor). FLACSO. San José, Costa Rica. p.81

rentabilidad internacional. El Estado apoyó a la industria nacional y creó empleo público, lo cual sirvió para incorporar a los sectores subalternos quienes tuvieron una temprana sindicalización. Esto permitió negociar e implementar extendidos programas de protección social con financiamiento tripartito en el caso del seguro social y unilateral (estatal) en el caso de educación y para ciertas áreas de salud.

2) Regímenes duales

Acá se ubican Brasil y México. Estos regímenes presentaban hasta la década de los setenta un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un importante aunque estratificado grado de cobertura de salud. En lo relativo a la seguridad social la cobertura acentuaba los aspectos estratificados de los sistemas maduros sin la cobertura universalizada de los mismos.

Se encuentran diferencias regionales, ya que hay desarrollo del mercado formal, y protección en ciertos Estados y regiones y desprotección y baja incorporación de la mayor parte de la población (ya sea vía el mercado o por la vía del Estado) en otros Estados. Estos países se han caracterizado por un desarrollo del Modelo de Sustitución de Importaciones apoyado en las rentas provenientes de economías primarias con alta intensidad de mano de obra y con una importante heterogeneidad regional en los niveles de desarrollo económico y social.

3) Regímenes excluyentes

En estos regímenes se incluyen República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Bolivia, Ecuador⁵. Se caracterizan por presentar elevados niveles de pobreza y escasa cobertura de protección social. La pobreza medida a través de ingresos excede el 50%. Hacia 1970, en la mayoría de ellos, menos del 20% de la población se encontraba cubierta por programas básicos de seguridad social.

Cuentan con sistemas elitistas de seguro social y salud, y dual en materia de educación, que se explica porque las elites jugaron un papel fundamental, en economías de enclave basadas en la exportación de bienes primarios. Los sistemas de protección social consisten en su mayor parte de políticas elitistas que agregan privilegios a sectores de la población de por sí privilegiados. Esto es permitido por la baja organización de los sectores subalternos a nivel político y social como consecuencia del carácter represivo de los regímenes políticos de estos países.

En cuanto al efecto redistributivo de estos sistemas, la actuación de estos sistemas en la amortiguación o el reforzamiento de las desigualdades económicas, constata: que en el "Universalismo estratificado" a pesar de que los beneficios sociales seguían la pauta de estratificación presente en el sistema social, la amortiguaron. Es decir, que luego de las transferencias sociales, la desigualdad de ingresos de los hogares disminuiría. En cambio en los regímenes duales los sistemas de protección amortiguan la segmentación social solamente en los sectores incorporados a formas de protección modernas y la acentúan entre estos y los sectores desprotegidos. En los países excluyentes, los sistemas de

⁵ En estos últimos cabe la acotación realizada más arriba, sobre los cambios políticos que están ocurriendo en la actualidad y que podrían llegar a significar cambios en la estructura de poder y desigualdad social, que el trabajo de Filgueira no llega a contemplar porque su análisis es de un período anterior.

protección y seguro social consisten en su mayor parte de políticas elitistas que agregan privilegios adicionales a población que ya se encuentra en situaciones privilegiadas.

A la clasificación realizada por Filgueira, Fleury y Molina (2000, op. cit) le incorpora una variante, agregando una cuarta categoría, que llama de *países universalistas*, en los que ubica a Costa Rica y Cuba. Ellos tendrían al igual que el primer grupo coberturas universales, pero sin el componente de estratificación.

II.2.iii La focalización en la población más vulnerable

De acuerdo al análisis de Fonseca⁶, la protección social en América Latina y el Caribe, que comenzó en las primeras décadas del siglo XX dominada por la concepción de seguro social, de tipo corporativo y por tanto vinculada al trabajo, tuvo un cambio significativo en las últimas dos décadas del siglo XX a raíz de la crisis económica y los programas de ajuste estructural.

Esas situaciones que se dieron en los años 80, provocaron severos costos sociales, provocaron crisis en los sistemas de seguros y agravaron la pobreza. En este contexto las políticas se redireccionan a los grupos más vulnerables. A mediados de los años 90 se realizan en la región, reformas en los sistemas de seguro y surgimiento de los primeros programas de transferencias condicionadas de ingreso.

Estos programas fueron considerados como innovadores por romper con el modelo de seguro social y por establecer corresponsabilidades Estado / usuarios, con el objetivo de mejorar los niveles educacionales, impedir la evasión escolar, el trabajo infantil, incrementar los cuidados de la salud y apoyar la nutrición.

La focalización de estos programas ha sido: familias pobres o muy pobres, con niños y adolescentes. Las contrapartidas o condiciones establecidas son mecanismos de entrada y permanencia de los beneficiarios.

Otra característica de estos programas es que no pertenecen al campo de los derechos, son programas meramente asistenciales, donde la titularidad de los derechos es transitoria y básica. En este sentido, *existe el riesgo para el Estado de sólo proveer servicios pobres y sólo para los pobres*, como señala Fonseca.

Entre los desafíos de esos programas se encuentran los de agregar otras políticas alrededor de las familias que reciben la transferencia, y hacer del programa un camino de entrada en una red más amplia de protección. Es decir, se entiende necesario la ampliación sucesiva del "foco".

En este sentido, en el caso de México y su programa *Oportunidades* se amplió la población objetivo por medio de la incorporación de los adultos mayores de 70 años integrantes de las familias beneficiarias.⁷

⁶ Fonseca, Ana. 2007. *Los sistemas de Protección Social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD.

⁷ Ellos reciben 25 dólares adicionales al apoyo que se le otorga al hogar por alimentación. Como contrapartida, los adultos mayores tienen que asistir a una cita semestral programada de acuerdo a la estrategia de atención definida por el sector salud. Fonseca (2007) pág. 10.

En el caso de Uruguay, el programa *Ingreso Ciudadano* finalizó al diseñarse el Plan de Equidad, cambiando la transferencia monetaria por un conjunto de medidas de mayor alcance. Y aún manteniendo la direccionalidad en familias con niños, se aplicaron algunas medidas para las personas adultas mayores, como por ejemplo la Asistencia a la Vejez, que complementa a la antigua Pensión a la Vejez (donde uno de los requisitos es contar con 70 y más años de edad), incorporando otro tramos de edad de este colectivo (entre 65 y 70 años).

II.2.iv. Coordinación de políticas sociales con enfoque de derechos

En los últimos años se han producido cambios en la configuración institucional de varios países de América Latina, que se inscriben en cambios en el escenario político y refieren a nuevas concepciones de políticas sociales. Contando con el apoyo y asesoramiento de organismos internacionales, fundamentalmente de Naciones Unidas y sus agencias (CEPAL, UNFPA, etc.)

Las nuevas configuraciones institucionales - como por ejemplo los Ministerios de Desarrollo Social de distintos países, así como los Consejos de Ministros Sociales y los Consejos Nacionales de Coordinación de Políticas Sociales - intentan responder al desafío de coordinación e integración de dichas políticas, entre ellas las dirigidas a la población adulta mayor.

Se parte del reconocimiento del fracaso de las políticas de focalización de las últimas décadas del siglo pasado, y se tiende a una concepción de universalización de las mismas, y a un énfasis en los derechos de quienes antes eran considerados “beneficiarios” y ahora pasarían a ser “titulares de derechos”.

Asimismo se intenta cambiar las orientaciones de políticas sectoriales a políticas integrales y/o integradas, atendiendo al criterio de transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades, de ahí la importancia de las instancias y figuras institucionales encargadas de la coordinación e integración de las políticas en sistemas nacionales.

En lo que respecta a adultos mayores, se puede observar en el siguiente cuadro la identificación de organismos e instituciones encargados de la coordinación en algunos países seleccionados de América Latina.

Cuadro 2. Coordinación de las políticas de Adultos Mayores

País	Organismo de Coordinación Intersectorial	Institución Gubernamental Responsable
Argentina	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales	DINAPAM. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social
Brasil	Secretaría Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	Instituciones del Plan de Acción Intergubernamental
Bolivia	-----	-----
Chile	Consejo de Ministros Sociales, coordinado por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN)	SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Colombia	-----	-----
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor – CONAPAM (2000). El CONAPAM cuenta con un Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC), conformado por las personas responsables de acciones programáticas para adultos mayores en diferentes instituciones.	Junta Rectora: Integrada por el Presidente de la Rep, Ministros Sociales, Presidentes de Instituciones de seguridad social, representantes de universidades estatales, de la Asoc. Gerontológica, de las asociaciones de pensionados y de la Federación Cruzada Nacional de Protección al anciano.
Ecuador	-----	-----
México	Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de Adultos Mayores (creado en 2003)	INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Uruguay	Gabinete Social y Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2005).	Por Ley N° 18.617 de oct. 2009, se creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), éste sería el responsable de la coordinación. Aún no está en funcionamiento

Fuente: Elaborado en base a datos de Proyecto OISS. *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur*. (2008) y Proyecto OISS. *Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Ecuador y México. Análisis para un Diagnóstico*. 2009. En www.imsersomayores.csic.es

En América Latina y el Caribe el envejecimiento, aún con distintos ritmos de avance, es un proceso generalizado; todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas. Esto es resultado de la transición demográfica que en mayor o menor medida estos países están atravesando, y que implica un descenso sostenido de la mortalidad y de la fecundidad, y un aumento de las expectativas de vida. El proceso de envejecimiento genera desafíos y oportunidades para estas sociedades. (CEPAL 2004)⁸.

La creciente demanda de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores se explica por una serie de factores sociales que tienen que ver con los cambios demográficos (incremento del envejecimiento como se señaló), así como cambios en los modelos de la institución familiar y el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral.

⁸ CEPAL. (Marzo 2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Chile.

Las respuestas de cada país, en la implementación de nuevas políticas, así como en la coordinación de políticas ya existentes, depende en buena medida del modelo de protección de ese país.

En el caso de Argentina, Chile y Uruguay, países *pioneros* en seguridad social de acuerdo a Mesa – Lago y Bertranou (1998) y de *universalismo estratificado* de acuerdo a Filgueira (1998), con buena cobertura de seguridad social, de salud y de educación, ya en la década del 70. En el cuadro 2 se observa que en los últimos años se ha comenzado a modificar el enfoque de estratificación de la protección, con coordinaciones interinstitucionales que se llevan a cabo desde el más alto nivel institucional, y en dos de esos países estaba en funcionamiento desde antes del año 2006, organismos específicos de políticas para adultos mayores.

No obstante estos mecanismos instituidos no significan que la coordinación haya permitido alcanzar niveles de integralidad de las políticas, como se expresa en el informe de OISS *“Si bien estos países están avanzando en la formulación de una Política Integral hacia los Adultos Mayores, solo Brasil y Chile afirman que cuentan con ella. Argentina informa que existe una institucionalización instrumentada sobre la base de políticas sectoriales.....”*

Si bien en México y Brasil existen instituciones de coordinación de políticas, información proporcionada por la OISS da cuenta que en ambos países muchos de los programas y servicios para adultos mayores sólo se implementan en algunos estados, y en ellos difiere en forma importante el nivel de cobertura, lo que está en concordancia con el tipo de *régimen dual* según la clasificación de Filgueira.

Ecuador y Bolivia entran en la categoría de *países excluyentes* de Filgueira. Esto es consistente con la inexistencia de organismos de coordinación intersectorial en ambos países. De acuerdo a la fuente del cuadro 2 (Proyecto de OISS), en Bolivia, las Instituciones que prestan apoyo y servicios a la población adulta mayor son muy limitadas. De un total de 45 instituciones, sólo 6 son Gubernamentales, 20 son No Gubernamentales y 19 son Eclesiásticas. Todas son de carácter asistencial. En Ecuador, se señala la inexistencia de una política central que nucleee los diferentes sectores, lo que existe son algunas iniciativas sectoriales y parciales de instituciones gubernamentales.

Colombia es considerada por Mesa-Lago y Bertranou formando parte del *Grupo Intermedio*, donde los programas de seguridad social se introdujeron entre los años 1940 y 1950, y no lograron importantes niveles de cobertura (con excepción de Costa Rica). De acuerdo a los informes de OISS, en Colombia se encuentran Programas sectoriales de carácter asistencial.

Por ejemplo: Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), a cargo del ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Social, del Ministerio de Protección Social. (pag. 71 y 72 de la fuente) Está dirigido a ancianos pobres, que no cotizaron a la seguridad social y viven solos o abandonados por sus familias en residencias de ancianos. Se brinda subsidio en efectivo y soporte nutricional y recreativo. Plan de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM), a cargo de un entidad gubernamental denominada Red de Solidaridad. Algunos programas son desarrollados como mixtos, es decir por organizaciones no gubernamentales, con fondos estatales. También existe una diversidad de programas desarrollados y ejecutados por instituciones de seguridad social.

En cuanto a Costa Rica, como se señaló más arriba, Fleury y Molina (2000) lo incorpora junto a Cuba en una nueva categoría que denomina *países universalistas*. De hecho, como se puede observar en el cuadro 2, existe una Junta Rectora en lo que atañe a políticas de adultos mayores, que está conformada por las más altas autoridades (comenzando por el Presidente de la República), y diversas instituciones, y es el único país en el que hay una Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de las personas adultas mayores.

III. Consideraciones finales

En todos los países, europeos, americanos, asiáticos, el envejecimiento demográfico se ha incrementado en forma sostenida, lo que ha provocado mayores demandas de programas y servicios para ese colectivo.

Los modelos de protección social más avanzados, como es el caso de los países europeos, han expandido los servicios socio sanitarios de larga duración, para la atención de personas dependientes por edad o discapacidad.

En los países de América Latina, hay consenso en trabajar por la implementación de nuevos servicios de cuidado de larga duración, cuestión que es respaldada por los organismos y agencias internacionales.

El camino a recorrer parece estar direccionado en los siguientes aspectos:

- ✓ El horizonte es el logro de políticas y planes integrales para las personas adultas mayores;
- ✓ La búsqueda de coordinación intersectorial de políticas en aquellos países en lo que no existe dicha coordinación;
- ✓ Profundizar y mejorar la coordinación de las políticas para personas adultas mayores, en aquellos países en los que se instalaron mecanismos de coordinación intersectorial;
- ✓ Enfocar las políticas de las personas mayores, en los derechos humanos de las mismas, enmarcado en un enfoque de derechos humanos que transversalice todas las políticas sociales.
- ✓ Diseño e Implementación de Políticas, Programas y Servicios.
- ✓ Definición del alcance de la cobertura: universal o selectiva, así como la gradualidad en la incorporación de colectivos.
- ✓ Definir forma de financiación (vía impositiva o contributiva o un mix de ambas). Participación de los usuarios de los servicios en su financiamiento (copago)
- ✓ Definición de formas de gestión, por ejemplo descentralizada o no. En su caso, grado de descentralización. Participación de las administraciones territoriales en el financiamiento y gestión.

Estos aspectos se encuentran en discusión en algunos países de la región, incluido el nuestro. En estas discusiones se destacan, la perspectiva de derechos humanos, la tendencia a la universalización de la cobertura y las opciones de contributivo y no contributivo de los programas en cuestión.

El enfoque de “derecho”, marca un cambio conceptual, pasando de una preocupación en materia de “bienestar social” a una cuestión de legítimos derechos humanos. El tema va

más allá de una concesión del Estado o de los grupos privilegiados de la sociedad hacia los grupos menos privilegiados o más vulnerables, sino que el reconocerlo como “derecho” implica que hay un sujeto activo que es el titular del derecho y puede reclamarlo, y un sujeto pasivo que es el obligado por ese derecho (el Estado). *Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad.*⁹

Esta posición es relevante si se quiere marcar una diferencia con las políticas asistencialistas. No sucede lo mismo con otras políticas, como las de seguridad social, que tienen un claro basamento en los derechos humanos.

“El derecho a la Seguridad Social es uno de los derechos sociales fundamentales reconocidos en numerosos documentos y declaraciones internacionales de derechos humanos, por lo que constituye un imperativo jurídico y moral para las autoridades públicas, para todos los ciudadanos y para la comunidad internacional”¹⁰

La viabilidad de las políticas y su sostenimiento, dependen en buena medida de los recursos que el Estado y la sociedad puedan destinar para ellas. En este sentido, una combinación de los programas en contributivos y no contributivos puede ser deseable, sin falsa contradicción entre contributivos por un lado y universales por otro. De hecho, como se aprecia en el cuadro de Puyol y Abella (Cuadro 1), el derecho a la protección social de la dependencia, en países donde hay preeminencia de la seguridad social, puede ser *Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo*.

Un *mix* de contribución y no contribución; o de impuestos, cotizaciones y copago, en lo que respecta a la financiación. Un *mix* de prestaciones de servicios estatales y privados, en la gestión. Un *mix* de apoyo, “respiro” y en algunos casos sustitución, de los cuidadores familiares. Prestaciones sociales que combinen servicios, ayudas monetarias y ayudas técnicas. Estudiar estas variadas mezclas de opciones, así como profundizar en el conocimiento y reflexión de experiencias consolidadas, sin pretender extrapolar a países con otras características culturales, sociales y económicas, está en la base de la discusión de diseños de sistemas de protección para la población dependiente.

⁹ Abramovich y Courtis, 2006. Citado por Rodríguez – Piñero, Luis. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. CEPAL Marzo 2010.

¹⁰ Nicolliello, Ariel. *La Seguridad Social: Derecho Humano Fundamental*. En: Informe de Seguridad Social, N° 2, diciembre 2002. Publicación privada del Grupo de Investigación de Seguridad Social, del Instituto de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, de la Fac de Derecho de la Universidad de la República.

Referencias bibliográficas

- Abramovich y Courtis, 2006. Citado por Rodríguez – Piñero, Luis. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. CEPAL Marzo 2010.
- Adelantado, José, Noguera, José A., Rambla, Xavier y Sáez Lluís. Enero - Abril, 1999. "Las relaciones entre política social y estructura social". En *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Nº 22.
- CEPAL. (Marzo 2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Chile.
- Esping-Andersen, Gosta. 1998 *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ed. Ariel
- Filgueira, Fernando.1998. *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. En *Ciudadanía y Política Social* Bryan Roberts (Editor). FLACSO. San José, Costa Rica. p.81
- Fleury, Sonia y Molina, Carlos (2000). *Modelos de Protección Social*. BID – INDES.
- Fonseca, Ana. 2007. *Los sistemas de Protección Social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD.
- Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio. 1998 *Manual de Economía de la Seguridad Social en América Latina*. CLAEH Centro Latinoamericano de Economía Humana. Montevideo. Uruguay.
- Micaela Navarro, "Los Sistemas de Cuidados, ¿Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. *Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE"*. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-proteccion-Espa-y-Europa.pdf>
- Moreno, Luis. 2000 (1era. edición. Diciembre de 2000). *Ciudadanos precarios. La "última red" de protección social*. Barcelona, Editorial Ariel S.A. pp.74-82.
- Nicollielo, Ariel. *La Seguridad Social: Derecho Humano Fundamental*. En: Informe de Seguridad Social, Nº 2, diciembre 2002. Publicación privada del Grupo de Investigación de Seguridad Social, del Instituto de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, de la Fac de Derecho de la Universidad de la República.
- OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social). Proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur*. 2008.
- OISS. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social). Proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las*

- personas mayores en Bolivia, Colombia, Ecuador y México. Análisis para un Diagnóstico.* 2009. En www.imsersomayores.csic.es
- Pugliese, Leticia, Marzo 2009. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud.* Banco de Previsión Social.
 - Puyol, R. y Abellán, A. (2006) “Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española”. Mundial Assistance. Madrid.

Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes.

Segunda parte:
Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa

Soc. Leticia Pugliese

PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPENDIENTES.

SEGUNDA PARTE: Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa

I. Introducción

Como se señaló en la Primera parte de este trabajo, el objetivo es realizar una revisión de los programas y servicios socio-sanitarios dirigidos al cuidado de las personas adultas mayores dependientes, que existen en distintos países, como estudio descriptivo de sistemas comparados.

El trabajo se dividió en dos partes. La primera consistió en una revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección a las personas adultas mayores dependientes. En esta segunda parte se abordará el estudio descriptivo de Programas y Servicios para adultos mayores en algunos países de América, Asia y Europa.

II. Algunas definiciones

En primer lugar importa definir algunos conceptos para especificar qué se entiende por Cuidados de personas adultas mayores dependientes.

DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES

La dependencia es un nuevo riesgo social y el cuidado es un derecho. En las sociedades modernas existe una legitimación social de la atención colectiva a necesidades particulares. Los programas de protección social tienen por origen el hecho de la toma de conciencia de determinados problemas o necesidades que trascienden lo personal y pasan a ser sociales. Se trata de cubrir riesgos en forma colectiva.

En la primera parte de este trabajo, se intentó mostrar cómo los modelos de protección social en determinados países se diferencian por responder en forma particular a las preguntas de qué consideran riesgo social, quién los cubre, qué tipos de riesgos se comparten colectivamente y cómo se comparten.

Las respuestas a estas preguntas tienen consecuencias para comprender la estructura resultante de la distribución de la provisión del bienestar por distintas instituciones sociales (familias, estado, mercado y comunidad) y sus interrelaciones.

La dependencia puede ser por edad o por enfermedad o discapacidad. En el caso de los adultos mayores, la dependencia es provocada por situaciones de pérdida de autonomía funcional, vulnerabilidad y fragilidad.

Una persona adulta mayor se considera dependiente cuando no puede realizar sin ayuda de otra persona, algunas actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria. Se

entiende por tales, aquellas actividades que se han de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social¹.

Hay grados de dependencia, que pueden resumirse en dependencia baja, mediana y alta, o también como dependencia moderada, grave y muy grave. Los niveles de dependencia van a determinar la carga de cuidados necesarios.

Para su medición se utilizan baremos que establecen el nivel de dependencia de acuerdo a determinados criterios que refieren a la cantidad de esas tareas que la persona puede realizar en forma autónoma, o con diferentes niveles de ayuda.

CUIDADOS

Las ayudas que recibe o debería recibir para realizar las actividades de la vida diaria, son "cuidados". No se limitan a apoyos instrumentales, sino que al estar vinculados a una relación personal entre persona cuidada y persona cuidadora, se establecen lazos afectivos, que posibilitan brindar el apoyo emocional que la persona dependiente necesita por su situación de vulnerabilidad y fragilidad. Esto puede variar por el tipo de vínculo, formal o informal.

Batthyány, K (2008), sintetiza conceptos de la literatura especializada, definiendo como cuidado o apoyo informal los cuidados que se prestan por familiares, amigos, vecinos, se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación, no está necesariamente profesionalizado y no se realiza de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso. Los cuidados formales son los que se realizan en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etc.).²

En la discusión del tipo de ayudas que brindan las personas cuidadoras remuneradas (en servicios de acompañantes de Uruguay, que se verá más adelante) también se encuentran referencias al apoyo emocional.

Entrevista a un delegado de la Federación Uruguaya de la Salud: *La FUS ha estado estudiando el tema y entiende que las tareas de los acompañantes son la de brindar apoyo psico - afectivo, no asistencial sanitario.*³

¹ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo durante la noche, comer) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interactuar con el medio. En esta categoría se incluyen por ejemplo, utilizar el teléfono, tomar la medicación en tiempo y forma, subir y bajar escalones, tomar un ómnibus u otro medio de transporte, preparar la propia comida, realizar compras, realizar actividades domésticas básicas (lavar la vajilla, hacer la cama, etc.), pasear y concurrir a actividades recreativas y culturales, ir al médico, realizar trámites y administrar el propio dinero, entre otras.

² Batthyány, Karina. "Género y cuidados familiares. El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo." En *El Uruguay desde la Sociología V*. Dpto. de Sociología, Fac. de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2007.

³ BPS. *Informe Servicio de compañía y cuidados a jubilados y pensionistas del BPS*. Montevideo, Uruguay (Pugliese, Leticia, coordinadora, marzo 2010).

En la discusión sobre el rol del cuidador,

se encuentra muchas veces una difusa frontera entre los cuidados en situaciones de dependencia, de los cuidados de enfermería o del trabajo doméstico. La definición de las tareas de cuidado, buscando su especificidad y por tanto su separación de otros tipos de funciones, es esencial para una definición acabada de los cuidados a personas dependientes. Sin embargo, ¿es posible una marcada delimitación?

Entrevista a un trabajador de una empresa de acompañantes y dirigente sindical: *Al realizar las tareas se necesita cierta flexibilidad. Porque a veces hay que realizar algo de enfermería, por ejemplo no sólo se debe vigilar el pasaje del suero, sino también tener en cuenta que si el goteo es rápido y el suero tiene potasio, puede perjudicar a un enfermo diabético, y también algo de higiene del ambiente, por ejemplo si se acompaña a un hombre que vive solo y tiene mal higienizado su hogar, al menos debe limpiarse el lugar en que se encuentra.*⁴

Más allá de lo específico, hay una definición general y abarcativa que proporciona CEPAL. “Se trata de una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.”⁵

SISTEMA DE CUIDADOS PARA ADULTOS MAYORES

La literatura especializada en la temática de la atención a personas mayores, así como la normativa en derechos de dichas personas, y los modelos de referencia en distintos países que cuentan con sistemas de cuidados para esta población, coinciden en que el modelo debe ser *preventivo, progresivo, coordinado e integrado*, a partir de un sistema socio-sanitario que incluya una amplitud de opciones de servicios, acorde a la evaluación del perfil del adulto mayor y de su entorno.

Preventivo: porque el objetivo es el mantenimiento de la capacidad funcional de los adultos mayores, de su autonomía y calidad de vida en su hogar, evitando o retardando la institucionalización, que sólo se aplicará cuando no puede resolverse la situación en instancias intermedias.

Progresivo: porque los niveles de dependencia van aumentando en forma progresiva con la edad. Si bien envejecer no es enfermar, y la mayoría de los adultos mayores no llegan a ser dependientes, se ha constatado que existe correlación entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia. El aumento de la edad es un factor de riesgo de dependencia, y la declinación funcional suele incrementarse en forma progresiva, especialmente si no se ha realizado una buena prevención.

Coordinado e integrado entre los diferentes ámbitos públicos, así como entre lo público, privado y comunitario, incluyendo a los propios interesados en sus organizaciones. Un sistema integrado en lo social y coordinación con lo sanitario, constituido por redes locales

⁴ Ibídem

⁵ CEPAL (2009). Panorama Social de América Latina.

de servicios coordinadas de tal forma que puedan atender eficientemente necesidades de carácter polimórfico.

OBJETIVOS Y DESTINATARIOS

Entre los objetivos de un sistema de cuidados para personas mayores, que intenta resolver situaciones que involucran a las familias cuidadoras y a los trabajadores y trabajadoras remuneradas, se podrían considerar los siguientes:

- i. Ofrecer servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia, tratando de evitar o retardar la institucionalización, a fin de conseguir un envejecimiento activo y saludable como lo recomienda el marco normativo de derechos de personas adultas mayores. Destinatarios: Adultos mayores con baja o moderada dependencia.
- ii. La atención y el cuidado de situaciones de dependencia en sus diferentes niveles, apoyando al adulto mayor y a sus familiares cuidadores; Destinatarios: Adultos mayores con moderada o alta dependencia y familiares cuidadores.
- iii. Ofrecer recursos o servicios formales de atención que influyan positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan problemas de salud de cuidadoras/es familiares originadas en la propia función de cuidado, dando respiro y apoyo; así como eliminar obstáculos para su desarrollo personal y profesional que se ve limitado por la dedicación en tiempo y esfuerzo de esta actividad. Destinatarios: cuidadoras/es familiares.
- iv. Profesionalizar los servicios de cuidados. Destinatarios: cuidadores/as remuneradas, que en su gran mayoría son mujeres, de mediana edad, con bajo nivel de educación, desempeñando un tipo de trabajo desvalorizado socialmente, mal remunerado y con poca cobertura de derechos; cuidadoras/es familiares y en forma indirecta las personas mayores receptoras de cuidados.

III. Catálogo de Servicios de Cuidados

Los servicios de cuidados tienen especificidad según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Las últimas tendencias en las ofertas de estos servicios es la concatenación, servicios que se ensamblan y se ofertan paulatinamente a medida que surgen o se complejizan las necesidades o dependencias.⁶

Entre los principios rectores se encuentran “envejecer en casa” y “derecho a la autonomía y la autodeterminación”, que han sido establecidos en diversas instancias de reconocimiento de los derechos de los adultos mayores, y que se reafirmó en el Plan de Acción de Madrid (2002).⁷

En este sentido, se puede intentar una clasificación de servicios que vaya de los dirigidos a personas mayores con baja o mediana dependencia, y que por lo tanto puedan

⁶ Alberti, Ricardo, en *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Universidad Católica. IPES. UNFPA. Montevideo, Uruguay, Dic. 2009.

⁷ ONU. Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Foro de Madrid. 2002.

permanecer en su hogar, incluso viviendo solas, hasta los residenciales o institucionales, para aquellos que por su alta dependencia no puedan permanecer en su hogar y necesiten, como último recurso, ser institucionalizados.

9) Residencias de Larga Estadía	Se tiende a una combinación de servicios y una oferta flexible.
8) Servicios de Estancias Temporales	
7) Servicios de Inserción Familiar	
6) Viviendas Protegidas	
5) Centros Diurnos	
4) Servicios de Ayudas domiciliarias	
3) Servicio de Teleasistencia domiciliaria	
2) Programas de ayudas técnicas y adaptación de las viviendas	
1) Programas de comidas a domicilio	

Paralelamente se encuentran las prestaciones económicas vinculadas a cuidados, como ser:

- Prestación económica vinculada a la adquisición del servicio
- Programas de apoyo económico a cuidadores familiares

Los servicios reseñados no son necesariamente todos los servicios existentes para el cuidado de personas adultas mayores, los que se presentan son los más difundidos en la mayoría de los países estudiados, como servicios públicos. La forma escalonada en la que se presenta la enumeración de los mismos, no significa que se ofrezcan en forma mecánica ascendente, en realidad hay una dinámica más compleja de concatenación, que puede ser diferente de acuerdo a la situación de cada beneficiario, que debería poder optar por uno u otro de acuerdo a sus necesidades, al grado de dependencia y a sus valores.

III.1. Servicios

1. Programas de Comidas a domicilio

Definición

Programas de alimentación y servicio de comidas a domicilio, que pueden proveerse en el hogar de personas mayores o en un lugar colectivo, cuyo objetivo es proporcionar soporte nutricional complementario para mantener o mejorar el estado de salud, y aliviar a los usuarios de las tareas de compra de alimentos y preparación de las comidas.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Israel, Canadá, Suecia, Dinamarca, Noruega, España, Uruguay

En Israel los servicios de comidas a domicilio se denominan “comidas sobre ruedas”. También en Canadá se brinda este servicio. En los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega), los servicios de comidas a domicilio se organizan a través de centros de servicios sociales que también funcionan como lugares de reunión, y están abiertos a todas las personas de la comunidad local.⁸

⁸ OISS Documento de trabajo “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales: Análisis de experiencias y modelos internacionales”. 2008

En España, algunas empresas que ofrecen el servicio de Teleasistencia, lo complementan con el servicio de comidas a domicilio como servicio asociado.

En Uruguay el Centro Geriátrico Hospital - Hogar "Dr. Luis Piñeyro del Campo" cuenta con un servicio de comidas a domicilio, dirigido a la comunidad.

2. Programas de ayudas técnicas y adaptación de la vivienda

Definiciones

Ayuda Técnica/ Producto de Apoyo

Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico usado por una persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, limitación para la actividad o dificultades para la participación.⁹ Por ejemplo sillas de rueda, audífonos, etc.

Adaptación de la vivienda

El objetivo es dotar a las viviendas ocupadas por una persona mayor, de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad.

Accesibilidad

La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido el entorno construido.¹⁰

Perfil de usuarios: Personas con discapacidad y adultos mayores dependientes.

Las ayudas técnicas como tales, existen prácticamente en todos los países, pero no siempre son ofrecidas en forma de programas de cuidados. Lo común es que sean ofertadas en el mercado por empresas privadas, y en muchos países el Estado colabora con transferencias monetarias o facilitando préstamos para su adquisición (como es el caso de Uruguay a través del Banco de Previsión Social)

En algunos países, como España, el Estado ha contribuido en la instalación de centros de referencia donde se ofrecen ayudas técnicas a personas mayores y con discapacidad, en forma accesible, tanto por medio de la provisión privada a esos centros, como por el diseño de productos realizados por técnicos del propio centro. En Argentina se ha replicado esta experiencia, pero no de forma estatal, sino por iniciativa de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

⁹ Valle Gallego, Isabel. Ponencia *Ayudas Técnicas y Adaptación del hogar - Movilizaciones, traslados e higiene postural*. En Seminario sobre Formación de Cuidadores y Cuidadoras de Adultos Mayores. BPS – OISS - SEGIB. Montevideo, Uruguay, Noviembre 2010.

¹⁰ *Ibíd*em

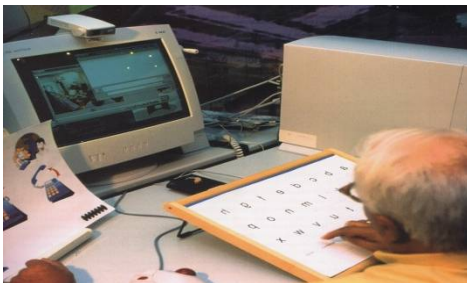
En España, el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT-IMSERSO) es un centro dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad creado mediante orden ministerial de 7 de abril de 1989.

Su Misión es: Contribuir a hacer efectivos los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y personas mayores, a través de:

- Accesibilidad universal o integral
- Diseño pensado para todas las personas
- Productos de apoyo (Ayudas Técnicas)
- Accesibilidad integral de los entornos
- Diseño para todos o diseño universal, que concibe productos dirigidos al mayor número de personas, con independencia de sus limitaciones funcionales.

Entre sus productos se encuentran:

- Ortesis y prótesis
- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales
- Productos de apoyo para la movilidad personal
- Productos de apoyo para actividades domésticas
- Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles
- Productos de apoyo para la comunicación y la información



Accesibilidad física
Accesibilidad cognitiva
Accesibilidad sensorial



Se diseñan y ofrecen productos para adaptación de baños, cocinas, etc.

www.ceapat.org

En Argentina, se encuentra un centro similar, el CIAPAT. - Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, con sede en Buenos Aires, pero dirigido a la comunidad iberoamericana. Portal del CIAPAT <http://www.ciapat.org/site/agenda.asp>.

Es un centro de referencia que surge con el fin de favorecer la autonomía personal, la accesibilidad y el uso de las ayudas técnicas por las personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, permanente o transitoria.

Pertenece a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y cuenta con la asistencia técnica y colaboración del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas –CEAPAT- perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- Madrid, España.

Objetivos

- Servir de apoyo y referencia en Accesibilidad, Tecnologías de Apoyo y Diseño para Todos a nivel de Iberoamérica.
- Ofrecer formación, información y asesoramiento.
- Facilitar el conocimiento y la utilización provechosa de ayudas técnicas.
- Favorecer la participación activa de todos los usuarios.
- Favorecer la innovación en diseños pensados para todos.
- Fortalecer el diseño y la producción de tecnologías de apoyo

Servicios y Productos

- Catálogo on line de productos de apoyo disponibles, de origen nacional e importados.
- Exposición de productos de apoyo presencial y virtual.
- Información y asesoramiento en ayudas técnicas para la vida diaria, la movilidad personal, la comunicación, la vivienda, el trabajo y la recreación.
- Biblioteca técnica especializada. Normativa y legislación nacional e internacional.
- Información y asesoramiento en accesibilidad arquitectónica, urbanística, del transporte y de la comunicación.
- Agenda de eventos en la temática

3. *Teleasistencia*

Definición

La Teleasistencia domiciliaria es un servicio de prevención y ayuda dirigido especialmente a personas mayores que pasan mucho tiempo solas y puedan requerir atención en cualquier momento del día o de la noche, por motivos de emergencias (accidentes domésticos, caídas, sospecha de robo, etc.), angustia o soledad.

Está basado en un desarrollo tecnológico que consiste en un dispositivo que actúa como un teléfono en miniatura, que puede ser usado en la muñeca (con forma de reloj) o como colgante, que al pulsarlo se comunica con una central telefónica, donde lo atiende un operador/a, quien tiene a la vista los datos del usuario en un software confeccionado al

efecto, Lo tranquiliza si es necesario, le aconseja, se comunica con la familia, con la emergencia móvil, con un vecino, la mutualista o la policía, según la situación.



**Dispositivo domiciliario y
Unidad de control remoto
(pulsador colgante o
pulsera)**

Es una opción de uso muy sencillo, ya que la persona no tiene necesidad de buscar un teléfono ni acordarse de un número, sólo pulsa el dispositivo y se comunica.

Perfil de usuario: Mayores de 65 años, válidos o con cierta dependencia; que viven solos o acompañados por otra persona dependiente. Que no tenga problemas de audición, y pueda comunicarse normalmente.

Otras de sus funciones: seguimiento y evaluación de la situación mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias; avisos de agenda personalizados (toma de medicación, citas con médicos, etc.).

Los indicadores estadísticos de motivos de uso señalan en primer lugar situaciones de angustia y soledad, y en segundo lugar las caídas. Se ha constatado que uno de los riesgos más habituales entre las personas mayores son las caídas, que tienen efectos importantes sobre la pérdida de autonomía. Una parte importante de las personas mayores que se caen en su casa permanecen en el suelo, lejos del teléfono, por espacio de más de una hora antes de conseguir ayuda. Como consecuencia del retraso en la atención, se puede incrementar la gravedad de la lesión, así como una mayor incidencia de trastornos psicológicos que propicia el miedo a caer de nuevo y por tanto, un mayor aislamiento y dependencia.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Francia, España.

En América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay.

Países nórdicos: Suecia, Dinamarca y Noruega. En estos países la teleasistencia está muy extendida y se lo considera un servicio preventivo, por detectar con agilidad los problemas de las personas mayores dependientes, lo que permite arbitrar soluciones rápidas. Comenzaron a implementarse en la década del 80.

Recordemos como se vio en la primera parte de este trabajo, que los países escandinavos constituyen los más típicos representantes del modelo de Estado de Bienestar

caracterizado por un importante compromiso público con la protección social, dentro de un sistema universal y financiado principalmente por medio de impuestos.

El acceso a los servicios sociales (y médicos) es universal para todos los residentes, de forma gratuita o con una tarifa moderada, y están integrados dentro de un mismo sistema. Hay una tendencia al aumento de la provisión de servicios por el sector privado, por lo que actualmente se pueden caracterizar como mezcla de público – privado.

Holanda. La teleasistencia está muy desarrollada en Holanda, junto con los otros servicios de cuidados de larga duración. El sistema holandés tiene características similares al escandinavo, aunque en su interior opera la idea fuerza de un seguro (sanitario, aunque cubre todos los gastos ocasionados por la dependencia). Este seguro es obligatorio, por lo cual la financiación de los servicios es principalmente a través de las cotizaciones. El acceso a los servicios de basa en una evaluación de las necesidades por los servicios correspondientes.¹¹

España. En España comenzó a implementarse en el año 1990, por iniciativa de técnicos del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) que fueron a visitar otros países europeos que tenían implementado este servicio (Alemania y los países nórdicos).¹²

Al principio fue dirigido a las personas mayores de 80 años que vivían solas. Al igual que en otros países europeos, empezó como un servicio de telealarma para casos de emergencia, pero la gente se comunicaba por diferentes razones, llegando a haber un 80% de casos que no eran emergencias. Esto mostró que las situaciones de soledad provocaban la necesidad de comunicación de estas personas, razón por la que el servicio dejó de ser de telealarma y pasó a ser teleasistencia.

Se afirma que es uno de los servicios más económicos, especialmente con relación a los de cuidadores en el domicilio. Si bien al principio hay que invertir en infraestructura y equipos (call center, artefactos electrónicos), a partir de 1.000 usuarios empieza a ser rentable.

Durante el funcionamiento lo más costoso podría ser la plantilla de personal. Cada centro de operación cuenta con un responsable del servicio, supervisores y operadores con buena formación. La función de los operadores es atender las llamadas de los usuarios, movilizar y coordinar los recursos necesarios y realizar seguimiento posterior a la intervención. Además de la formación técnica deben tener un perfil adecuado para comunicarse con personas vulnerables que pueden estar atravesando situaciones difíciles.

Algunas empresas ofrecen otros servicios que pueden ir asociados a teleasistencia, por ejemplo servicio de comidas a domicilio y actividades socioculturales.

América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay. En los países latinoamericanos que cuentan con este servicio, la teleasistencia domiciliaria está poco desarrollada, y es prestada por empresas privadas multinacionales, el Estado aún no ha desarrollado, ni promovido, ni regulado este tipo de servicios.

¹¹ OISS(2008) Op cit.

¹² Pugliese, Leticia. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay. Marzo 2009

4. Servicios de Ayuda Domiciliaria

Definición

De acuerdo a Puga, D (2010), se trata de un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, que articula un conjunto de prestaciones que van desde la atención personal y doméstica hasta el apoyo psicosocial y familiar. Permite prolongar la permanencia en el hogar de las personas dependientes, y mantener su inserción en la comunidad y sus roles familiares y sociales.¹³

El art. 23 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, más conocida como “Ley de Dependencia”, de España, establece: “El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.”

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania

En Asia: Japón, Israel,

En América: Canadá, Estados Unidos, Argentina, Brasil.

En los países escandinavos estos servicios engloban la ayuda domiciliaria y la enfermería a domicilio que los municipios ponen a disposición de las personas dependientes. En Dinamarca los servicios a domicilio son gratuitos, en Suecia y Noruega se paga por ellos una tasa muy baja.

En Holanda hay Agencias de Cuidado Domiciliario, en las que se fusionaron entidades locales privadas, que prestan servicios de tareas domésticas y apoyo, conjuntamente con otras entidades que prestan servicios de enfermería domiciliaria. Las subvenciones del gobierno cubren el 90% de los costos, porcentaje que es suplementado por las contribuciones que abonan los usuarios de los servicios.¹⁴

En Alemania, el colectivo asegurado del seguro social de cuidados de larga duración (aproximadamente el 90% de la población), y en su caso las personas que no hayan podido contribuir, probando dependencia. Esta es clasificada en tres grados a través de baremos aplicados por servicios técnicos. Los tipificados como Grado I, se entiende que necesitan ayuda personal como mínimo una vez al día, por un tiempo mínimo de 1 hora, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar. Grado II, requieren ayuda personal al menos tres veces al día a distintas horas y por un tiempo de 3 hs. como

¹³ Puga, D. (2010) Ponencia: *Cuidados a largo plazo y atención a la dependencia*. En: Envejecimiento y Estrategias de Protección social en América Latina. CEPAL – Naciones Unidas. Santiago, Chile, noviembre 2010.

¹⁴ OISS (2008) Op.cit.

mínimo. En el Grado III, la ayuda personal es por las 24 horas del día, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar.

En todos los casos las prestaciones en especie (ayuda domiciliaria por personal cualificado) pueden sustituirse por ayudas monetarias para que la persona se garantice la ayuda a través de un familiar u otra persona, o combinarse ambas. Las ayudas domiciliarias también se combinan con la provisión de ayudas técnicas (sillas de ruedas, camas especiales, etc) u obras de adaptación dentro de la vivienda.¹⁵

En Japón se da la modalidad de Seguro de Dependencia, donde los servicios de cuidados son financiados por la Seguridad Social, en forma colectiva y solidaria.¹⁶ Cotizan a este seguro, de forma obligatoria, todos los trabajadores a partir de los 40 años de edad y los propios mayores, utilicen o no el seguro. Los prestadores son públicos y privados. El sistema es de acceso universal, pero la cobertura se evalúa en cada caso y contexto. La administración es territorial, donde las municipalidades son responsables del desarrollo de los servicios.

Se encuentra una gama variada de servicios como por ejemplo: Cuidadores domiciliarios, Centros de día, Servicios de Corta estadía, de Larga Estadía, Centros gerontológicos de múltiples servicios, etc. El servicio de Cuidadores domiciliarios se estableció a fines de los años 80, como parte de una serie de servicios incluidos en el Plan Gerontológico Nacional Integral, llamado "Plan Oro".

En Israel se brinda asistencia personal domiciliaria para adultos mayores que necesitan asistencia personal para el desempeño de las ABVD.

En Canadá el modelo de atención al adulto mayor es un conjunto integrado de cuidados continuos.¹⁷ Se trata de un sistema de prestación de servicios que incluye todos los servicios de salud y apoyo. Entre ellos, el servicio de ayuda domiciliaria es uno de los servicios en la comunidad, a los que el adulto mayor llega a través de una ventanilla única de acceso, donde se le asigna un gestor de casos que lo orienta y acompaña a través del sistema de servicios.

En Estados Unidos, típico modelo asistencial, la provisión de servicios es fundamentalmente privada. La cobertura de ayuda a domicilio es baja (2.7% de la población de 65 y más años)¹⁸

Brasil es uno de los países donde se ha desarrollado una política integral dirigida a los Adultos Mayores. Se implantó la Política Nacional del Adulto Mayor (PNI), a partir de la cual se formuló el Plan Nacional de Gestión integrada de Acción Gubernamental para la Persona Mayor. A partir de este Plan, los Ministerios Sectoriales asumieron la

¹⁵ OISS (2008) Op.cit.

¹⁶ BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, (Dic. 2007). Dr. Ítalo Savio.(pág. 96,97)

¹⁷ Ferraro Trindade, Alicia. *Modelo de atención al adulto mayor en Canadá*. En: BPS. Bases para la Formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor. Dic. 2007.

¹⁸ Navarro, Micaela .Consejera de Igualdad y Protección Social de la Junta de Andalucía, documento presentado en el Seminario Internacional "Los Sistemas de Cuidados. Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. *Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE"*. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-protecci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>

corresponsabilidad de implementación de la Política Nacional del Adulto Mayor, en asociación con el órgano coordinador (Ministerio de Desarrollo Social – Secretaría Nacional de Asistencia Social), Estados y Municipios.

Entre las acciones significativas que se generaron están:

- Institución del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Elaboración de Manual de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Reconocimiento, por el Ministerio de Trabajo, de la categoría de ocupación para Cuidadores de Adultos Mayores.

El Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores en Brasil está destinado a los cuidadores domiciliarios, de instituciones y familiares cuidadores.

La Secretaría Nacional de Asistencia Social, del Ministerio de Desarrollo Social, ha hecho formación de cuidadores y de multiplicadores de varias provincias y ha empezado un trabajo con organizaciones de estos cuidadores. Las ONG's y algunas provincias hacen formación continua. Existen también iniciativas de formación de cuidadores en universidades, sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales.

Esta modalidad de asistencia se encuentra reglamentada pero en los hechos tiene baja cobertura y está implementada sólo en algunos estados de la federación.¹⁹ Esto se condice con lo analizado en la primera parte de este trabajo, sobre la caracterización de Brasil como un país dual, con importantes diferencias de cobertura en los diferentes estados y al interior de ellos.

Argentina. Existe desde hace unos 10 años, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Es un servicio público prestado desde el Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), en coordinación con otras entidades, en especial con la Obra Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas (conocida por su antiguo nombre "PAMI"). El INSSJyP (PAMI) apoya financieramente el programa, al brindar subsidios a sus afiliados para pagar el servicio.

Se presenta una síntesis de este programa²⁰, que es definido como *Servicios de asistencia en el domicilio del usuario, para personas con niveles de dependencia entre moderada y severa, que necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Ofrecen atención integrada y ambulatoria en el domicilio, con el objetivo que la persona permanezca en su entorno habitual el mayor tiempo posible y conveniente, conservando sus roles familiares y sociales.*

Son desempeñados por los Cuidadores Domiciliarios, personal técnicamente capacitado para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicadas por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites y actividades de recreación y de reinserción laboral y social para las personas atendidas.

¹⁹ OISS. Organización Iberoamericana de Seguridad Social e Instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de adultos mayores de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. 2006 - 2008. *Situación, Necesidades y Demandas de las Personas Mayores en los países del Cono Sur*. Publicado en Portal Mayores del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) de España. www.imsersomayores.csic.es

²⁰ DINAPAM. Cuadernillo II del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina. 2008.

Objetivos del Programa:

1. Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores
2. Capacitar personas de la comunidad en la función de cuidado domiciliario
3. Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria

Beneficiarios:

Directos: Personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales, que requieran ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio.

- Indirectos: a) Cuidadores Domiciliarios. Beneficiarios del Plan Derecho de Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social, Jefas y Jefes de hogar desocupados.
b) Familiares de las personas atendidas.

Se conformaron Servicios Locales de Atención en Domicilio, que funcionan de la siguiente manera: la demanda se dirige a Organizaciones de la Comunidad, Parroquias, Centros de jubilados, Obras Sociales (PAMI), etc., estas organizaciones canalizan dicha demanda a los Responsables del gerenciamiento del Servicio, quienes se contactan con los Coordinadores de caso. Estos seleccionan, asignan, controlan y supervisan a los Cuidadores Domiciliarios, que son quienes prestan el servicio a los Beneficiarios.

Recursos Humanos:

- Un Responsable del Gerenciamiento del Servicio
- Coordinadores de Caso. Trabajadores Sociales. Uno cada 10 a 15 cuidadores domiciliarios
- Cuidadores Domiciliarios. Uno cada 3 beneficiarios
- Personal Administrativo. Uno en cada Servicio.

Se capacita a los postulantes a Cuidadores Domiciliarios y se trabaja con criterios establecidos de selección, asignación, cambio y baja de los mismos.

5. Centros Diurnos

Definición

Servicio socio sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, preventivas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de dependencia, promoviendo la permanencia en su entorno habitual.

Como indica su denominación, son centros con un horario limitado, y suele extenderse desde la mañana hasta última hora de la tarde, de lunes a viernes, donde la persona mayor concurre y se retira diariamente, o los días que quiera concurrir. El perfil del usuario

es una persona mayor con necesidad de ayuda para los actos de la vida diaria y que cuenta con apoyo familiar.

Son centros preventivos, rehabilitadores, de apoyo familiar, aliviando la sobrecarga de los cuidadores familiares de personas parcialmente dependientes. Algunos cuentan con un centro de orientación jurídica para sus usuarios, que orienta en temas de alquileres, ventas, testamentos, etc. También hay centros de día especializados en algunos trastornos como puedan ser los centros de día de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Algunos prestan servicios de transporte entre el domicilio y el centro.

Se caracterizan por ser una estructura funcional compensatoria del hogar y una alternativa al ingreso de la persona con dependencia en una residencia de larga estadía.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

América: Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Paraguay, Uruguay, Canadá, EEUU.

Asia: Israel, Japón.

Europa: España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Francia, Alemania.

En Argentina, la Dirección Nacional de Políticas Sociales (DINAPAM) promueve el desarrollo de Centros de Día para adultos mayores. Entre las acciones de promoción se encuentra la realización de cursos para responsables y equipos técnicos de dichos centros, así como el financiamiento para equipamiento y refacción, a través del Programa de Fortalecimiento Institucional.

Existen centros públicos promovidos por organismos provinciales, como por ejemplo la Casa de la Solidaridad en Formosa, las Casas de los Abuelos en Misiones y los Centros Cumelén en La Pampa.²¹

Asimismo cuentan con centros de día pertenecientes o promovidos por Organizaciones No Gubernamentales, como por ejemplo HelpArgentina, que están dirigidos a adultos mayores vulnerables con y sin discapacidad. Otro ejemplo es el Centro de Atención para Mayores, de la Obra del Padre Mario, dirigido a personas mayores de 60 años con situación socio-ambiental desfavorable. La financiación de estos centros promovidos por ONG's se realiza por fondos provenientes de donaciones, venta de servicios y subsidios del Estado.²²

Para Brasil, se cuenta con información de Centros de Día públicos²³: existen 41 Centros de Día, cofinanciados por el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre y el Fondo Nacional de Asistencia Social, cinco de ellos radicados en el Estado de Paraná y el resto en San Pablo.

Además de estos servicios cofinanciados con recursos del Gobierno Federal, existe en el ámbito de la política de asistencia social, otros centros financiados con recursos exclusivos

²¹ OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007*. Diagnóstico Argentina.

²² <http://www.helpargentina.org/es/centrodedia> y Marisa Parreira *Centro de Día para adultos mayores "Puentes que permiten proseguir el camino"*. Segundo Lugar Categoría Personas Naturales, Concurso "Una sociedad para todas las edades", Octubre 2005. Buenos Aires, Argentina.

²³ OISS – *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur*, del Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos, 2008 (Pág. 132)

de Estados y Municipios, pero están implementados solamente en algunos Estados y tienen baja cobertura. Se reitera la desigualdad de cobertura, que de acuerdo a Filgueira, corresponde a la característica de países con un régimen dual de protección social, como se analizó en la primera parte de este trabajo.

La información disponible sobre Chile²⁴ refiere a centros públicos, señala que no existen centros de atención diurna para personas mayores dependientes, aunque sí existen centros donde se realizan diversas actividades, no exclusivamente sanitarias o de atención a la dependencia. En otro informe del mencionado proyecto de OISS²⁵ se informó que el Instituto de Normalización Previsional ha venido desde el año 1999 implementando un tipo de servicio denominado “Casas de Encuentro”, donde los adultos mayores pueden encontrar un espacio propio para realizar actividades e integrarse socialmente.

En Cuba, los centros de día forman parte del subprograma comunitario del adulto mayor, correspondiente al Centro Nacional de promoción y educación para la salud. Se trata de centros públicos de recreación y orientación a nivel local. Se busca la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones no gubernamentales, en un trabajo colectivo.²⁶

En Paraguay existen centros de día de carácter público, dependientes del Instituto de Bienestar Social, Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad. Son en total 10 centros públicos con 200 plazas, y 2 centros privados con un total de 100 plazas.²⁷

En Uruguay los Centros Diurnos son pocos. Algunos funcionan en Hogares de ancianos sin fines de lucro, y reciben apoyos técnicos y económicos por el Banco de Previsión Social: en Montevideo, el Hogar Español, en el Interior: el Hogar Cenoz Hita en Santa Lucía, Dpto. de Canelones, cuenta con un centro diurno en convenio con la mutualista médica de la localidad que deriva a sus usuarios, este centro funciona dos días a la semana, con actividades de gimnasia y actividades educativas. En el Hogar de Cardona en Soriano se recibe a algunas personas a quienes se les brinda apoyo en la alimentación y cuidados. En el Dpto. de Colonia hay tres Hogares de ancianos que también funcionan en modalidad diurna: los de Tarariras, Miguelete y Conchillas.²⁸

El Ministerio de Salud Pública cuenta con un centro diurno que funciona en el Centro Geriátrico Hospital - Hogar “Dr. Luis Piñeyro del Campo”, con 45 plazas. Algunas Intendencias Municipales cuentan con Centros Diurnos. Hay algunos de ONG’s y de comunidades religiosas: por ejemplo, uno en Florida y dos en Montevideo.

Sería importante contar con más información sobre los centros diurnos uruguayos, por ejemplo si se han realizado evaluaciones de estos servicios, que permitan conocer sus fortalezas y debilidades, así como la aceptación por parte de la población.

En Israel, los centros de día como servicios comunitarios sociales, forman parte de un sistema de atención a los adultos mayores, donde dichos servicios se encuentran

²⁴ *Ibídem.*

²⁵ OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007.* Diagnóstico Chile.

²⁶ BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).

²⁷ OISS – Idem. *Diagnóstico Paraguay.*

²⁸ Información proporcionada por la Gcia. de Prestaciones Sociales del BPS, 9.03.2011.

articulados con los servicios comunitarios de salud.²⁹ La población objetivo son adultos mayores semidependientes y parcialmente dependientes física y mentalmente.

En Japón, como ya fue mencionado, los centros de día son uno de los tantos servicios que están incluidos en el Plan Gerontológico Nacional Integral, bajo la modalidad de seguro de dependencia.

En Canadá, se brinda el servicio de centros diurnos, integrando una serie de servicios organizados y coordinados en un territorio dado, en el modelo de atención al adulto mayor, con servicios integrados de cuidados continuos.³⁰

En España, los Centros de Día son servicios socio sanitarios que se prestan en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (conocida como “Ley de Dependencia”). Por lo tanto, al igual que el resto de los servicios de este tipo, son de carácter público, de acceso universal, cofinanciados por el Estado y las Comunidades Autónomas, y con la participación de los beneficiarios por medio de aportes complementarios. La gestión e inversión en los servicios es privada.

En Suecia, Dinamarca, Noruega y Holanda, con sistemas de protección social altamente desarrollados y de corte universal, se han incrementado el número de Centros de Día, en los que se desarrollan actividades médicas y sociales, con la finalidad de permitir a las personas con dependencia permanecer en su entorno familiar el mayor tiempo posible. Comprenden servicio de transporte.³¹

En Francia, entre las propuestas del Plan Envejecimiento y Solidaridad, se encuentra la creación de 8.000 plazas de centros de día para enfermos de Alzheimer.³²

En Alemania, en el marco del Seguro de Dependencia, entre las Prestaciones que se otorgan se encuentra la asistencia parcial durante el día o la noche en residencias.³³

6. Viviendas Protegidas

Definición

Se trata de viviendas de diferentes tipos, por lo general complejos de apartamentos, con servicios de apoyo social, a cargo de cuidadores formales. Son viviendas unipersonales y/o de pareja, que cuentan con servicios colectivos de forma cooperativa, de uso facultativo, por ejemplo comidas en común, y dan alojamiento a personas mayores con una situación psico-física y social que no precisa de recursos de mayor intensidad.

En ocasiones se ubican junto a un centro gerontológico (centro social, centro de día, residencia), desde el que se ejerce la “tutela” de las viviendas. Las personas mayores que viven en esta modalidad de alojamiento lo hacen practicando la ayuda mutua, en una convivencia casi familiar. Se fomenta la autoorganización y la autonomía en el desarrollo de la vida diaria.

²⁹ BPS. Idem. (2007) Sirlin, Claudia, (pág. 93)

³⁰ Idem. Ferraro Trindade, Alicia (pág. 98).

³¹ OISS (2008) Op. Cit.

³² Ibidem

³³ Ibidem

En algunos países se conocen como Viviendas Comunitarias, y se definen como “unidades convivenciales con un máximo de 14 plazas destinadas a personas mayores con un cierto nivel de autovalidez, y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar”³⁴.

Existen otros tipos de servicios más experimentales, como los alojamientos polivalentes para unidades familiares mixtas o las unidades de convivencia intergeneracionales, donde se alojan junto a adultos mayores, jóvenes que por alguna razón (por ejemplo trasladarse a otra ciudad por razones de estudio) se encuentran alejados de su familia.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Israel, Suecia, Dinamarca, Noruega.

En Israel se cuenta con programas de Vivienda Protegida y de Barrios Protegidos, con servicios especiales para adultos mayores. La Vivienda Protegida es un complejo habitacional con servicios comunes, monitoreo profesional y una “madre de la casa” que reside allí y supervisa todo el funcionamiento así como actúa de enlace con la familia, los servicios médicos y otros profesionales que corresponda.

Los Barrios Protegidos comprenden servicios de ayuda en crisis y servicio de referencia; sistema de alarma; asistencia mutua; consejo y guía; mejoras ambientales; servicios especiales tales como correo, compras, reparaciones, lavanderías, almacenes; eventos socio – culturales; ayuda y actividades con los adultos mayores dependientes; comidas a domicilio así como servicios médicos.

En los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega) se han desarrollado diferentes tipos de alojamientos protegidos como solución intermedia entre las instituciones y la atención en domicilio. Este tipo de soluciones ha permitido reducir sustancialmente el volumen de asistencia institucional tradicional, que se ha compensado hasta cierto punto, por las viviendas protegidas.³⁵

En Uruguay, el Banco de Previsión Social cuenta con el *Programa de Soluciones Habitacionales*. Viviendas en usufructo, Subsidio de alquiler y cupos cama en Hogares de Ancianos, para jubilados y pensionistas de menores recursos que carecen de vivienda propia. En cuanto a las viviendas en usufructo, actualmente el programa cuenta con 198 Complejos Habitacionales en todo el país, totalizando 5.717 viviendas.

Este no es un programa de Viviendas Protegidas o Tuteladas, pero podría ser el germen de un modelo de ese tipo. Para eso tendría que reconvertirse, por ejemplo incorporando la figura del “tutor” o persona referente que esté allí para atender las necesidades y demandas de los usuarios y actúe de nexo con otros programas o técnicos. Podría ser personal rentado que resida en el complejo o personal que no resida allí y realice turnos, para que la atención sea durante 24 hs. Asimismo el modelo implica la provisión de otros servicios, como por ejemplo de ayuda domiciliaria, comidas a domicilio, cuidados de enfermería, actividades sociales, seguridad, etc.³⁶

³⁴ Portal Mayores, Glosario especializado en Geriatría y Gerontología, y Sistema de Atención al Adulto Mayor en Cuba, citado en el Glosario del doc. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007.

³⁵ OISS (2008) Op. cit.

³⁶ La recomendación de reconversión a Viviendas Tuteladas fue planteado en el Informe del BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor* (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).

Cabe señalar que se están realizando algunas acciones de cuidado, que buscan mejorar la atención a los adultos mayores habitantes de los complejos habitacionales, como por ejemplo: a) creación de un Centro de evaluación y orientación geriátrica en Montevideo, donde se trabaja en forma interdisciplinaria, médico, psicólogo y trabajador social, para identificar problemas y tratarlos en profundidad; b) Convenio de colaboración con la Facultad de enfermería, para atención en dichos complejos y c) Convenio de colaboración con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (gerontopsicomotricidad y podología).

7. Servicios de Inserción Familiar

Definición

Consiste en que las personas mayores se integran en una familia diferente de la propia (familia sustituta). En algunos países se llama "Hogares de acogida". Esta familia debe proporcionar a las personas mayores los cuidados familiares ordinarios y personalizados, mejorando su calidad de vida y capacitándoles para llevar una vida independiente de acuerdo a su nivel de autonomía.

La familia sustituta recibe una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía.

En Brasil se los denomina Residencias en Familia Acogedora, son reglamentadas por el Estado, y es una modalidad que cuenta con baja cobertura.

En Uruguay, la Ley No. 17.066 de 24/12/98, "Hogares y residencias para ancianos", en su art. 6 establece: *los "servicios de inserción familiar" para adultos mayores son aquellos ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a quienes se deben obligaciones alimentarias (art. 118 a 120 del Código Civil). Dichas familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar.*

8. Servicios de estancias temporales

Definición

Algunas residencias, brindan también servicios de estancias temporales, conocidos en algunos países como *Centros de Respiro Familiar*. Están destinados a prestar servicios de atención integral por un período limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar, con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempo libre y descanso.

Por lo general funcionan fines de semana, feriados y cuando la familia se toma vacaciones por unos días. En algunos casos de noche, por lo que incluiría los llamados Centros Nocturnos.

Se están empleando cada vez más las residencias para prestar atención a las personas mayores y personas con discapacidad durante períodos de descanso de sus cuidadores familiares.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Japón, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, España.

9. Residencias de larga estadía

Definición

Instituciones residenciales cuyo objetivo es proporcionar un entorno vital para las personas mayores que, por motivos sociales, psicológicos o físicos, no pueden continuar funcionando de forma independiente en sus hogares. Las tareas domésticas, tales como limpieza, preparación de comidas, etc., las lleva a cabo el personal dependiente de la residencia. Suele haber algunas salas para enfermos, donde se ofrecen cuidados de enfermería más intensivos de forma temporal. Sin embargo, las residencias para personas mayores no son concebidas para brindar tratamiento médico.

En ellas se realizan cuidados de largo plazo, para personas que por lo general tienen alta dependencia. Como afirma Puga (2010), *la institucionalización se corresponde con el nivel más extremo de la necesidad de asistencia*. No obstante, a veces son institucionalizadas personas con moderada dependencia. En algunos casos de pérdida mínima de la autonomía, la necesidad se limita al alojamiento y apoyos sociales básicos. Conforme la pérdida de autonomía se incrementa, es necesario añadir servicios de intensidad y duración progresivas que sean capaces de asistirle según su condición particular y en un marco de respeto por sus preferencias.

Algunas de ellas cuentan con diversos servicios (médicos, psicológicos, nutricionales, de trabajo social, etc.) y una serie de actividades (recreativas, terapia ocupacional, talleres de memoria, ejercicios físicos, etc.) que responden a las necesidades e intereses de los residentes.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: España, Francia, Holanda, Suecia, Noruega, Dinamarca, Alemania.

En América: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay, Uruguay, Canadá, Estados Unidos.

En Asia: Israel, Japón.

En el caso de España hubo un cambio cualitativo en el modelo de residencia para mayores. Antes era visto como modelo “hotelero”, ahora ha pasado a ser un servicio socio sanitario cada vez más importante, a raíz del aumento de las situaciones de dependencia por el aumento de la edad de los residentes, ya que la mayoría de las personas que se institucionalizan no son auto válidas, o ingresando con autovalidez con el tiempo se vuelven dependientes.

En los países nórdicos (Suecia, Noruega y Dinamarca), se ha reducido el número de instituciones de larga estadía, y se ha vuelto más selectivo. Las personas se trasladan a ellas más tarde. Esto se debe a un cambio en la concepción de servicios de atención para mayores, pasando del cuidado en instituciones al cuidado en la comunidad. con la creación y el incremento de los otros tipos de servicios, basados en el principio de “Envejecer en casa”.

En estos países la vida en instituciones fue “normalizada” mediante mejoras en los estándares de los edificios y reformas para aumentar la autonomía y la autodeterminación. Años atrás a los residentes se les detraían automáticamente sus pensiones como pago por su estancia, dejándoles sólo “dinero de bolsillo”, actualmente reciben su pensión y luego pagan por el alquiler y los servicios en las instituciones, lo que equivale a tres cuartas partes totales de la pensión.³⁷

En Holanda las residencias para personas mayores proveen pequeños apartamentos para personas mayores solas o casadas. Las tareas domésticas como limpieza, preparación de comidas, etc., las lleva a cabo el personal de la residencia.

En Alemania cuando se considera que no alcanza con la ayuda domiciliaria ni la asistencia parcial en una residencia, la persona dependiente podrá recibir asistencia sin limitación temporal, en una residencia, haciéndose cargo las cajas aseguradoras de los gastos hasta un límite previamente fijado.

En Estados Unidos, típico modelo asistencial, la provisión de servicios es fundamentalmente privada y con un cierto peso de las residencias asistidas (4.2% de la población de 65 y más años).³⁸

En Argentina, el Estado dispone de Residencias para adultos mayores, de carácter asistencial, por lo tanto gratuitas para personas con bajo nivel socioeconómico.

el Programa de Atención de Adultos Mayores en Residencias para Mayores de la DINAPAM – SENAF, *se encuentra destinado a la atención en organizaciones institucionales de adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, carentes de recursos económicos y con residencia permanente en el país. Estas residencias son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral. Las mismas cuentan con capacidad para la atención de personas válidas y/ o dependientes, aunque se prioriza el ingreso de los mayores dependientes que no sufran deterioro severo de su salud mental. La Dirección de Políticas para Adultos Mayores gerencia nueve residencias, ubicadas en el área metropolitana y la provincia de Buenos Aires, a las cuales a partir del año 2003, se les han efectuado modificaciones físicas, en el modelo de gestión de las mismas y en el dispositivo de atención de los mayores allí alojados, el cual se referencia en los derechos civiles, sociales y políticos de las personas mayores.*³⁹

Cuentan con equipos interdisciplinarios. Uno básico constituido por médico geriatra, enfermero, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional. Y un equipo recurrente conformado por médico fisiatra, médico psiquiatra, fonoaudiólogo, etc. En Argentina, 70.003 adultos mayores (1.4% de los adultos mayores) viven en residencias geriátricas estatales y privadas.⁴⁰

³⁷ OISS (2008). Op. cit.

³⁸ Navarro, M. (2009) Op. Cit.

³⁹ Información suministrada por DINAPAM en las Visitas Técnicas realizadas en Buenos Aires en el marco del Programa EUROSociAL – SALUD. octubre de 2008

⁴⁰ Datos de INDEC, Censo De Población, Hogares y Viviendas, 2001, citado en OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007.* Diagnóstico Argentina.

En Uruguay, desde el ámbito estatal, el Ministerio de Salud Pública a través del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo, provee una institución de larga estancia, para personas de bajos recursos económicos. Esta residencia estatal, comenzó como asilo y se ha reconvertido en centro geriátrico con múltiples servicios.

Las restantes residencias de larga estancia son privadas y se pueden clasificar en: Residencias para ancianos con fines de lucro (mal llamadas “casas de salud”), y Hogares de ancianos sin fines de lucro.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística (Censo Fase I 2004), se encuentran alojados en instituciones de larga estancia, el 2.4% de las personas mayores de 60 años, y el 3.1% de los mayores de 65 años, que en total asciende a 13.500 personas. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas.

Si se compara la cantidad de Hogares sin fines de lucro (84)⁴¹ con la cantidad de Residencias Privadas con fines de lucro detectadas (1.200 aproximadamente), se constata que el 94% corresponde a estas últimas, de las cuales el conocimiento sobre su funcionamiento es escaso, y entre ellas existe una gran variedad de tipos de servicios y condiciones institucionales.

El Ministerio de Salud Pública tiene fijado por ley los cometidos de habilitación, registro y control de las residencias para adultos mayores autoválidos o no (Ley N° 17.066 de 8/01/1999, art. 7°). No hay un registro de todas las residencias privadas con fines de lucro, por lo tanto se dificulta el control de las mismas. La forma de detectar residencias que no cumplen con las condiciones legalmente requeridas, o que en alguna medida abusan de los residentes, es a través de un cuerpo de inspectores que trabajan fundamentalmente sobre la base de denuncias de familiares, vecinos, emergencias médicas u hospitales.

Si hay registro de los Hogares de ancianos sin fines de lucro, en el Registro Nacional de Instituciones del BPS, ya que este organismo les brinda apoyo técnico y económico. Las Comisiones Directivas están integradas fundamentalmente con adultos mayores voluntarios. Las principales dificultades con que se enfrentan es la atención a personas con dependencia, por el costo de personal especializado, de mayor cantidad de personal no especializado, así como la necesidad de adaptar las instalaciones (por accesibilidad) y el equipamiento (por ejemplo camas especiales) debido a que la mayoría de estos residentes ingresaron como autoválidos y fueron perdiendo autovalidez con el correr del tiempo, situación que se explica por el aumento de la esperanza de vida acompañada del incremento de afecciones crónicas y degenerativas.

Los Hogares reciben el 80% de las prestaciones jubilatorias o pensionarias de sus residentes, pero la mayoría de éstos no llegan a cubrir el costo, por lo que existe déficit, que se intenta cubrir por los que tienen pasividades más altas y por apoyo comunitario.⁴²

Para Uruguay, el Dr. Savio ha propuesto⁴³ “Los centros de larga estadía, de carácter público y/o privado y de tipo asilar, pueden reconvertirse y adecuarse, reorientándose

⁴¹ Información del Registro Nacional de Instituciones del Area de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, a febrero 2011.

⁴² Por Ley 18.222 de dic 2007, se obliga al BPS a retener el porcentaje correspondiente de las pasividades que otorga a residentes de los Hogares de Ancianos debidamente registrados en su Registro Nacional de Instituciones.

hacia centros socio sanitarios con múltiples servicios, en el marco de programas de desinstitucionalización. Estos centros con una nueva orientación podrían establecer una oferta diversa y una amplia gama de servicios que incluya en sí mismos y para áreas o regiones, unidades de apoyo diurno, unidades de media estancia y rehabilitación, unidades de cuidados especiales (para dementes, cuidados paliativos), servicios de enfermería domiciliaria, comidas en domicilio, programas de respiro o relevo temporal de cuidadores, entre otros. En el mismo sentido y en el ámbito privado es posible estimular el desarrollo de residencias con diversidad de servicios”.

10. Un tipo de servicio especial en Uruguay: Acompañantes de enfermos

A diferencia de los países en que se ha reconocido a la *dependencia* como un nuevo *riesgo social*, y al *cuidado como un derecho*, y por tanto se ha promovido el desarrollo de servicios de cuidados, estatales o privados que el Estado contrata y regula, en Uruguay se carece de dichos servicios.

Por esta carencia, las familias recurren al mercado en busca de opciones que se aproximen a cubrir la necesidad de cuidado, al menos en las instancias en que más lo necesitan, cuando los miembros de la familia se enferman. El mercado ha respondido a la demanda con la creación de los Servicios de Acompañantes para situaciones de enfermedad, principalmente en caso de internación en sanatorios u hospitales y en ciertas ocasiones durante la convalecencia en domicilio. Surgieron hace unos 20 años y actualmente existen unas 40 empresas y cooperativas de este ramo.

Se pueden definir como aquellos servicios que se prestan para el cuidado de personas enfermas, en los que se brinda acompañamiento, apoyo psico afectivo, ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como la administración de medicamentos, recepción de las indicaciones del personal de la salud y transmisión de las mismas a los familiares, entre otras ayudas.

La forma de contratación del servicio es como un seguro privado, mediante la modalidad de prepago, con una cuota mensual que varía en función de determinados parámetros como la edad, el número de horas por día contratadas, así como del lugar donde se preste el servicio: sanatorio /hospital o domicilio. Los afiliados se aseguran por una eventualidad: recibir cuidados en caso de enfermedad.

Si bien es un tipo de servicio que tiene carencias o limitaciones⁴⁴ (las funciones del acompañante no están protocolizadas, la formación es heterogénea, encontrándose casos con muy pocas horas de cursos, etc.), y sólo se prestan en casos de enfermedad aguda (no brindan las ayudas que se pueden requerir en caso de dependencia constante o enfermedad crónica), la realidad muestra que la población lo demanda. Se estima que hay aproximadamente 300.000 afiliados, de los cuales aproximadamente el 70% tienen 65 y más años de edad. Teniendo en cuenta que la cantidad actual de personas mayores de 65 años asciende a 492.400, habría 43% de las mismas afiliadas a estos servicios.

⁴³ Savio, Italo. *Tipología de servicios para un sistema de atención integral y coordinado*, cap. XIV del doc. Bases para la Formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor, Dic. 2007.

⁴⁴ Como se explica en el informe *BPS (Pugliese coord. 2010)* op. cit, en base a entrevistas a trabajadores y responsables de empresas de servicios de acompañantes.

La cuestión de género se encuentra en estos servicios en doble perspectiva, por un lado, la mayoría de los usuarios son mujeres adultas mayores y por otro, la gran mayoría del personal son mujeres, que en muchos casos ven limitados sus derechos laborales y de seguridad social, como se constata en el informe citado.

Así las cosas, en estos servicios se pueden encontrar gran parte de los recursos humanos potenciales para un sistema de cuidados de carácter integral, muchos de los cuales han adquirido experiencia y capacitación. De hecho, la ayuda en las actividades básicas de la vida diaria que realizan los acompañantes de enfermos, es una función fundamental de los cuidadores. Por otro lado, el desarrollo organizacional y la logística aplicada de estas empresas (algunas de las cuales han recibido certificaciones de calidad) podrían considerarse como un punto de partida para intentar una gradual reconversión de estos servicios a emprendimientos de carácter de cuidados integrales (como por ejemplo ayudas domiciliarias), que respondan a las reales necesidades de personas dependientes por edad, discapacidad, o enfermedad.

Con esta perspectiva, sería necesario comenzar por regular a estas empresas, protocolizar las tareas, y formar a estos trabajadores.

III.2. Prestaciones económicas vinculadas a cuidados

En algunos países se otorgan prestaciones económicas vinculadas a los servicios de cuidados, por ejemplo en España con la Ley de Dependencia: subsidios al adulto mayor para que pueda acceder a servicios privados en ciertos casos, y subsidios para el familiar que cuida al adulto mayor u otra persona dependiente. Asimismo en Alemania, como se mencionó más arriba, las prestaciones en especie pueden sustituirse por ayudas monetarias.

En este trabajo no se desarrolla este tema, porque excede los límites del mismo, y la revisión de países y modalidades en que se realizan estas prestaciones daría lugar para otro estudio. No obstante, se entiende necesario mencionarlo.

- *Prestación económica vinculada a la adquisición servicio*

Esta prestación se otorga a las personas adultas mayores con el objetivo que contraten cuidadores o servicios privados. Por lo general se brinda en forma subsidiaria cuando no es posible el acceso a un servicio público de atención y cuidado. Se otorga en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario y la administración pública supervisa el destino y la utilización de estas prestaciones.

- *Programas de apoyo económico a cuidadores principales*

Se trata de reconocer el rol de familiares o allegados que proporcionan cuidados principales, reconociéndolo como trabajo remunerado, y exigiendo que el cuidador se afilie al sistema de seguridad social, lo que le asegurará recibir prestaciones jubilatorias en su vejez.

Por lo general se otorgan en forma excepcional, cuando hay acuerdo entre la persona cuidada y el familiar cuidador en seguir en esta modalidad sin recurrir a un servicio de cuidado, y mediante evaluación de los trabajadores sociales. En la ley citada se plantea

que se acepta esta situación siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.

En Alemania se prevén prestaciones monetarias para remunerar a familiares, amigos o personas contratadas directamente por los necesitados de cuidados, en cuantías establecidas para cada grado de asistencia. Se controla y en caso de comprobar que la persona no está bien atendida se anulan las prestaciones monetarias, concediendo únicamente prestaciones en especie a través de personal calificado.

IV. Consideraciones finales

Los servicios reseñados no son necesariamente todos los servicios existentes para el cuidado de personas dependientes por edad o discapacidad, la intención fue analizar los que se entendieron como más importantes y difundidos en la mayoría de los países estudiados, como servicio público. Existen otros servicios que en algunos países se brindan como complementarios a la teleasistencia o en centros diurnos. En el primer caso, por lo general son brindados por empresas privadas que cobran un plus por cada uno. Por ejemplo:

- Mediphone. Orientación médica telefónica.
- Asistencia jurídica. Ayuda legal y orientación telefónica.
- Asistencia psicológica para casos puntuales, como por ejemplo algunas sesiones antes y después de una intervención quirúrgica.
- Conexión con técnicos en rubros como sanitaria, vidriería, cerrajería, electricidad, etc., bajo supervisión, que resulta importante para personas mayores que pueden estar más expuesta a abusos.
- Servicios de traslados.
- Actividades recreativas y sociales.

La innovación en tipos de servicios y en la conformación de los mismos, son metas planteadas en las políticas de cuidado de larga duración en los diferentes países, con el consiguiente impacto de creación y desarrollo de nuevos servicios y de tecnologías de gestión.

La gama de servicios es amplia, variada, y con diferentes niveles de complejidad. La tendencia apunta a la combinación de ellos, y a una oferta flexible adaptada a las necesidades diferenciales de acuerdo al grado de dependencia e interés de los usuarios y sus familias. Se tiende a otorgar directamente prestaciones en servicios más que monetarias vinculadas a los mismos. La gran mayoría responde al criterio de buscar la permanencia de la persona en su hogar, y cuando la alternativa válida es la institucionalización, se busca que las residencias no sean modelos de tipo “asilar”, sino instituciones en las que además de alojamiento se brinden múltiples servicios socio - sanitarios.

Gran parte de los servicios de cuidados para personas mayores son adecuados también para las personas con discapacidad. De hecho, en la literatura especializada en la temática cuando se refieren a los beneficiarios se menciona a ambos colectivos.

Considerar los derechos de las personas cuidadas y los derechos de las personas que cuidan, está en la base de la formulación de políticas de cuidados. Entre los objetivos de

éstas se encuentra realizar actuaciones a favor del fomento de la carrera laboral y de la obtención de derechos de seguridad social, teniendo en cuenta los costos personales y de oportunidad de los/las cuidadores/as, así como evitar el peligro de reforzar el rol de la mujer cuidadora en los servicios diseñados.

En este sentido, la oferta de servicios y prestaciones debería ir acompañada por campañas de información que no sólo los promuevan al hacerlos conocer, sino que simultáneamente opere sobre el principio de corresponsabilidad del cuidado entre estado, familia y mercado, y entre hombres y mujeres, en procura de un cambio de valores que permita la aceptación de los servicios como apoyo o sustitución del papel hasta ahora asignado fundamentalmente a la mujer cuidadora familiar.

En el diseño de los programas y servicios, debe incluirse el diseño de indicadores de evaluación. Un monitoreo continuo permitirá observar no solamente la evolución de la cantidad y las características de la población beneficiaria, sino también la forma en que se cumple, por ejemplo, con la inclusión de la cuestión de género, generaciones y étnico racial, que desde un enfoque de derechos se entiende que transversalizan todas las políticas públicas sociales. Estos indicadores permitirán estudiar la medida en que se cumple con esos derechos - y por supuesto con todos los objetivos planteados - y eventualmente realizar sugerencias para las reformulaciones correspondientes.

Los servicios reseñados son provistos en países con diferentes modelos de protección social y diferentes niveles de desarrollo. La diferencia no radica en qué tipo de servicio se presta - ya que como se puede constatar, los principales tipos de servicios se prestan en países de diferentes regímenes de bienestar -, sino en la forma de acceso, modelo de gestión y de financiamiento, como se estudió en la primera parte de este trabajo.⁴⁵

Se podría afirmar que la principal diferencia radica en el tipo de financiación utilizado. La forma de acceso puede tener algunas diferencias, pero la cobertura tiende a ser universal en los diferentes modelos, y en cuanto a la gestión, que en los países nórdicos fue estatal por mucho tiempo, la adaptación de los welfare state a nuevas condiciones mundiales llevó a una apertura hacia servicios prestados por el sector privado, encontrándose actualmente tanto estatales como privados.

En el caso de Japón y Alemania, países con gran tradición en seguros sociales contributivos, la modalidad de financiamiento de los programas y servicios, es de esa índole. En Alemania con la Ley del Seguro Social de Cuidados y en Japón con su Seguro de Dependencia. La universalidad se busca brindando prestaciones no contributivas a quienes no pudieron cotizar y complementando por medio de impuestos para no desfinanciar el sistema.

En los países familísticos del sur de Europa se han desarrollado modelos de protección social a las situaciones de dependencia, que en principio se consideraron como apoyo a la familia, o a la mujer cuidadora, y que han logrado una expansión considerable con una demanda mayor a la esperada. Estos modelos ya venían funcionando desde hace más tiempo en países que han tenido Estados de Bienestar desarrollados, como es el caso de los países nórdicos. En estos últimos la financiación es fundamentalmente por la vía impositiva, modalidad apoyada en sistemas tributarios muy generalizados y con alta participación de impuestos directos.

⁴⁵ Programas y Servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera Parte: Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección.

Se busca la universalidad, pero ello no significa que necesariamente el Estado deba subsidiarlo todo por la vía fiscal. Por lo general existe un *mix* de contributivo y no contributivo, donde se busca que el que tiene más pague más, el que tiene menos pague menos, y el Estado subsidia al que no puede pagar.

Por ejemplo, en el caso de España, los servicios y prestaciones se financian en un 70% por las Administraciones Públicas (Estado y Municipios), el 30% restante lo aportan los usuarios. No obstante se explicita que *“Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos”* (art. 33 de la Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia), en concordancia con el principio de universalidad en el acceso.

Como ejemplo de la región - donde existen problemas de empleo y de exclusión social - en Argentina, el Servicio Ayuda Domiciliara busca un doble objetivo, por un lado mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y por otro fomentar el empleo a través de la creación de servicios locales y la formación de beneficiarios de planes sociales de inclusión, como jefes y jefas de hogar desocupados, para que se desempeñen como cuidadores.

El modelo de gestión que parece ser más eficiente es con descentralización y coordinación administrativa y la participación de empresas privadas, que son responsables de la inversión inicial y de la gestión de los programas, siempre bajo el control y la regulación estatal e incluso prestándose desde el Estado por convenios con esas empresas. Esta modalidad está siendo aplicada en mayor o menor medida en los diferentes modelos de protección en el mundo.

Otra característica común es que la institucionalización de personas adultas mayores, y de personas con discapacidad, ha descendido en la medida que se han expandido los servicios de cuidados domiciliarios, la teleasistencia o las residencias protegidas. Como resultado de esto, hay menor gasto en residencias de larga estadía y en camas de hospital. La prevención sanitaria alcanzada por este tipo de servicios ha tenido como impacto un menor gasto en los sistemas de salud.

Los criterios de que los servicios sean preventivos, progresivos (o de “cuidados continuos” como se señala en algunos modelos como el canadiense), es fundamental en el proceso de diseño. Asimismo, en muchos de ellos se plantea que el acceso sea a través de “una ventanilla única” donde un gestor de casos lo orienta hacia los servicios que mejor se adecuan a su situación.

La prevención, es uno de los criterios fundamentales. No se trata solamente de atender a personas con evidente dependencia, sino de promover la autonomía personal, concepto que no se encuentra solamente en la normativa internacional de derechos de las personas mayores, sino también en las propias definiciones de “cuidados”, como por ejemplo la de CEPAL, como se vio más arriba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, Ricardo, en *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Universidad Católica. IPES. UNFPA. Dic. 2009.
- Batthyány, Karina. “Género y cuidados familiares. El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo.” En *El Uruguay desde la Sociología V*. Dpto. de Sociología, Fac. de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2007.
- BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, Montevideo, Uruguay (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).
- BPS. *Informe Servicio de compañía y cuidados a jubilados y pensionistas del BPS*. Montevideo, Uruguay (Pugliese, Leticia, coordinadora, marzo 2010).
- CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina*.
- DINAPAM. Cuadernillo II del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina. 2008.
- Navarro, Micaela. Documento presentado en el Seminario Internacional “Los Sistemas de Cuidados. Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social”. Uruguay. 2009. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-proteccion-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>
- OISS. Organización Iberoamericana de Seguridad Social e Instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de adultos mayores de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. 2006 - 2008. *Situación, Necesidades y Demandas de las Personas Mayores en los países del Cono Sur*. Publicado en Portal Mayores del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) de España.
- OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007*.
- OISS – *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur*. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos, 2008.
- OISS Documento de trabajo “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales: Análisis de experiencias y modelos internacionales”. 2008
- ONU. Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Foro de Madrid. 2002
- Parreira, Marisa. *Centro de Día para adultos mayores “Puentes que permiten proseguir el camino”*. Segundo Lugar Categoría Personas Naturales, Concurso “Una sociedad para todas las edades”, Octubre 2005. Buenos Aires, Argentina.

- Puga, D. (2010) Ponencia: *Cuidados a largo plazo y atención a la dependencia*. En: Envejecimiento y Estrategias de Protección social en América Latina. CEPAL – Naciones Unidas. Santiago, Chile, noviembre 2010.
- Pugliese, Leticia. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay. Marzo 2009
- Valle Gallego, Isabel. Ponencia *Ayudas Técnicas y Adaptación del hogar - Movilizaciones, traslados e higiene postural*. En Seminario sobre Formación de Cuidadores y Cuidadoras de Adultos Mayores. BPS – OISS - SEGIB. Montevideo, Uruguay, Noviembre 2010.
- Ley 39 /2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. España. Dic. 2006.

www.ceapat.org

<http://www.ciapat.org/site/agenda.asp>.

<http://www.helpargentina.org/es/centrodedia>

www.imsersomayores.csic.es

CÓNYUGE COLABORADOR, BREVE ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Soc. Silvia Santos

CÓNYUGE COLABORADOR, BREVE ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En este trabajo se analiza brevemente la situación de la figura del “cónyuge colaborador” como parte de los trabajadores activos del sistema de Seguridad Social en nuestro país. Se analizan sus derechos en materia de Seguridad Social y desde el punto de vista estadístico, la evolución del conjunto de estos trabajadores así como su estructura por sexo y edad.

1. Orígenes

El origen de la figura del cónyuge colaborador se remonta al año 1941, a partir del decreto de 26 de marzo de dicho año (decreto reglamentario de la Ley N° 9.999 de 3/01/1941 de Jubilación de Patronos). La figura fue creada a los solos efectos de su inclusión en los derechos jubilatorios a la par del cónyuge titular de la empresa y para la aportación Industria y Comercio.

En el artículo segundo de dicha ley se expresa: *“Declárase que la ley comprende tan sólo a los patronos enumerados en el artículo anterior, que intervengan con su trabajo personal y en forma permanente en la dirección o administración de los establecimientos y a los cónyuges que cooperen en igual forma en las mismas actividades.*

“Se conceptúa dirección o administración, el conjunto de actos de gobierno del giro o de los bienes que integran el patrimonio del establecimiento, empresa o negocio.”

Al no estar desarrollada conceptualmente esta figura para el sector Rural y frente a la duda de interpretación de la normativa correspondiente, se dictaron resoluciones por parte del Directorio del Banco de Previsión Social, algunas de las cuales recogen consideraciones de la Asesoría Técnica Legal y de Asuntos Internacionales del organismo en relación al fundamento de la figura. En su informe de fecha 23/02/2000 la Sala de Abogados expresa que: *“La figura del cónyuge cooperador en realidad es una creación jurídica que tenía significado antes de la Ley de Derechos Civiles de la Mujer, donde ésta no podía administrar sus propios bienes, ni los gananciales, por lo cual y a fin de admitirla, en el mismo plano de su cónyuge a los efectos jubilatorios, se creó esta figura”...* *“Además el mantenimiento del concepto tiene importancia porque resuelve una situación cuando el cónyuge cooperador realiza las mismas actividades que el titular y no existe la comunidad de bienes, por la disolución de la sociedad conyugal. En este caso el cónyuge, que no es socio del otro, igual mantiene a los efectos jubilatorios y congruentemente, tributarios, los mismos derechos y obligaciones.” ...* *“El Decreto creador de la figura, no distinguió entre cónyuges de patronos de empresas unipersonales y sociedades y solo exige que tanto el patrono como el cónyuge intervengan, con su trabajo personal y en forma permanente, en la dirección o administración de los establecimientos, entendiendo como administración el conjunto de actos de gobierno del giro o de los bienes que integran el patrimonio del establecimiento, empresa o negocio”*

Como veremos más adelante, a pesar de que la regulación jurídica en el ámbito rural es posterior, existe una mayor proporción de cónyuges colaboradores en el sector Rural y por otro lado, a pesar de que en sus orígenes es una figura enfocada en los derechos de la mujer, existe actualmente una proporción, aunque minoritaria, de cónyuges colaboradores varones.

2. Derechos de Seguridad Social

2.1 Aportación Industria y Comercio

2.1.1 Aportes jubilatorios

Con respecto a los derechos jubilatorios para la aportación de Industria y Comercio, como vimos anteriormente, los mismos surgen del Decreto Ley de 26/03/941. En el artículo 2° se incluyen a los cónyuges que cooperen en las actividades de dirección o administración de los establecimientos.

Tratándose de cónyuge colaborador de patrón de empresa unipersonal los aportes podrán ser el 22,5% sobre un mínimo de 11 BFC¹ para el caso de Unipersonal sin dependientes. En el caso de Unipersonal con dependientes, los aportes pueden ser el equivalente al máximo salario² con un mínimo de 15 BFC.

Cuando se trata de empresas unipersonales “monotributistas”, el artículo 78 de la ley 18.083 de 27/12/2006 de Reforma Tributaria en el apartado referente al Monotributo, expresa que la existencia de cónyuge colaborador o concubino colaborador no altera el carácter unipersonal de la empresa.

En el caso de cónyuges de monotributistas de empresas unipersonales que no ocupen a más de un dependiente el monto imponible es sobre un sueldo ficto equivalente a 5 BFC.

2.1.2 Afiliación Mutua

Según el artículo 71 de la Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007 del Sistema Nacional Integrado de Salud, los titulares de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al Sistema de la Seguridad Social, tienen derecho a la cobertura médica propia y de los hijos menores a cargo o mayores con discapacidad; no se menciona la figura del cónyuge colaborador. La existencia de cónyuge colaborador en una empresa unipersonal de Industria y Comercio hace perder la naturaleza de la misma (ya que se trataría de una sociedad de hecho) y por consiguiente el

¹ Base Ficta de Contribución es una unidad de medida para las contribuciones que se realizan mediante remuneraciones fictas. Equivale a \$ 478,63 al 1/01/2011.

² Para el aporte del Máximo Salario se considera el del trabajador que tenga el mayor monto imponible gravado de la empresa.

beneficio de la cuota mutual del titular y su cónyuge, de sus hijos o menores a cargo y mayores con discapacidad, también se pierde el subsidio por enfermedad y otras prestaciones (por ejemplo, lentes y prótesis)³. El cónyuge trabajador tampoco tiene derecho a la afiliación mutual a menos que configure actividad personal, subordinación jurídica y remuneración, es decir, que tenga la calidad de dependiente.⁴

En el caso de cónyuges de monotributistas de empresas unipersonales que no ocupen a más de un dependiente, tienen derecho a optar por aportar al Sistema Integrado de Salud y en cuyo caso aportan sobre 6,5 BPC⁵. El porcentaje de aportes depende de la situación familiar, pudiendo ser un 9,5 % en el caso de no existir hijos y 11% en el caso de que existan hijos.

2.1.3 Subsidio de Enfermedad

El o la cónyuge colaborador/a tiene derecho al Subsidio de Enfermedad si tiene derecho a la cuota mutual por lo cual, no tienen derecho las personas cónyuges colaboradoras de empresas unipersonales, en cambio sí tiene derecho los cónyuges colaboradores de empresarios unipersonales monotributistas.

2.1.4 Subsidio por Maternidad

Las cónyuges colaboradoras, al igual que las titulares de empresas unipersonales, no tienen derecho a este subsidio. El artículo 11 del decreto – ley 15.084 de 28/11/980 establece que las beneficiarias del subsidio por maternidad serán las empleadas de la actividad privada.

2.1.5 Asignaciones Familiares

Las personas cónyuges colaboradoras no son atributarias de Asignaciones Familiares que brinda la Ley 15.084, del mismo modo que el titular patrono de empresa unipersonal.

³ Surge del literal D) del decreto-ley 14.407 de 22/07/975, con la redacción dada por la ley 18.731 a partir del 1/01/2011 en su artículo 13: "D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este decreto-ley, que no tengan más de 5 trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social".

⁴ Se consultó a la Sra. Mónica Yanneo, Jefe de Relacionamento con el usuario de Atyr en lo relacionado con los derechos y aportaciones relativos a la cuota mutual, por lo cual se agradece la información proporcionada.

⁵ Base de Prestaciones y Contribuciones equivalentes a \$ 2.226 a 1/01/2011.

2.2 Aportación Rural

2.2.1 Aportes jubilatorios

En la aportación Rural, por Ley 15.852 de 24/12/986, el cónyuge colaborador adquiere los derechos jubilatorios a través del pago, de un 10% de acrecimiento sobre el aporte básico sobre la tierra.

Las empresas rurales se encuentran gravadas por una contribución patronal, determinada por el número de hectáreas índice de productividad Coneat, multiplicadas por la Unidad Básica de Contribución (UBC). A este aporte básico sobre la tierra se le agregan acrecimientos cuando se trata de empresas con más de un titular con actividad, a los efectos de cubrir el aporte de las personas físicas agregadas o socios.

2.2.2 Afiliación Mutua

El artículo 4° de la ley 16.883 de 10/11/997 que rige a partir de enero de 1998 establece que a los efectos dispuestos en el literal D) del decreto ley 14.407 de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 1° del decreto ley 15.087 de 9 de diciembre de 1980, la existencia de cónyuge colaborador no altera el carácter unipersonal de la empresa.

La ley 16.883 de 10/11/1997 estableció que podrán percibir el beneficio de afiliación mutua, los empresarios rurales, empresarios contratistas y sus respectivos cónyuges colaboradores que empleen no más de un trabajador. Quienes opten por percibir la cuota mutua y cumplan los siguientes requisitos:

- a) Exploten predios de hasta 500 hectáreas Coneat
- b) No perciban otros ingresos (excepto pasividades o pensiones a la vejez e invalidez que no superen el equivalente a una BPC por cada beneficiario)
- c) Estén al día con las aportaciones al sistema de seguridad social.

aportarán el 30% del valor de la Cuota Mutua por el titular y el cónyuge colaborador.

Quienes opten por la afiliación mutua y perciban otros ingresos o exploten predios mayores a 500 hás. Coneat deberán aportar la totalidad de la cuota, independientemente a la tenencia de hijos, menores a cargo, mayores discapacitados, cónyuges o concubinas.

Es decir, los cónyuges colaboradores de empresas rurales unipersonales con no más de un dependiente tienen derecho optativo a la afiliación mutua con cuota bonificada si se cumplen determinados requisitos o pagando la cuota completa en el resto de las situaciones.

2.2.3 Subsidio por Maternidad

Las cónyuges colaboradoras no tienen derecho al Subsidio por Maternidad del mismo modo que en el ámbito de industria y comercio.

2.2.4 Asignaciones familiares

Los pequeños productores rurales y contratistas rurales, de acuerdo al artículo 1° del Decreto 596/985 de 6/11/985 y al artículo 19 de la ley 15.852 de 24/12/986 son atributarios de la ley 15.084 de Asignaciones familiares. No se incluye a las personas cónyuges colaboradoras.

3. Estadística de personas con vínculo funcional de cónyuge colaborador

Se presentan las estadísticas de esta figura, mostrando como evolucionan desde el año 2007 hasta 2010 y como se componen por sexo y tramo de edad.

Cuadro 1

Evolución de personas activas con vínculo funcional "cónyuge colaborador" y porcentaje por sexo (a junio de cada año)

	2007		2008		2009		2010	
Totales	17259	%	16326	%	15470	%	14369	%
Mujeres	14613	84,7	13781	84,4	12999	84,0	12045	83,8
Hombres	2646	15,3	2545	15,6	2471	16,0	2324	16,2

Fuente: Elaborado a partir del DW de nominada ATYR.

En el período estudiado los cónyuges colaboradores han decrecido. En el año 2007 se registraban 17.259 y en 2010 la cantidad es de 14.369. Se trata de una variación negativa de -16,74%.

La estructura por sexo muestra que para todos los años, este vínculo funcional está constituido mayoritariamente por mujeres (aproximadamente el 84 % en todo el período).

Cuadro 2

Composición por tramos de edad y sexo de los/as cónyuges colaboradores a junio de 2010.

	hasta 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	Total
Totales	89	342	2611	4954	4700	1673	14369
mujeres (%)	93,3	93,6	89,3	85,5	81,5	74,5	83,8
hombres (%)	6,7	6,4	10,7	14,5	18,5	25,5	16,2

Fuente: elaborado a partir del DW de nominada ATYR.

El tramo de edad de 40 a 49 años es el que registra la mayor cantidad de personas cónyuges colaboradoras (4.954 personas); le sigue el tramo de 50 a 59 años con 4.700 personas. Si bien las mujeres representan la proporción mayor en todos los tramos, en las edades más jóvenes la proporción de mujeres es aún mayor. Por lo que se observa que a medida que las edades avanzan, la proporción de cónyuges colaboradores mujeres decrecen y se incrementan la proporción de hombres.

Cuadro 3

Cónyuges colaboradores según tipo de aportación a junio de 2010.

	Industria y Comercio 1)	(%)	Rural	(%)
Totales	1791	58,3	12578	87,5
mujeres	1044	41,7	11001	12,5
hombres	747		1577	

Fuente: elaborado a partir del DW de nominada ATYR.

Nota 1) Incluye monotributistas

Se puede observar que la mayoría de los/as cónyuges colaboradores/as se verifican en la aportación Rural. Son 12.578 personas, lo que representa el 87,5% del total de personas cónyuges colaboradoras en el mes de junio de 2010. Además en este sector las mujeres son mayoría, representan el 87,5% de las personas cónyuges colaboradoras rurales.

La aportación de Industria y Comercio representa el 12,5 % del total. Dentro de este sector las mujeres representan el 58,3%.

4. Comentario final

La figura del cónyuge colaborador tiene su origen en el ámbito de Industria y Comercio en el año 1941 a los efectos de que estas personas pudieran realizar los aportes correspondientes para obtener los derechos jubilatorios. Se trataba de una realidad social y económica que ha cambiado con el tiempo. En aquel entonces, el modelo de bienestar social era fuertemente familista con la modalidad "hombre proveedor-mujer cuidadora", donde se aseguraba el ingreso del hogar a través del varón. La normativa en materia de seguridad social en aquella época, fue pionera en reconocer la actividad laboral de la mujer al crear una figura que le permitiera acceder a los derechos jubilatorios. Con el posterior reconocimiento de los derechos civiles de la mujer (Ley 10.783 de 18/09/1946) y la incorporación al mercado laboral de contingentes cada vez mayores de mujeres, esta figura fue perdiendo eficacia, en especial en el ámbito de la industria y el comercio.

De acuerdo a la normativa vigente y su interpretación, en Industria y Comercio, la incorporación de esta figura hace perder derechos de afiliación mutua, entre otros. Por otra parte, en el caso de que el cónyuge trabajador opte por cotizar como dependiente (situación que preserva los derechos de la empresa unipersonal y su titular), queda en una situación de subordinación que no se corresponde a las actividades de dirección y administración que sí podría ejercer si fuera cónyuge colaborador. No sucede lo mismo para monotributistas y en el ámbito rural, donde se establece un régimen de excepción dado expresamente por ley.

En el ámbito de Industria y Comercio las personas cónyuges colaboradoras de empresas unipersonales y monotributistas de unipersonales, pueden obtener los derechos jubilatorios realizando los aportes correspondientes. La ley expresa que el cónyuge puede cooperar en la dirección o administración del establecimiento y conceptúa estas tareas como el

conjunto de actos de gobierno del giro o de los bienes que integran el establecimiento. Es decir que se asimila el cónyuge colaborador al patrón de la empresa.

Con respecto a la cuota mutual, el cónyuge colaborador de empresa unipersonal no tiene derecho a este beneficio así como tampoco lo tiene el titular de la misma (ni sus hijos, niños a cargo y personas discapacitadas), ya que la existencia de aquella figura hace perder la naturaleza de empresa unipersonal. Se puede inferir que este trato desfavorable para el titular de una empresa unipersonal y su cónyuge trabajador/a, impacte en la reducida cantidad de vínculos funcionales denominados cónyuges colaborador en Industria y Comercio (el 12,5% del total de cónyuges colaboradores en junio de 2010), si tenemos en cuenta además, que dentro de esta aportación también se registran las empresas monotributistas.

La normativa no es la misma en el caso de empresa unipersonal monotributista. En este caso la ley establece que la existencia de cónyuge o concubino colaborador no altera el carácter unipersonal de la empresa, es decir que se establece de forma expresa la voluntad del legislador. Consecuentemente, el cónyuge colaborador puede acceder al subsidio por enfermedad si previamente pudo optar por la cuota mutual.

Las cónyuges colaboradoras no tienen derecho al Subsidio por Maternidad y tampoco son atributarias de las Asignaciones Familiares correspondientes a la ley 15.084.

En el ámbito Rural, las personas cónyuges colaboradores adquieren los derechos jubilatorios en virtud del pago del 10 % de acrecimiento sobre el aporte básico de la tierra.

Con respecto a la cuota mutual, la ley expresa -también en forma excepcional- que la existencia de cónyuge colaborador no altera el carácter unipersonal de la empresa (contrariamente a lo que sucede en Industria y Comercio) y otorga el beneficio de afiliación mutual a los titulares y cónyuges de las empresas unipersonales rurales que emplean hasta un trabajador subordinado y que opten por el mismo.

Al igual que en la aportación de Industria y Comercio, las cónyuges colaboradores no acceden al Subsidio por Maternidad ni a las Asignaciones Familiares de la ley 15.084. El derecho a AF para menores a cargo se asegura sólo para pequeños productores y contratistas rurales a través del atributario titular.

Las estadísticas muestran la existencia de 14.369 personas cuyo vínculo funcional es cónyuge colaborador al mes de junio de 2010; dentro de éstas el 83,8 % son mujeres. Durante el período 2007 – 2010 esta cantidad ha venido disminuyendo.

Para junio de 2010, los cónyuges colaboradores/as se concentran en la aportación rural (el 87,5 %) y en los tramos de edades de 40 a 49 y 50 a 59 años y además, en las edades más jóvenes las mujeres aumentan aún su proporción.

En síntesis: encontramos que con respecto al derecho de la cobertura mutual, trabajadores que se encuentran en situaciones similares -cónyuges colaboradores de empresas

unipersonales de industria y comercio, cónyuges colaboradores de empresas unipersonales monotributistas y cónyuges colaboradores rurales- no acceden a similares beneficios. En el primer caso la figura del cónyuge colaborador hace perder la calidad de empresa unipersonal y se la considera una sociedad de hecho sin posibilidad de acceder a la cuota mutual tanto el titular como su cónyuge. Mientras que en el caso de unipersonales monotributistas y de la aportación rural, la ley expresamente dice que la existencia de cónyuge colaborador no altera el carácter unipersonal de la empresa y tienen derecho a la cobertura mutual.

Con respecto al subsidio por maternidad, las mujeres cónyuges colaboradoras (al igual que las titulares de empresas unipersonales y monotributistas), no tienen derecho al mismo ya sea en el ámbito rural o el de industria y comercio. Sin embargo, se trata de un colectivo de mujeres trabajadoras de pequeñas empresas, incluso monotributistas. La contingencia de la maternidad requiere de mayores ingresos y de una cobertura asistencial; por otra parte, la misma conlleva a la interrupción del trabajo, que muchas veces se torna dificultoso retomarlo. El subsidio por maternidad favorece el crecimiento demográfico, la salud reproductiva y la disminución de la mortalidad infantil. Son entre otros, motivos para que todos los colectivos que compartan situaciones similares puedan acceder a los mismos derechos.

**UNA APROXIMACIÓN AL
COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN
POR ZONA GEOGRÁFICA ANTE LA
REFORMA DE SALUD.**

Ps. Cristina Klüver

PRESENTACION

Un análisis anterior identificó como algunos de los resultados de la reforma de la salud: a) un desplazamiento de la atención de la población desde los servicios públicos hacia los servicios de salud privados y b) la población involucrada en esos cambios es mayoritariamente niños y jóvenes que pertenecen a hogares de menores recursos.

En este estudio interesa mirar algunos datos para analizar si ese comportamiento global presenta especificidades por región. Si bien es esperable que en el interior del país el comportamiento de la población sea similar, interesa mirar algunos datos para confirmar o no dicha similitud, viendo los puntos de coincidencia o diferencias en lo que refiere al desplazamiento desde los servicios de salud públicos hacia los servicios de salud privados y las características que presenta la población involucrada en los cambios.

Con datos extraídos de las ECH, los datos sobre salud que se analizan en este documento corresponden a los años 2007 y 2008, por la posibilidad de su estricta comparabilidad, y se realiza una desagregación por zona geográfica Montevideo e Interior, por tramo de edad y niveles de ingreso per-cápita de los hogares, observando el comportamiento de la población en Montevideo, luego en el Interior para comparar finalmente el mismo.

1. Distribución de la población por zona geográfica

En Montevideo la atención de la salud de la población presenta, en 2007 los siguientes valores: en el sub-sistema público se atiende un 37%, en el privado el 60% y quienes no se atienden su salud casi un 3%, mientras que en 2008 son 31%, 67% y un 2% respectivamente. Si bien en los dos años analizados la población se distribuye en las diferentes propuestas de proveedores tanto públicos como privados, un 80% de la cobertura se concentra principalmente en dos de ellos: el MSP/Hospital de Clínicas, - proveedor público -, con valores de 26% y 21%, y en las IAMC, - proveedor privado - con valores mayores que ascienden de 55% en 2007 a 61% en 2008.

Al comparar la distribución de la población en ambos períodos hay modificaciones en la mayoría de los proveedores de salud. Ocurren desplazamientos de la población desde los públicos hacia los privados, entre los privados y de los que no atienden su salud. Al observar simultáneamente los valores porcentuales y las variaciones que obtienen, es posible identificar en que servicio de salud se da el mayor desplazamiento y también cuál es el más afectado por el mismo.

Cuadro 1. Distribución de la población por servicio de salud donde se atiende, según región. (%)

Montevideo	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO				No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total			
2007	26,0	7,0	3,2	1,0	37,2	55,0	5,2	60,2	2,6	100,0	
2008	20,8	7,0	2,9	0,4	31,1	61,0	5,7	66,7	2,2	100,0	
Variación	-20,0	0,0	-10,0	-60,0	-16,4	10,0	10,0	10,8	-15,4		

Interior	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO				No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total			
2007	48,8	6,4	1,1	1,0	57,3	36,6	4,3	40,9	1,8	100,0	
2008	41,6	6,4	0,9	0,3	49,2	45,7	3,6	49,3	1,6	100,0	
Variación	-20,0	0,0	-20,0	-70,0	-14,1	20,0	-20,0	20,5	-20,0		

Fuente: INE- Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2007-2008

En el ámbito público, el desplazamiento se presenta con una variación negativa (-16%) y es ésta una característica que se da en todos los proveedores de salud de dicho sub-sistema. La mayor variación negativa es la del BPS, (-60%), seguido del MSP/Hospital de Clínicas (-20%) y finalmente las Policlínicas Municipales (-10%). Los casos excepcionales están dados por la población de Sanidad Policial /Militar que se mantiene sin modificaciones en ambos años estudiados.

Mientras que el desplazamiento en el ámbito privado, tiene una variación positiva (11%), e igualmente positivas las IAMC (10%) y los Seguros Privados (10%). En quienes no atienden su salud, si bien la variación es negativa, ésta se transforma en un buen indicador en el sentido de que es una población que a accedido a la atención de su salud.

En Interior, en 2007 la población atiende su salud principalmente en el sub-sistema público (57%) un poco menos en el sub-sistema privado (41%) y casi un 2% no atiende su salud, mientras que esta situación cambia en el 2008. Disminuye la población que se atiende en el subsistema público (49%), y aumenta en el privado (49%).

En ambos períodos analizados, aún cuando la población se distribuye en las diferentes propuestas de los proveedores, se concentra en dos de ellos. En el sector público es en el MSP/Hospital de Clínicas, y en el privado es en las IAMC. En 2007, el 49% de la población atiende su salud en el MSP/Hospital de Clínicas, y un 37% en las IAMC, mientras que al año siguiente en 2008 la distribución se ubica en el 42% y 46% respectivamente. Antes y después del SNIS la población atiende su salud principalmente en estos dos servicios.

En 2008 ocurre un desplazamiento de la población - a excepción de quienes se atienden en Sanidad Policial/Militar - en todos los proveedores de salud, desde los proveedores

públicos a los privados, y en menor medida entre los privados, y de quienes no atienden su salud.

En el ámbito público, el desplazamiento tiene variación negativa (-14%) y ésta variación negativa se da en todos los proveedores de salud de dicho sub-sistema. La mayor es la del BPS, (-70%), luego el MSP/Hospital de Clínicas y las Policlínicas Municipales (ambos con -20%), mientras que la población de Sanidad Policial /Militar se mantiene sin modificaciones en ambos períodos.

El desplazamiento en el ámbito privado, tiene una variación positiva (20%), que se observa en las IAMC (20%), mientras que los Seguros Privados y los que no atienden su salud, presentan variaciones negativas (-20%). En este último caso si bien la variación es negativa, sería un buen indicador en el sentido de que es una población que ha podido acceder a la atención de su salud.

Comparativamente la desagregación de la atención de la salud de la población según zona geográfica - Montevideo-Interior - presenta similitudes y algunas diferencias.

Es en la concentración de la población en dos proveedores de salud, MSP/Hospital de Clínicas y las IAMC, en el desplazamiento desde lo público a lo privado, los aspectos donde en ambas zonas geográficas - Montevideo e Interior – se observan comportamientos similares.

La distribución de la concentración de la población en los dos proveedores - MSP/Hospital de Clínicas y las IAMC – podría observarse como una diferencia entre zonas. Es decir, en el período analizado, entre el 80% y el 90% de la población, si bien se concentra en esos dos proveedores, la distribución difiere según la región. En Montevideo la distribución en ambos proveedores presenta mayor disparidad (en 2007:26% y 55% y en 2008: 21% y 61%), mientras que en Interior presenta mayor paridad en la distribución entre MSP/Hospital de Clínicas y las IAMC (en 2007: 49% y 37% y en 2008: 42% y 46% respectivamente).

Diferencias que estarían asociadas con la organización de la salud en el Interior y tendrían que ver más con la posibilidad de acceso a las distintas instituciones por la localización geográfica de las mismas que con el comportamiento de los habitantes de las áreas consideradas.

Otra diferencia que podría observarse es en la proporción de población de ese desplazamiento y es en este aspecto, que el BPS en Montevideo e Interior - presenta las mayores variaciones negativas de -60% y -70%, indicando que es desde el proveedor público que la población ha decidido mayormente cambiar, optando por atender su salud en un proveedor privado. Situación que si bien se destaca, no debería llamar la atención pues BPS da cobertura parcial a los hijos de quienes están protegidos por la seguridad social. Las variaciones de la población en los restantes servicios de salud en relación al

BPS son menores y de igual valor entre sí, MSP/Hospital de Clínicas, Policlínicas Municipales.

2. Distribución de la población por edad y zona geográfica

En 2007 en Montevideo, según el tramo de edades, los niños y los más jóvenes - hasta 13 y de 14 a 17 - son quienes atienden mayoritariamente su salud en el sub-sistema público (61% y 57% respectivamente) y en menor medida en el sub-sistema privado (38% y 41%). A partir del tramo de 18-21 años de edad, la población atiende su salud mayoritariamente en el sub-sistema privado (57%,66%, 68%,75%), mientras que en el público los valores son inferiores al 50% en los mismos tramos.

Cuadro 2. Distribución de la población por servicio de salud donde se atiende según edad y región. Año 2007. (%)

MONTEVIDEO	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO				Total
	MSP Hosp. Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total	No se atiende	
hasta 13	42,0	8,0	6,7	4,6	61,3	32,1	5,6	37,7	1,0	100,0
14 a 17	42,0	8,6	6,0	0,2	56,8	35,1	6,0	41,1	2,1	100,0
18 a 21	28,6	6,8	3,6	0,2	39,2	51,3	5,9	57,2	3,6	100,0
22 a 59	20,8	6,7	2,3	0,1	29,9	61,3	5,2	66,5	3,6	100,0
60 a 65	20,8	6,9	1,4	0,0	29,1	63,0	5,4	68,4	2,5	100,0
66 y más	17,3	5,9	1,0	0,0	24,2	70,6	4,1	74,7	1,0	100,0

INTERIOR	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO				Total
	MSP Hosp. Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total	No se atiende	
hasta 13	65,4	6,5	2,2	3,7	77,8	15,5	5,9	21,4	0,9	100,0
de 14 a 17	67,3	7,4	1,3	0,4	76,4	16,9	5,2	22,1	1,4	100,0
de 18 a 21	55,0	6,0	0,7	0,4	62,1	31,3	4,2	35,5	2,4	100,0
de 22 a 59	40,1	6,4	0,8	0,1	47,4	47,0	3,2	50,2	2,4	100,0
de 60 a 65	39,4	7,3	0,6	0,0	47,3	46,8	4,0	50,8	1,9	100,0
de 66 y más	40,5	5,2	0,6	0,0	46,3	47,7	5,0	52,7	1,0	100,0

Fuente: INE- Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2007-2008

Al interior de cada sub-sistema, esta población más joven se concentra en el MSP/Hospital de Clínicas (42% y 42%) en el público, y en las IAMC (32% y 35%) en el privado. Desde el tramo de 18 a 21 y a medida que aumenta la edad, disminuye la población que se atiende en el sub-sistema público específicamente en el MSP/Hospital de Clínicas, con valores que van descendiendo en todos los tramos de edad (29%, 21%, 21%, 17%) mientras que en el privado – en y desde los mismos tramos de edad – aumenta la población que atiende su salud en el sub-sistema privado, concretamente en las IAMC con valores que van ascendiendo. (51%, 61%, 63%,71%).

En 2007 en Interior, según el tramo de edades, a los niños y adolescentes se le agregan los más jóvenes - hasta 13, de 14 a 17 y de 18 a 21- es la población que atiende su salud mayoritariamente en el sub-sistema público con mayores valores (78%,76%,62% respectivamente) y en menor medida en el sub-sistema privado (21%,22% y 35%). Es a partir del tramo de 22-59 años, y tramos siguientes, el colectivo que accede a una atención de su salud en el sub-sistema privado (50%,51%,53%), mientras que en el público los valores apenas superan el 40% en los mismos tramos.

Al interior de cada sub-sistema, si bien la distribución de esta población más joven es en todos los proveedores, se concentra principalmente en el MSP/Hospital de Clínicas y en las IAMC.

En el MSP/Hospital de Clínicas, en esos tramos alcanzan valores de 65%,67%,55% y disminuye a partir del tramo 22-59 de edad a 40%,39%,40%. Mientras que una población mucho menor, en todos los tramos de edades se distribuye en los restantes proveedores de salud con valores porcentuales menores al 5%, que van perdiendo su población al aumentar la edad, entre los que se encuentran las Policlínicas Municipales y el BPS y otro grupo colectivo - que se caracterizaría por su estabilidad en todos los tramos - que atiende su salud en Sanidad Policial/Militar, que no llega al 10%.

Las IAMC para las edades más jóvenes, alcanzan porcentajes del 15%,17%,31% y aumenta desde el tramo de 22-59 a 47%, 47% y 48% en los tramos siguientes. La población que opta y accede a los Seguros Privados no supera el 6% y se mantiene mayoritariamente estable en todos los tramos, con una disminución en el tramo de 22-59 que en el tramo siguiente recupera.

En el año 2008, el escenario de la salud se modifica al introducirse la reforma de la salud. Es así que en Montevideo, es posible observar los desplazamientos entre ambos sub-sistemas. En el público hay un descenso progresivo de la población que atiende su salud en el mismo. En el tramo de menor edad alcanza el máximo de un 42%, en los tres tramos siguientes desciende, (41%, 36% y 27%), se detiene en el tramo de edad de 60-65 años donde aumenta tres puntos porcentuales (30%) para continuar su descenso en el tramo siguiente de 66 y más.

En el sub-sistema privado ocurre el proceso inverso. Hay un progresivo aumento de la población que atiende su salud en el mismo a medida que aumenta la edad (alrededor de 60% y casi un 80%) - se detiene en el tramo de edad de 60 a 65 años, (de 72% baja a 69%) para luego volver a aumentar en el tramo de 66 y más a 76%.

Al interior de cada sub-sistema la población se distribuye en todos los proveedores de salud, con la misma característica de descenso y aumento de población a medida que aumenta la edad en los proveedores públicos y privados respectivamente, manteniendo la concentración en el MSP/Hospital de Clínicas (27%, 27%,25% 18% 19% 17%) y mayoritariamente en las IAMC (52% en los tres primero tramos de edad, 63%, 62% y 72%) al igual que en el período anterior.

Cuadro 3. Distribución de la población por servicio de salud donde se atiende según tramo de edad y región. Año 2008. (%)

MONTEVIDEO	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP H. Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
Hasta 13	27,1	7,8	5,5	1,7	42,1	51,9	5,5	57,9	0,5	100,0
14 a 17	26,6	8,7	5,3	0,5	41,1	52,2	5,5	58,8	1,1	100,0
18 a 21	25,0	7,8	3,2	0,2	36,2	52,4	7,3	63,6	3,9	100,0
22 a 59	18,5	6,7	2,2	0,1	27,5	63,2	6,0	72,5	3,3	100,0
60 a 65	19,5	9,0	2,0	0,0	30,5	61,8	5,6	69,5	2,1	100,0
66 y más	16,8	5,3	1,0	0,0	23,1	71,8	4,2	76,9	0,9	100,0

INTERIOR	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP H. Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
hasta 13	46,0	6,2	1,3	1,0	54,5	41,6	3,4	45,0	0,5	100,0
De 14 a 17	48,7	7,0	1,0	0,2	56,9	39,3	2,8	42,1	0,9	100,0
De 18 a 21	52,1	6,6	0,7	0,2	59,6	33,6	3,8	37,4	2,9	100,0
De 22 a 59	37,8	6,5	0,7	0,1	45,1	49,2	3,4	52,6	2,3	100,0
De 60 a 65	38,8	7,7	0,7	0,0	47,2	47,7	3,6	51,3	1,5	100,0
de 66 y más	39,3	5,5	0,7	0,0	45,5	48,7	5,0	53,7	0,9	100,0

Fuente: INE- Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2007-2008

En Interior en 2008, se observan desplazamientos entre ambos sub-sistemas - público y privado- y en todos los tramos de edades con variaciones diferentes según el tramo de edad. En el público, el desplazamiento es mayor en la población más joven: niños, adolescentes - hasta 13 y de 14 a 17 – (de 78% y 76% en 2007 a 54% y 57% en 2008 respectivamente). Ocurre un desplazamiento menor en la población que va desde el tramo de edad 18-21 y tramos siguientes, (de 62%, 47%, 47% y 46% en 2007 a 60%, 45%, 47% y 45% en 2008).

En el privado, el desplazamiento de mayor entidad se observa también en la población de niños y adolescentes - hasta 13 y de 14 a 17 - con valores porcentuales que van desde 21% y 22% en 2007 a 45% y 42% en 2008. En los tramos siguientes, desde 18-21 años, también se observan desplazamientos aunque de menor entidad con valores desde 35%, 50%, 51% y 53% en 2007 a 37%, 53%, 51% y 54% respectivamente.

Entonces, al comparar 2008 respecto a 2007 por zona, en el sub-sistema Público, Montevideo registra en proporción una caída levemente mayor en relación al Interior entre la población más joven -hasta 13 y de 14 a 17 años- (variaciones de -31% y -28% en Montevideo y -30% y -25% en Interior). Pero hay que recordar que en el Interior en 2007 más del 76% de esta población se atendía en instituciones públicas. En el sub-sistema Privado el Interior muestra en 2008 para este colectivo crecimientos sustantivamente mayores (variaciones 52% y 40% en Montevideo y 110% y 90% en Interior).

Comparativamente en ambas zonas - Montevideo e Interior- al desagregar la atención de la salud por edad, se puede plantear que en 2008 la población que mayormente se desplaza desde el público al privado es la población más joven. En ambas zonas, son en su mayoría los niños, los adolescentes y los jóvenes – hasta 13, de 14 a 17 y 18 a 21 años- quienes acceden a una atención de salud integral en el sub-sistema privado. El mayor movimiento relativo observado es el crecimiento de casi el doble de usuarios en el sector privado en el Interior del país.

3. Distribución de la población por ingreso y zona geográfica

En Montevideo en 2007, la población de menores ingresos – hasta 3 BPC - que atiende su salud en el subsistema público alcanza un 65%, quienes lo hacen en el privado un 31% y quienes no atienden su salud casi un 4%.

Claramente es el MSP/Hospital de Clínicas (49%) el proveedor público donde atiende su salud la población de menores ingresos, seguido de Sanidad Policial/Militar (8%), Policlínicas Municipales (6%), y el BPS casi un 2%. En el sub-sistema privado, son las IAMC quienes alcanzan un 29% y los Seguros Privados el 2%.

A mayor ingreso, - de 3 a 6, de 6 a 9 y más de 9 BPC - disminuye considerablemente la población que atiende su salud en el sub-sistema público (20%, 8%, 4% respectivamente) y aumenta quienes lo hacen en el sub-sistema privado, (78%, 91%, 95%).

Cuadro 4. Distribución de la población por servicios de salud donde se atiende según tramo de ingreso per cápita del hogar. Año 2007. (%)

Montevideo	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
Hasta 3 BPC	48,6	8,2	6,5	1,8	65,1	29,1	2,2	31,3	3,6	100,0
De 3 a 6	11,3	7,6	0,8	0,4	20,1	73,1	4,6	77,7	2,4	100,0
De 6 a 9	2,6	4,8	0,1	0,1	7,6	84,1	7,0	91,1	1,3	100,0
Más de 9	1,0	3,2	0,0	0,0	4,2	79,4	15,6	95,0	0,7	100,0

Interior	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
Hasta 3 BPC	62,2	6,7	1,5	1,3	71,7	23,2	3,4	26,6	1,7	100,0
De 3 a 6	23,0	6,2	0,4	0,4	30,0	61,9	6,1	68,0	2,1	100,0
De 6 a 9	8,2	4,7	0,1	0,1	13,1	80,2	5,5	85,7	1,2	100,0
Más de 9	3,2	3,0	0,1	0,0	6,3	82,5	9,8	92,3	1,4	100,0

Fuente: INE - Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2007-2008
Nota: BPC: el valor en pesos de la BPC 2007 y 2008 fue de \$1636 y \$ 1775

En el Interior, en 2007 ocurre una situación similar a la de Montevideo, más pronunciada. Es decir, alcanza un 72% la población de menores ingresos - de hasta 3 BPC - que atiende su salud en el subsistema público. El 62% lo hace en el MSP/Hospital de Clínicas,

un 7% en Sanidad Policial/Militar, casi un 2% en las Policlínicas Municipales y un poco más del 1% en BPS.

En el privado - en la misma franja de ingresos- lo hace el 27%, y quienes no atienden su salud no alcanza un 2%. El 23% atiende su salud en las IAMC, mientras casi un 4% en los Seguros Privados.

Al igual que en Montevideo, a medida que va aumentando el ingreso, va disminuyendo - en forma considerable - la población que atiende su salud en el sub-sistema público (30%, 13%, 6%) y aumenta en el privado.(68%, 86%,92%)

En el año 2008, en Montevideo, aún cuando la población de menores ingresos mantiene la atención de su salud principalmente en el sub-sistema público (56%) disminuye en relación a 2007 nueve puntos porcentuales. Mientras en el privado aumenta la población, que atiende su salud en ese sector llegando a 41%.

A medida que aumentan los ingresos, -de 3 a 6, de 6 a 9 y más de 9 BPC - disminuye la población que se atiende en el sub-sistema público, (20%, 9%,4%) y aumenta quien lo hace en el privado. (78%,90%,95%)

Cuadro 5 Distribución de la población por servicios de salud donde se atiende según tramo de ingreso per cápita del hogar. Año 2008. (%)

Montevideo	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
Hasta 3 BPC	40,2	8,5	6,3	0,8	55,8	39,4	1,7	41,1	3,2	100,0
De 3 a 6	11,2	7,9	0,7	0,1	19,9	74,3	3,6	77,9	2,1	100,0
De 6 a 9	3,4	4,8	0,2	0,1	8,5	81,6	8,5	90,1	1,4	100,0
Más de 9	1,0	3,2	0,0	0,0	4,2	76,5	18,6	95,1	0,6	100,0

Interior	SUB-SISTEMA PÚBLICO					SUB-SISTEMA PRIVADO			No se atiende	Total
	MSP/Hospital de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policlínicas Municipales	BPS	Sub-total	IAMC	Seguros Privados	Sub-total		
Hasta 3 BPC	54,9	6,7	1,2	0,4	63,2	32,7	2,5	35,2	1,6	100,0
De 3 a 6	22,1	6,7	0,4	0,1	29,3	64,7	4,3	69,0	1,8	100,0
De 6 a 9	7,9	4,5	0,0	0,1	12,5	79,7	6,1	85,8	1,7	100,0
Más de 9	2,9	2,5	0,1	0,0	5,5	81,2	12,6	93,8	0,8	100,0

Fuente: INE - Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2007-2008

En el Interior, en 2008 si bien se mantiene la mayoría de la población de menor ingreso - hasta 3 BPC – en el sub-sistema público (63%) ésta disminuye en relación a 2007 también en nueve puntos porcentuales y aumenta la población que se atiende en el privado llegando a 35%.

A partir del siguiente tramo de ingreso - de 3 a 6 BPC-, la población que se atiende en el sub-sistema público disminuye (29%,12%,5%) principalmente en las instituciones del

MSP/Hospital de Clínicas (22%, 8% y 3%) y aumenta la población que accede al sub-sistema privado (69%,86%,94%) en las IAMC y Seguros Privados.

Comparativamente el comportamiento de la población por zona geográfica - Montevideo e Interior - según tramo de ingreso, presenta las mismas características en ambas regiones. Es la población de menor ingreso, en ambos períodos quien atiende – mayoritariamente - su salud en las instituciones públicas, y a medida que aumenta el ingreso y pueden acceder a una atención integral, optan por las instituciones privadas.

Al desagregar según tramo de ingreso, se observa un porcentaje importante de la población de menores ingresos - hasta 3 BPC - que ha accedido a una atención integral de su salud ofrecida por el sub-sistema privado luego de la reforma.

S I N T E S I S

Según los datos analizados del período 2007-2008, el comportamiento de la población en relación a la atención de salud, según zona geográfica, Montevideo-Interior, por edad y nivel de ingresos per-cápita del hogar presentaría características similares. Algunas de las diferencias específicas estarían asociadas con la organización de la salud en el Interior y tendrían que ver más con la posibilidad de acceso a las distintas instituciones por la localización geográfica de las mismas que con el comportamiento de los habitantes de las áreas consideradas.

La segmentación de la población en los dos sub-sistemas público y privado, su concentración de la población en dos importantes proveedores de salud, como lo son el MSP/Hospital de Clínicas y las IAMC, el desplazamiento desde lo público a lo privado, - con variaciones negativas en la mayoría de las instituciones públicas y positivas en las instituciones privadas - son aspectos donde en ambas zonas geográficas - Montevideo e Interior – se observan comportamientos similares en el período analizado.

La cobertura parcial que tiene el BPS en Montevideo e Interior - lo destaca como el proveedor público que presenta las mayores variaciones negativas (-60% y -70%), siendo las variaciones en los restantes servicios de salud menores y de igual valor entre sí, MSP/Hospital de Clínicas, Policlínicas Municipales,

Al desagregar la atención de la salud por edad, en 2008 la población que mayormente se desplaza desde el público al privado es la población más joven. En ambas zonas, son en su mayoría los niños, los adolescentes y los jóvenes – hasta 13, de 14 a 17 y 18 a 21 - quienes estarían accediendo a una atención de salud integral en las instituciones privadas.

Según tramos de ingreso, el comportamiento de la población según zona geográfica - Montevideo e Interior - presenta las mismas características en ambas regiones. Es en Montevideo como en Interior, y en ambos períodos que un porcentaje importante de la población de menor ingreso, - hasta 3 BPC – y que atiende mayoritariamente su salud en

las instituciones públicas, quien se desplaza y accede, a medida que aumenta el ingreso a una atención integral en las instituciones privadas

Sin duda la ocurrencia de este importante desplazamiento y acceso de la población más joven, de los hogares de menores recursos hacia las instituciones privadas, encuentra su explicación en la implementación de la reforma de la salud. Esta notable incidencia en el comportamiento de la población – en esta oportunidad más joven - modificando su distribución en ambos sub-sistemas y al interior de los mismos en los diferentes proveedores de salud, se observa en ambas zonas geográficas.

BIBLIOGRAFIA

- BPS (2010) Comentarios de Seguridad Social. N° 27 2010. Asesoría General en Seguridad Social. AGSS/APSS Abril-Junio (P:87-102)
- Calvo, Juan José ENIA Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030 Sustentabilidad Demográfica.
- CEPAL / AECI (2007) Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Agencia Española de Cooperación Internacional Cohesión social: Inclusión y sentido de pertenencia en A. Latina y el Caribe.
- INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuestas Continuas de Hogares (ECH) 2007,2008 y 2009
- Mesa-Lago, Carmelo (2000) Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Documento Proyectos
- Muñoz, Ma. Julia Dra.(2006) La reforma de la Salud en Uruguay. ADUR, 2006
- SNIS 2005-2009 Sistema Nacional Integrado de Salud
La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

ANEXO I ECH 2007 – 2008 MÓDULO SALUD

En las Encuestas 2007 y 2008 el módulo de Salud comprendía dos preguntas: dónde se tienen derechos vigentes y dónde se atiende su salud principalmente. Los cuadros que se comentan en este informe resultan del procesamiento de las respuestas sobre la segunda pregunta.

¿Tiene derechos vigentes en alguna de las Instituciones de Asistencia de Salud?

Objetivo: Se pretende conocer en que instituciones de asistencia el entrevistado puede atender su salud, es decir en cual tiene derechos vigentes. Se marcará siempre para cada una de las opciones SI o NO según corresponda. En el caso en que el entrevistado declare no tener derechos vigentes en ninguna institución de asistencia, se marcará NO en todas las opciones.

El entrevistado responde a:

Derechos Vigentes de Salud M. S. P.

- Hospital de Clínicas
- Sanidad Policial
- Sanidad Militar
- Policlínica Municipal
- Área de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
- I. A. M. C.
- Seguro privado de salud parcial médico
- Seguro de salud parcial quirúrgico
- Seguro privado de salud total
- Otro
- No se atiende

Atención de Salud M. S. P.

- Hospital de Clínicas
- Sanidad Policial
- Sanidad Militar
- Policlínica Municipal
- Área de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
- I. A. M. C.
- Seguro privado de salud parcial médico
- Seguro de salud parcial quirúrgico
- Seguro privado de salud total
- Otro
- No se atiende

En la ECH 2009 se introducen cambios que dificultan su comparabilidad estricta.

¿Tiene derechos vigentes en alguna de las Instituciones de Asistencia de Salud?

Objetivo conocer en que institución/es de asistencia puede efectivamente atender su salud el entrevistado, es decir, se trata de derechos vigentes, tener en cuenta si realizó el trámite. Se marcará siempre para cada una de las opciones SI o NO. En el caso que el entrevistado no tenga derechos vigentes en ninguna institución de asistencia, se marcará NO en todas las opciones.

El entrevistado responde a:

	M.S.P. (Incluye Hospital de Clínicas)
	A través de FONASA
	Por bajos recursos
	I.A.M.C.
	A través de FONASA
Atención de salud	Paga un miembro de este hogar
	Paga un miembro de otro hogar
	Seguro Privado Médico
	A través de FONASA, pagando complemento
	Paga un miembro de este hogar
	Paga un miembro de otro hogar
	Hospital Policial / Hospital Militar
	A través de un miembro de este hogar
	A través de un miembro de otro hogar
	Área de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
	Policlínica Municipal
	Otro