

ASIGNACIONES FAMILIARES EN EL URUGUAY

Ec. Anna Caristo

ASIGNACIONES FAMILIARES EN EL URUGUAY

Presentación en la Mesa Redonda sobre el Régimen de Asignaciones Familiares organizada por la Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores (UATRE) en el Predio Ferial de Palermo.

Buenos Aires, 27 de Julio de 2005

1. INTRODUCCIÓN

La descripción del Régimen de Asignaciones Familiares (AF) uruguayo lo desarrollamos en los siguientes seis puntos. Primero damos el concepto de AF, luego una breve descripción de la evolución histórica de este programa en nuestro país. En el siguiente punto focalizamos la descripción del régimen vigente administrado por el Banco de Previsión Social (BPS). Luego hacemos referencia a la cobertura y seguidamente al nivel de la prestación económica. Finalmente damos algunos números del programa de AF del BPS.

2. CONCEPTO

¿Qué es la Asignación Familiar?. Es una partida complementaria del salario dirigida al trabajador, con la finalidad de cubrir una necesidad económica creada por el aumento de la familia. Normalmente la AF es en dinero, pero puede también servirse en especie. El destinatario de la AF es el niño, pero la reciben y administran los padres o el mayor que tiene a su cargo al menor. En general, la prestación que se brinda queda condicionada a que se cumplan determinadas obligaciones como la concurrencia a centros de enseñanza o a la realización de controles médicos, porque la idea es apoyar el desarrollo físico e intelectual de los niños.

3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROGRAMA DE AF EN URUGUAY

3.1 Beneficios y organismo administrador

Comenzamos con unas pocas palabras, muy esquemáticas, sobre los inicios y la evolución del programa de AF en Uruguay. Este programa ya tiene varias décadas funcionando y la primera ley de AF data del año 1943.

¿Cómo aparecen en Uruguay las Asignaciones Familiares?. En el año 1939 se designa una comisión especial para investigar las condiciones de vida y trabajo de un grupo de gremios representativos de la clase trabajadora. Esta comisión llega a dos conclusiones, que sin equivocarnos, es algo que mantiene su vigencia:

- la baja remuneración del trabajo, y que
- las condiciones de vida empeoran en el caso de las familias con menores a cargo

Como consecuencia de las recomendaciones de esta comisión, en noviembre de 1943 se crea la Ley N° 10.449 sobre Consejos de Salarios y Asignaciones Familiares. La creación de los Consejos de Salarios tenían la finalidad de mejorar las remuneraciones

y la obligatoriedad de la formación de Cajas de Compensación de Asignaciones Familiares para apoyar a los hogares de trabajadores con carga de familia.

La ley de 1943 establecía estos beneficios a hijos de un trabajador, pero no de cualquier trabajador, sino de los empleados, obreros del comercio y la industria, de las oficinas y escritorios de la actividad privada. Pero estaban excluidos los trabajadores rurales y el servicio doméstico. Una ley posterior del 22 de octubre de 1954 incluye la AF para el trabajador rural.

En años siguientes, a través de sucesivas leyes se fueron agregando nuevos servicios, nuevas prestaciones. Además de un pago mensual por hijo, en el año 1958 se estableció el Salario por Maternidad. Otros beneficios fueron: el Servicio Materno – Infantil (pre-natal, parto y post-natal), el Hogar Constituido, la Prima por Matrimonio, la Prima por Nacimiento de cada hijo, colonia infantil de vacaciones, becas de estudio y el Salario Familiar.

Entonces, en los inicios hubo un instituto especializado que gestionaba lo que se denominaba el Régimen de AF, que fue el Consejo Central de Asignaciones Familiares y los organismos dependientes de él que fueron las Cajas de Compensaciones. Se trataba de un número de cajas por gremio que administraban fondos independientes. Desde su creación hasta la década de los setenta, este organismo tenía naturaleza de persona pública no estatal. Luego fue intervenido y se suprimieron algunos beneficios. Aquellos beneficios que siguieron prestándose fueron: el pago de la AF por hijo, el subsidio por maternidad y los servicios materno – infantiles. A mediados de la década de los ochenta cuando se unifican las diferentes cajas de jubilaciones y los Seguros por Enfermedad en un único organismo, el Banco de Previsión Social, el Consejo de Asignaciones Familiares pasa también a integrar el BPS que es actualmente el principal organismo estatal gestor de la seguridad social en el Uruguay.

3.2 Financiamiento

Originariamente fue un programa contributivo, en la actualidad ya no lo es. La forma de financiamiento del régimen de AF también tuvo su evolución. En nuestro país se puede distinguir cinco etapas.

a) En un primer período la AF se fija por Convenio Colectivo o acuerdo obrero – patronal por el cual se convenía que el patrono pagaría a los trabajadores con menores a su cargo determinada suma por cada hijo. Este régimen fue sustituido poco tiempo después por considerárselo inconveniente porque discriminaba contra el trabajador con familia (se lo despedía o se evitaba su contratación).

b) Un segundo paso, pero de muy corta duración, buscó corregir que el patrono que contrataba mayor número de trabajadores con cargas familiares se perjudicara. Se estableció una contribución patronal porcentual igual para todos los patronos. El órgano administrador realizaba una “compensación” entre los patronos que tenían déficit con los que tenían superávit.

c) La tercera etapa fue cuando la aplicación del régimen de compensación entre déficit y superávits pasó de patronos a realizarse entre Cajas. Las Cajas de Compensaciones que tenían suficientes fondos financiaban a las que tenían resultados deficitarios. Este fue el régimen implantado en 1950 y fue el sistema de financiamiento característico del régimen da AF.

d) El cuarto período, en el año 1967 es cuando se elimina el régimen de compensación. El régimen de AF se centralizó y concentró en el Consejo Central de Asignaciones Familiares que pasó a administrar todos los fondos recaudados.

En todo este período el aporte fue básicamente del patrono. A vía de ejemplo en la primera ley de 1943 la tasa de aportes fue fijada en 3%. Luego, en el año 1950 se aumentó la tasa a un 4%. En las últimas etapas, donde las tasas se unificaron llegó a ser del 10% y luego bajó al 8%, antes de su eliminación.

e) En la etapa actual, a partir de enero de 1980, en un contexto de política de desgravación del costo de la mano de obra, se eliminaron estas contribuciones y el programa de AF pasó a ser no contributivo. Comienza a ser financiado con recursos de Rentas Generales.

En lo que sigue vamos a hacer referencia al programa tal como está diseñado en la actualidad.

4. PROGRAMA DE AF ADMINISTRADO POR EL BPS

En la actualidad podemos hablar de tres tipos de AF en Uruguay: a) AF a funcionarios públicos, b) AF a trabajadores del sector privado formalizados y c) AF asistenciales.

Como dijimos, las Asignaciones Familiares es un programa dirigido a apoyar a los padres trabajadores en el cuidado de los niños a su cargo y a contribuir al desarrollo integral de los mismos. En Uruguay los funcionarios públicos (incluidos militares y policiales) reciben este beneficio en forma directa de la institución pública en la cual el padre o mayor que tiene a su cargo niños, presta servicios.

El BPS administra dos tipos de prestaciones: el programa original de que veníamos hablando, dirigido a los trabajadores privados que realizan aportes de seguridad social, y más recientemente el programa dirigido a Hogares de Menores Recursos (HMR).

Hasta el año 2000 el devenir histórico de este programa hizo que aún cuando en la actualidad el programa en sí es no contributivo, el BPS servía estos beneficios exclusivamente a hijos o menores a cargo de trabajadores que cotizaban (afiliados al programa jubilatorio y/o al de los Seguros por Enfermedad), es decir a los trabajadores formalizados, quedando sin cobertura tal vez aquellos más necesitados y que están participando en su financiamiento mediante el pago de los impuestos generales.

En Uruguay, en las últimas décadas el sector informal (entendido en el sentido del no registrado en la seguridad social) se ha expandido y una proporción creciente de trabajadores quedó al margen de estos beneficios. Entonces, a partir del 2000 se establece el sistema de AFHMR en donde el padre o mayor a cargo de niños (que denominamos atributivo o generante) no tiene que cumplir con el requisito de cotización.

Entonces, podemos decir que el BPS en la actualidad atiende dos programas con contenidos diferentes; uno dirigido a los trabajadores formalizados y otro que podemos definirlo como asistencial.

4.1 Programa de AF para cotizantes

Es el que se originó en la ley de 1943 y en la actualidad se enmarca en el Decreto – Ley N° 15.084 de noviembre de 1980.

4.1.1 Beneficiarios

Los beneficiarios son los hijos o menores a cargo de trabajadores privados que sean cotizantes del BPS o trabajadores amparados al Seguro de Desempleo, o también son niños a cargo de jubilados, o pensionistas del BPS.

Para poder recibir la prestación se debe cumplir con tres requisitos: la edad (menor de 18 años), que los menores concurren a centros de enseñanza y que el núcleo familiar perciba ingresos por debajo de determinados topes.

Son beneficiarios los **niños y adolescentes** menores de 14 años, si solo reciben educación primaria, que se puede extender hasta los 16 años en caso de dificultades para concluir este ciclo y que se amplía hasta los 18 años si concurren a centros de enseñanza de nivel superior a primaria en instituciones habilitadas.

En el caso de los menores **discapacitados**, la prestación se sirve de por vida o hasta que perciba otra prestación del BPS.

También es beneficiaria la **embarazada** cuyo hijo va a ser beneficiario de AF.

4.1.2 Beneficios

El beneficio tiene dos componentes: por un lado una prestación monetaria de pago bimestral y por otro ayudas extraordinarias de carácter no económicas, principalmente dirigidas a facilitar la concurrencia a escuelas y al acceso a la asistencia médica de nivel primario.

4.1.2.1 Beneficio monetario

A niños

Antes del año 1995 todos los hijos de trabajadores privados que cotizaran tenían derecho a recibir un mismo monto de AF por hijo que equivalía a un 8% del SMN. Como resultado del proceso inflacionario y de la política de fijación administrativo del Salario Mínimo Nacional (SMN) de décadas anteriores, la prestación monetaria de AF fue perdiendo poder adquisitivo en forma importante desvirtuándose en parte el objetivo para el cual fue creada.

En la ley de reforma fiscal de 1995 se introdujeron cambios al programa de AF. Se dio un incremento del monto, y a la vez se focalizó el alcance de manera de dirigirlo a las familias de ingresos menores. Actualmente el monto de la AF depende del nivel del ingreso del núcleo y aquellas familias de ingresos más altos quedaron excluidas del programa de AF.

La Ley N° 16.697 de abril de 1995 estableció que el monto de la AF equivale a 16% del SMN siempre que los ingresos del atributario y cónyuge o concubino/a sumados no superen el equivalente a seis SMN y de 8% del SMN cuando el ingreso familiar exceda los seis SMN, pero sea inferior a diez SMN. Cuando superen los diez SMN, la existencia del derecho se condiciona al número de hijos. Por ejemplo si el núcleo familiar tiene 3 hijos, los ingresos familiares no pueden superar los 11 SMN para generar el derecho a percibir AF; si tiene 4 hijos, sus ingresos no pueden exceder los 12 SMN. Esta escala aumenta de a 1 SMN por cada hijo adicional a partir de 2 hijos que integren el núcleo familiar.

En los casos de niños discapacitados el monto del beneficio es del doble, es decir equivale a 32% o 16% SMN, según el nivel de ingreso del núcleo familiar.

A embarazadas

Le corresponde AF a la embarazada desde la comprobación del embarazo, estando condicionado el pago de la AF prenatal al control periódico del embarazo (por lo menos 4 controles durante la gestación). Este pago se instrumentó en los años setenta con la finalidad de incentivar la captación precoz de la embarazada, dado que existían madres que la primera vez que consultaban al médico era en el momento del parto.

4.1.2.2 Beneficios no monetarios

Los beneficios no económicos consisten principalmente en la atención médica del niño y de la embarazada a través del Area de la Salud del BPS en los seis Centros Materno – Infantiles en Montevideo y Pando, o a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el resto del país.

A niños

a) La asistencia médica de nivel primario, que comprende:

* Desde los 91 días hasta los 6 años de edad:

- control del recién nacido
- control médico pediátrico
- pases a especialistas, en casos necesario
- vacunas

* Desde los 91 días hasta los 9 años de edad:

- asistencia odontológica y servicio de ortodoncia que puede accederse hasta el día antes de cumplir los 10 años
- asistencia social

* Desde el nacimiento hasta los 14 años, pero sin límite de edad para el alta:

- asistencia de especialidades y malformaciones congénitas a través de la Policlínica Pediátrica Especializada del BPS que lo deriva a diferentes servicios (otorrinolaringología, cirugía infantil y plástica, neuropediatría, oftalmología, urología, traumatología, dermatología, endocrinología, etc.).

b) Los exámenes y medicamentos se brindan en forma gratuita, así como los elementos y prótesis que se requieran (lentes, audífonos, sillas de ruedas, etc.).

c) Cuando el tratamiento médico exige el traslado del paciente del interior del país, éste y un acompañante, tienen derecho a pasajes y hospedaje gratuitos.

A discapacitados

En el caso de niños con retardo o invalidez, además de la AF duplicada, el BPS contribuye económicamente para su traslado y pago para la concurrencia a escuelas y cursos especiales. Dicho beneficio se inicia por hijos o menores a cargo hasta los 14 años. Pero una vez otorgado el mismo se sirve sin límite de tiempo mientras subsista la condicionante.

A embarazadas

Las embarazadas sin amparo por el Seguro de Enfermedad y sin afiliación particular a una IAMC, cuyos hijos serán beneficiarios de AF, pueden asistirse en los Servicios Materno – Infantiles del BPS, cuya asistencia integral comprende:

- la vigilancia obstétrica del embarazo, mediante controles clínicos y exámenes periódicos, incluyendo tratamientos especiales, análisis, internaciones, atención odontológica, etc.
- la asistencia del parto
- la asistencia integral para el recién nacido hasta los 90 días.

4.2 Programa de AF a Hogares de Menores Recursos

Las AF a HMR es el más reciente y se enmarca en dos leyes, la Ley N° 17.139 de julio de 1999 que lo crea y la Ley N° 17.758 de mayo de 2004 que lo extiende.

a) De acuerdo a la primera ley, a partir de enero del 2000, los **beneficiarios** son los niños que pertenezcan a hogares de menores recursos. ¿Qué se entiende por hogar de menores recursos?. Se lo define como aquellos cuyos ingresos mensuales, monetarios y no monetarios, no superen los tres SMN, pero además el generante del derecho tiene que cumplir con alguno de los requisitos adicionales:

- mujer único sustento de hogar
- ser desempleado, hombre o mujer que dejó de percibir el Seguro de Paro
- mujer embarazada

En el caso de mujer embarazada se sirve una prestación prenatal desde el comienzo del embarazo y luego por un período de doce meses inmediatos y posteriores al nacimiento.

Para la percepción de la asignación se deberá además cumplir con los siguientes requisitos: i) hasta los 4 años de edad se deberá comprobar que el beneficiario recibe asistencia y controles médicos regulares, ii) hasta los 14 años se deberá comprobar que recibe educación preescolar o primaria, iii) hasta los 18 años, que el beneficiario curse estudios de nivel superior a los de educación primaria en instituciones docentes estatales o privadas autorizadas.

b) A partir de junio de 2004 aparece la segunda ley que extiende la prestación de AF a todos los hogares con ingresos de cualquier naturaleza inferiores a tres SMN que no estuvieran comprendidos dentro del alcance de las dos leyes anteriores (la ley 15.084

de 1980 o la ley 17.139 de 1999). Se exige como requisito adicional que el menor: i) tenga inscripción y concurra asiduamente a los institutos docentes estatales o privados autorizados, ii) cumpla con los controles de asistencia médica brindados a través del sistema público o privada por las IAMC.

Los **beneficios** a HMR son más limitados que en el caso de trabajadores cotizantes. Consiste en una prestación monetaria de pago bimestral equivalente al 16% del SMN. No tienen beneficios no económicos. En el caso de niños con discapacidad física o psíquica, al igual que en el programa de AF para cotizantes, la asignación mensual se duplica.

Sin perjuicio de los controles que realiza el BPS, el Instituto Nacional del Menor, hoy INAU se encarga de realizar el seguimiento del bienestar del menor y particularmente que se cumpla con la asistencia escolar obligatoria.

5. COBERTURA

En la Asesoría Económica y Actuarial se hizo un estudio que estimó la cobertura de las AF antes de la entrada en vigencia de la segunda ley de AFHMR, con la idea de tener una magnitud de los potenciales nuevos beneficiarios. La estimación se hizo con datos del año 2002. Esos datos nos permiten tener una aproximación al nivel de la cobertura actual del programa.

Cuadro 1: Estimación de Cobertura AF – Año 2002

Población de menos de 18 años	982.567
Menores de 18 años en hogares de ingresos superiores a 10 SMN	-365.260
Potenciales beneficiarios	617.307
Beneficiarios de AF (1)	485.656
Cobertura	78,7%
Menores sin cobertura	131.651
Menores de 18 años que NO estudian (Mayores de 4 años)	44.064
Potenciales beneficiarios para extensión	87.587

(1) Incluye AF a cotizantes (305.790) a HMR (77.950) y a funcionarios públicos (101.916)

En una población de cerca de 3 millones de habitantes, había cerca de 1 millón de menores de 18 años (982.567). De ese total 365.260 eran menores que pertenecían a hogares con ingresos mayores a 10 SMN, que podríamos decir que no cumplían con el requisito de ingresos. Entonces los potenciales beneficiarios es la diferencia: 617.307.

Si sumamos el total de beneficiarios de AF (tanto por atributarios públicos, de privados cotizantes y de generantes de la primera ley de HMR) daba un número de casi medio millón (485.656). Es decir que la cobertura se ubicaba en el 2002 en cerca del 80% de los potenciales menores de 18 años. Quedaba cerca de un 20% no cubierto. La segunda ley de AF apuntó a captar al resto de estos menores, a cerca de 130 mil, pero con la dificultad de que había cerca de 44.000 niños que pertenecen a hogares con ingresos menores a 10 SMN, pero que no estarían cumpliendo con el requisito de

concurrir a centros de enseñanza. Entonces los datos estimados daban que la segunda ley de AFHMR acercaría al programa de AF a casi 88 mil niños.

Los últimos datos a abril de 2005 dan un total de beneficiarios asistidos por el BPS de 512.271. De ellos 320.335 corresponden al régimen de la ley inicial y 191.936 a la de HMR. De estos últimos, cerca 90.000 son beneficiarios amparados a la primera ley de HMR y 101.000 a la segunda ley de HMR. Con estos números queremos mostrar que ya estamos cerca del número objetivo de la segunda ley.

Cuadro 2: Evolución del número de beneficiarios de Asignaciones Familiares por régimen legal. Años 2004 y 2005

	Ley 15.084	HMR (1)	Total
Año 2004			
Ene – Feb	307.922	106.859	414.781
Mar – Abr	309.437	107.967	417.404
May – Jun	314.004	149.382	463.386
Jul – Ago	319.312	167.594	486.906
Set – Oct	320.994	179.011	500.005
Nov – Dic	319.650	184.252	503.902
Año 2005			
Ene – Feb	316.236	185.774	502.010
Mar – Abr	320.335	191.936	512.271

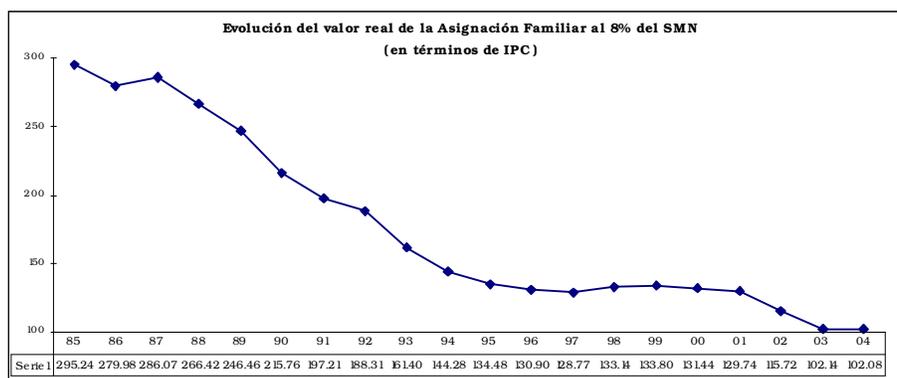
Fuente: DW RING de Prestaciones.

(1) Hogares de Menores Recursos incluyen las leyes 17.139 y 17.758. La Ley 17.139 entró en vigencia en enero de 2000 y la Ley 17.758 entró en vigencia el junio de 2004.

En estos últimos meses el BPS está colaborando con el Ministerio de Desarrollo Social para instrumentar el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES). Por otra parte, en el marco del Programa Sectorial Social del gobierno uruguayo con el Banco Interamericano de Desarrollo, se recibirá un préstamo que está destinado fundamentalmente a apoyar al PANES y a la ampliación de la cobertura del sistema de AFHMR ya que se entiende que es una de las formas efectivas de aliviar las condiciones de pobreza.

6. NIVEL DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Uno de los inconvenientes que señalamos del programa de AF es que el pago en efectivo se fue desvirtuando. Fue perdiendo poder adquisitivo. Eso se puede ver en el gráfico siguiente. De un índice de casi 300 en el año 1985 pasó a uno valor de 100 en el 2004. Esto muestra claramente el deterioro de la prestación monetaria.



A efectos de dar una idea de la importancia que tiene la prestación en efectivo de AF por hijo en estos momentos, elegimos como medida de comparación el valor de la canasta alimentaria que define el INE para determinar la línea de indigencia.

Cuadro 3: Prestación monetaria de AF en términos relativos

* Línea de indigencia a diciembre/04		Montevideo	Interior
- En pesos		1.113,89	846,29
- En dólares		41,91	31,84
* AF. Al 16%			
- En pesos	209,60	18,8%	24,8%
- En dólares	7,30		

La Canasta Básica Alimentaria de Montevideo a diciembre de 2004 se valuó en 42 dólares y la del Interior en 32 dólares, en tanto que la AF al 16% equivale a 7,3 dólares. La prestación mensual del 16% del SMN equivale a un 18,8% del valor de la canasta básica de Montevideo y el 24,8% del valor de la canasta básica del Interior del país. Esto muestra que el impacto original buscado por el programa de AF se ha debilitado.

7. ALGUNOS NÚMEROS DE LOS PROGRAMAS DE AF DEL BPS

Para ver la importancia relativa del Programa de AF del BPS se presenta el cuadro 4 que muestra el gasto y su relación con otras variables macro. Se eligieron cuatro años: dos bastante alejado del presente, el año 1990 donde estaba en vigencia el pago uniforme al 8%, el año 1996 ya con el nuevo régimen focalizado, el año 1999 de pre crisis económica y anterior a la implementación de la primera ley de HMR y el 2004, ya con medio año de vigencia de la segunda ley de HMR

Cuadro 4: Erogaciones de AF por tipo de prestación – Años seleccionados

	Asignación Familiar	Prestaciones Médicas	Total
En miles de dólares constantes (1):			
1990	44.652	6.330	50.981
1996	38.211	19.129	57.339
1999	40.193	23.805	63.998
2004	41.661	25.349	67.010
En porcentaje del total de erogaciones del BPS:			
1990	3.67	0.52	4.20
1996	2.14	1.07	3.21
1999	2.00	1.18	3.18
2004	2.80	1.71	4.51
En porcentaje del PBI:			
1990	0.37	0.05	0.43
1996	0.29	0.15	0.44
1999	0.30	0.18	0.48
2004	0.32	0.19	0.51

(1) Valores corrientes deflactados por IPC y expresados a valores promedio de 2004

El programa en el año 2004 utilizó 67 millones de dólares anuales, de los cuales 42 millones (62% del total) se destinaron a las prestaciones monetarias y 25 millones (38% restante) son los gastos del Área de la Salud. El programa representa cerca del 4,5% del total del gasto del BPS y aproximadamente medio punto del PBI.

Otra lectura de estos números muestra que el gasto en términos reales de la AF monetaria fue bajando en el tiempo, y el costo de las prestaciones médicas se han ido incrementando. Una de las razones del menor gasto en las prestaciones monetarias responde a la pérdida del poder adquisitivo de la prestación unitaria. Por otro lado habría que recordar que los beneficios no monetarios que han aumentado sólo se brindan a los trabajadores formalizados.

BIBLIOGRAFÍA

Banco de Previsión Social – Asesoría Económica y Actuarial, 2004. Boletín Estadístico, Año 25, N° 59.

Caja 23, 1971. Asignaciones Familiares. Legislación. Curso para Concurso.