

ALGUNOS INDICADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL RELACIONADOS A LA PRIMERA INFANCIA Y LA NIÑEZ EN URUGUAY

Ec. Felix Bellomo

Algunos indicadores de la Seguridad Social relacionados a la primera infancia y la niñez en Uruguay

Ec. Felix Bellomo
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Noviembre 2018

Resumen

Este trabajo describe someramente algunos de los principales indicadores relativos a la Niñez y a la Primera Infancia obtenidos del Sistema de Indicadores de la Seguridad Social del Banco de Previsión Social, y los muestra intentando contextualizar los mismos en el marco de la avanzada transición demográfica que recorre el Uruguay. Además procura mostrar el vínculo existente entre ellos.

Conjuntamente tiene el propósito de contribuir para “colocar sobre la mesa” el tema de análisis, dada la importancia que se entiende que tienen las políticas destinadas a la etapa infantil, tanto en el futuro de los niños y niñas, como de las sociedades.

Palabras clave: *transición demográfica, Niñez, Primera Infancia, políticas.*

1. Presentación

El estatus del niño como una fase distinta de la existencia humana es relativamente nuevo y surgió alrededor del siglo XVII, al mismo tiempo que las reducciones de la mortalidad infantil, los cambios en el sistema educativo y la aparición de una unidad familiar separada.

En un libro del año 1960 (su autor) Phillip Aries argumenta que antes del siglo XVII la infancia no era un concepto reconocido. Fue solo en algún momento entre 1600 y el siglo XX que el término “niño” empezó a tener su significado actual.

Una visión similar tiene Henry Giroux (2003) que afirma que la infancia no supone un estado “natural de inocencia”, sino que es una construcción histórica, una categoría cultural y política que tiene consecuencias prácticas relevantes con respecto a cómo los adultos conciben a los niños y cómo éstos a su vez se ven a sí mismos.¹

Hoy sabemos que los primeros años de vida de las personas son fundamentales para el futuro de las mismas. Los avances en neurociencias y psicología del desarrollo (enfocado en infantes) han demostrado que es en la primera etapa de la vida de las personas en que

¹ De “Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y críticas.” Sandra Leopold Costabile, Ediciones Universitarias, CSIC, 2014.

se construyen las estructuras –la arquitectura- del cerebro y se generan las habilidades que luego se desarrollarán con el transcurso de la vida (“La ciencia del Desarrollo Infantil Temprano”)².

Por lo antedicho, para cualquier sociedad que pretenda tener un mejor futuro es indispensable promover la salud y el bienestar de su próxima generación. En ese entendido, las sociedades deberían destinar una importante proporción de su presupuesto en lo que hace a la educación, la salud y los programas de contención dirigidos a la niñez.

El dilema que enfrentan los países que cuentan con sociedades envejecidas, es que la presión que provocan los colectivos de las personas mayores hacia los gobiernos de turno induce a que el gasto se distribuya en mayor medida relativamente hacia el grupo mencionado que hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA). El panorama para la infancia empeora cuando además los países poseen economías en desarrollo e instituciones endebles.

En nuestro caso, Uruguay es un país con una adelantada transición demográfica, con una tasa de crecimiento poblacional de 0,369%³ y una estructura poblacional notoriamente envejecida⁴.

Una fortaleza que puede apreciarse a nivel institucional es que los organismos están establecidos desde larga data, y a nivel económico luego de la crisis sufrida en el año 2002 el país se ha repuesto con el período de crecimiento más extenso de su historia, aunque en los últimos años se haya enlentecido y puedan presentarse algunas complicaciones en el mediano plazo si no se reduce el déficit fiscal que se mantiene.

En lo que refiere a empleo, el bono demográfico del país se termina hacia el año 2037⁵, por lo que se hace indispensable tomar acciones a corto plazo en función de lograr una mayor productividad en los actores presentes y fundamentalmente en los futuros, ya que cada activo soportará un peso contributivo mayor a medida que transcurra el tiempo.

Respecto a las políticas de seguridad social, lo que ha pasado históricamente es que han estado enfocadas sobre todo en las contingencias que pueden sucederle a los trabajadores en su vida activa y en el sostén durante su vida “pasiva”. Si bien con el correr del tiempo esto ha venido cambiando, las políticas referentes a la protección social de los NNA siempre han estado vinculadas a los padres más que a ellos mismos. Porque dentro de los principales programas destinados a la Niñez -por ejemplo la asignación familiar⁶ (AFAM) y la cobertura de salud (FONASA⁷)- en definitiva son derechos que pueden adquirir por tener padres trabajadores amparados al régimen de seguridad social (tanto del BPS como del resto de las Cajas). Con la Ley N° 18.227 del Plan de Equidad (AFAM-PE) a partir del año 2008 es que se amplía el beneficio de AFAM a niños de padres no trabajadores.

Una excepción al comentario anterior es la aparición del Plan Nacional de Atención a la Infancia y la familia (Plan Caif) que desde 1988 constituye una política pública intersectorial

² National Scientific Council. Center of the Developing Child at Harvard University. www.developingchild.net

³ <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW?locations=UY>, valores a 2017

⁴ “Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 4”, pág. 6. Programa de Población, 2014.

⁵ En “Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI”, Cepal, BM, 2016, página 45.

⁶ Definida en Decreto-Ley N° 15.084 de 1980

⁷ Ley N° 18.131 de creación del Fonasa.

entre el Estado, las Organizaciones de la Sociedad Civil y las Intendencias Municipales, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rural.⁸

Hacia 1990, y en el contexto que surge la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) se afirmaba que en tanto la riqueza creciera, por el mero efecto derrame, los beneficios llegarían a los sectores de la población más necesitados. A pesar de haber crecido la riqueza, la condición de pobreza de los niños se profundizó con ese modelo.⁹

Las causas que explican este proceso de infantilización de la pobreza en Uruguay fue el resultado de la conformación de núcleos duros de pobreza que se fueron gestando a partir de tres procesos estructurales: una nueva dinámica del mercado de trabajo, deterioro en la calidad y pertinencia del sistema educativo y procesos de segmentación territorial.¹⁰

Dado que los niños se ubican mayoritariamente en hogares cuyos miembros activos tienen altos niveles de dependencia de sus ingresos laborales y bajos niveles de calificación, el empeoramiento de la situación relativa a la infancia en Uruguay debe vincularse necesariamente a las transformaciones ocurridas en el mercado laboral durante los últimos años (1990 a 2005 aproximadamente).¹¹

En ese contexto, la inestabilidad del empleo, el aumento del trabajo precario y la ampliación de la brecha salarial entre los empleos de mano de obra calificada y no calificada tuvieron un efecto directo sobre la situación de los niños de hogares más vulnerables (Amarante y Arim, 2005).

En Uruguay y por Ley N° 17.823, el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) fue sancionado por el Parlamento el 7 de setiembre de 2004 (pasado 14 años de ratificada la CDN)¹².

Referente a la educación, la labor del Parlamento ha sido relevante en el dictado de varias normas que promueven su derecho, destacándose: la obligatoriedad a la educación escolar y el deber del Estado de desarrollar las acciones necesarias para garantizar el acceso a la educación preescolar de todos/as los/as niños/as; la extensión de la obligatoriedad a la educación media superior que establece que el objetivo de las políticas públicas de educación es garantizar a todas las personas el acceso a la educación de calidad.¹³

La universalización de la educación llega ahora a edades más tempranas y con ello se obtiene el aumento de la cobertura, pero Uruguay (y la región) tiene un grave problema de

⁸ En www.plancaif.org.uy

⁹ De "A veinte años de su ratificación: Lecturas críticas sobre la Convención sobre los Derechos del Niño". Luis Pedernera, Comité de los Derechos del Niño – Sede Uruguay, 2010.

¹⁰ De "Intercambios N°1", Unicef, 2009.

¹¹ De "Intercambios N°1", Unicef, 2009.

¹² El CNA fue finalmente aprobado ante la indiferencia de la mayoría de las ONG de infancia y también de la opinión pública. El texto aprobado no reflejaba las aspiraciones por las que las organizaciones se habían movilizado y habían militado durante tanto tiempo. Tampoco contemplaba las expectativas del Comité ni las de Unicef. (De "Intercambios N°1", Unicef, 2009.)

¹³ De "Intercambios N°2", Unicef, 2010.

expulsión en el nivel secundario. En términos comparativos, con relación a los países de la OCDE, tenemos pocos alumnos e invertimos menos a medida que se avanza en el ciclo escolar.¹⁴

Además, si a la condición de niño/a le agregamos la de ser mujer, afrodescendiente, indígena, habitante de una zona rural o discapacitado/a, la pobreza aumenta considerablemente.¹⁵

El presente trabajo tiene como principal objetivo exponer brevemente algunos indicadores asociados a las principales políticas dirigidas al grupo poblacional de **NNA hasta 14 años** en las que el Banco de Previsión Social tiene incidencia.

Para contextualizar esta descripción será menester presentar las principales características que tienen estos individuos y reflexionar acerca del potencial alcance de los beneficios que reciben, con las implicancias futuras esperadas.

Dado que este grupo poblacional es de significativa influencia presente y futura, teniendo en cuenta que no es un tema que se haya tratado ampliamente, se espera en consecuencia dejar “sobre la mesa” el tema propuesto, con la ambición de continuar profundizando en el porvenir.

Los datos que se utilizarán para caracterizar dicha población se obtienen del Sistema de Indicadores de la Seguridad Social desarrollado por la Asesoría en Políticas de Seguridad Social dependiente de la Asesoría General en Seguridad Social del Banco de Previsión Social (SISS-APSS-AGSS-BPS).

El período de análisis que vamos a considerar tiene inicio en la conformación del SISS (2006) y abarca hasta la actualidad. Para los indicadores de largo plazo se mostrarán los datos agrupados cada 5 años, además fue preciso realizar el procesamiento para discriminar algunos indicadores según la zona geográfica e ingresos del hogar, cuando no se tuviera la apertura original en los mismos. Finalmente en el Anexo 1 se comenta acerca del alcance que tiene el SISS.

2. Exhibición de los datos

En esta parte del trabajo caracterizaremos sucintamente a la población de hasta 14 años mostrando algunas variables que entendemos ayudan a comprender el contexto en que se encuentran estos NNA en relación a la Seguridad Social, siendo el objetivo conocer mejor las peculiaridades del grupo para luego poder adentrarnos en mostrar los beneficios sociales y económicos que reciben.

2.1 Demografía

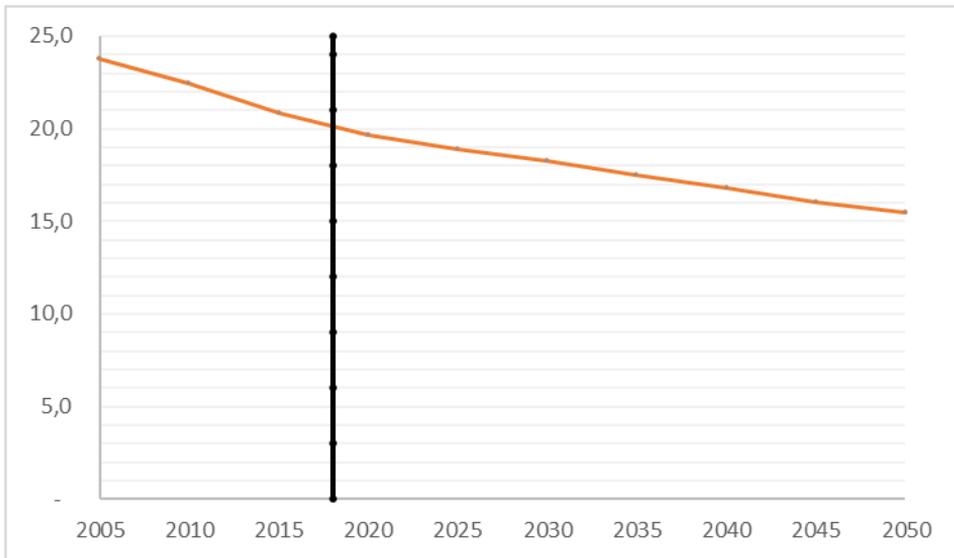
Un grupo (y objetivo específico) de indicadores que está comprendido dentro de los sociodemográficos es justamente el de Demografía, que permite observar la estructura y evolución en el tiempo de las principales variables demográficas por tramos de edad (en nuestro caso para los NNA hasta 14 años).

¹⁴ De “A veinte años de su ratificación: Lecturas críticas sobre la Convención sobre los Derechos del Niño”. Luis Pedernera, Comité de los Derechos del Niño – Sede Uruguay, 2010.

¹⁵ Ídem nota 14.

Como es sabido, Uruguay está en una etapa adelantada de su proceso de transición demográfica, con una alta esperanza de vida y baja natalidad¹⁶, lo que conlleva a una sociedad envejecida (y con tasas decrecientes de crecimiento en el futuro). Durante el período que se observa en el gráfico siguiente, el descenso es marcado (la proyección muestra una clara tendencia a la baja).

Gráfico 1.
Proporción de NNA hasta 14 años en la población



Fuente: Elaboración propia en base a Proyecciones INE – Revisión 2013.

En el período actual se produce una concentración de la población en el segmento de los adultos en edad de trabajar (2ª y 3ª etapa de la transición demográfica), y es este un período favorable para el crecimiento económico porque la potencial fuerza de trabajo crece más rápidamente que la población dependiente (en “Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI”, Cepal, BM, 2016, página 46). Esta situación se denomina “bono demográfico” y es hasta aproximadamente el año 2037 que este bono persiste (según las tendencias y estimaciones presentes).

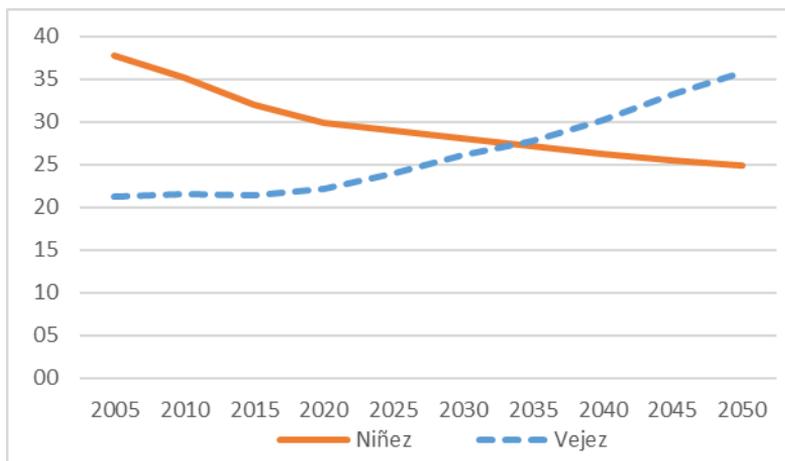
Para el período analizado la distribución por sexo es equilibrada correspondiendo en promedio un 51% para los varones y un 49% para las mujeres dentro de los NNA hasta 14 años, en tanto las proyecciones no avizoran alteraciones significativas a esta distribución.

En el gráfico 2 se observa la relación de dependencia de la niñez, que se calcula como el cociente entre la cantidad de NNA hasta 14 años y la población entre 15 y 64 años representada por la línea continua, mientras que la línea punteada representa la relación de dependencia de la vejez que se calcula como el cociente entre la cantidad de personas mayores de 64 años y la población entre 15 y 64 años. La relación va en descenso en el

¹⁶ Para el año 2017 la esperanza de vida promedio es de 77,55 años (73,99 para hombres y 80,72 para mujeres), la tasa bruta de natalidad es 13,10 por 1000. Datos INE. www.ine.gub.uy.

período y continuará con esa tendencia debido a la disminución proporcional de los NNA en la población observada en el Gráfico 1, lo que evidencia y anuncia el gran peso que recaerá sobre las futuras generaciones para solventar los gastos destinados a la Seguridad Social, ya que cada vez serán menos las personas que contribuirán con su trabajo a financiar (mediante sus aportes) las erogaciones que impliquen los beneficios sociales (como pensiones y jubilaciones principalmente).

Gráfico 2.
Relaciones de dependencia



Fuente: Elaboración propia en base a Proyecciones INE – Revisión 2013.

2.2 Mortalidad

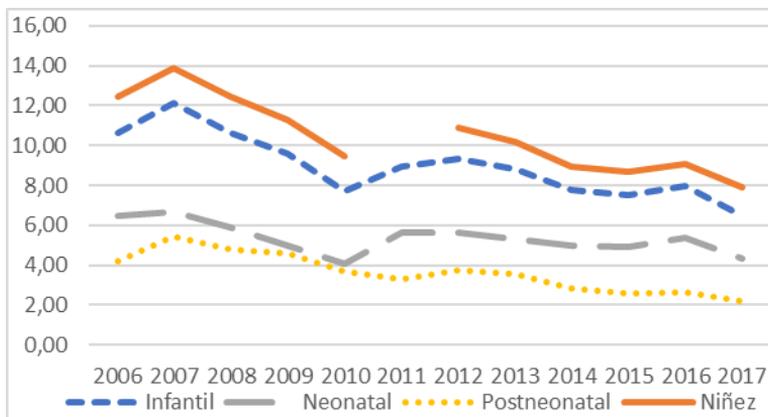
Un indicador de la madurez de las sociedades –tanto desde el punto de vista de la transición demográfica como del de bienestar/desarrollo- es el de la tasa de mortalidad. Una alta esperanza de vida al nacer se asocia a una baja tasa de mortalidad. A su vez – dado el interés de este trabajo- se distingue entre la tasa de mortalidad infantil que refiere a las defunciones de los niños y niñas con menos de 1 año de vida y la tasa de mortalidad en la niñez que refiere a las defunciones de los niños y niñas menores a 5 años. Se muestra también la tasa de mortalidad en niños y niñas con entre 5 y 9 años y la tasa de mortalidad en niños y niñas con entre 10 y 14 años de manera de mostrar todo el rango de interés¹⁷.

A su vez, la discriminación del primer subgrupo (menos de 1 año) es importante porque es en el primer mes de vida que ocurre la mayor cantidad de defunciones (dentro del primer año relativamente). En el período analizado la tendencia es decreciente para las 4 cohortes (Neonatal, Postneonatal, Infantil, Niñez), la caída de la TMN es de algo más de 4 puntos y es explicada principalmente por una caída en la TMI de algo más de 3,5 puntos. La tasa de mortalidad infantil que en el principio superaba los 10 por mil nacidos vivos, es de 6,51 en 2017. Análogamente la tasa de mortalidad Neonatal (con hasta 28 días de nacido) tiene

¹⁷ La tasa de mortalidad infantil (TMI) es el número de defunciones de niños y niñas menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en un determinado año. La tasa de mortalidad en la niñez (TMN) es el número de defunciones de niños y niñas menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos en un determinado año.

un descenso notorio, este dato puede vincularse con una mayor cobertura de acceso al sistema de salud de las personas (con la inclusión del SNIS), las embarazadas particularmente y el mayor seguimiento que se trata de brindar desde las instituciones de salud.

Gráfico 3.
Tasas de mortalidad infantil y en la niñez



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP

Nota 1: Las series del MSP hasta el año 2010 corresponden a eventos registrados, a partir del año 2011 se comienza a publicar la información por año de ocurrencia. No hay información completa para el año 2011.

Nota 2: la tasa de mortalidad infantil se compone por la tasa de mortalidad neonatal y postneonatal (es la suma de ambas). La tasa de mortalidad en la niñez es la suma de la tasa de mortalidad para los niños y niñas entre 1 y 4 años, y la tasa de mortalidad infantil.

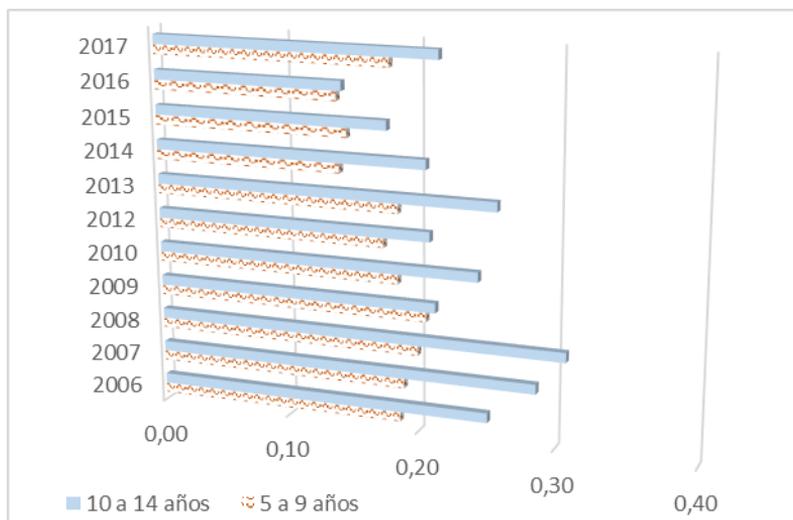
De los datos publicados por el MSP, puede obtenerse que los grupos denominados “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)” y “Malformaciones congénitas, deformaciones & anomalías cromosómicas (Q00-Q99)” presentan los motivos más frecuentes de defunciones en niños y niñas con menos de 1 año¹⁸. En el 2006 representaban aproximadamente el 69% de los casos (45% y 24%) totalizando 346 defunciones (de un total de 502), mientras que en el 2017 alcanzan el 75% aproximadamente de los casos (43% y 32%) totalizando 210 defunciones (de un total de 280).

En tanto, la tasa de mortalidad específica¹⁹ para los grupos de entre 5 y 9 años y entre 10 y 14 años, denota una leve tendencia a reducirse durante el período.

¹⁸ <http://msp.gub.uy/EstVitales/#services> _ información referida a las defunciones.

¹⁹ Las tasas de mortalidad específicas para cada grupo etáreo surgen del cociente entre la cantidad de defunciones dentro de cada grupo y la cantidad de personas dentro de cada grupo en el período de estudio (1 año), por mil.

Gráfico 4.
Tasas de mortalidad para el rango de 5 a 9 y de 10 a 14 años



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP.

Nota 1: Las series del MSP hasta el año 2010 corresponden a eventos registrados, a partir del año 2011 se comienza a publicar la información por año de ocurrencia. No hay información completa para el año 2011.

Para estos rangos etarios las “Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98)” son las que tienen mayor relevancia, representando en el 2006 aproximadamente el 42% y 49% de las defunciones (para el rango de 5 a 9 y de 10 a 14 respectivamente). A su vez, dentro de estas Causas, las de mayor relevancia son las que suceden por accidentes de transporte, representando (dentro del grupo referido) aproximadamente el 45% y 30% respectivamente para cada rango. Además, para el rango de más edad aparecen –aunque son muy pocos casos- los motivos de “agresiones” y “lesiones autoinfligidas intencionalmente”.

Luego, en 2017 estas causas representan aproximadamente el 37% y 48% de las defunciones para ambos rangos respectivamente. Otra vez, son las generadas por los accidentes de transporte las que se repiten más (40% y 44% para cada rango) y aunque siguen siendo pocos, hay más casos para los motivos de “agresiones” y “lesiones autoinfligidas intencionalmente”.

2.3 Distribución geográfica

Los indicadores relativos a la temática de ‘Urbanidad-Ruralidad’ permiten observar y analizar dinámicas de población que puedan evidenciar segregación territorial.

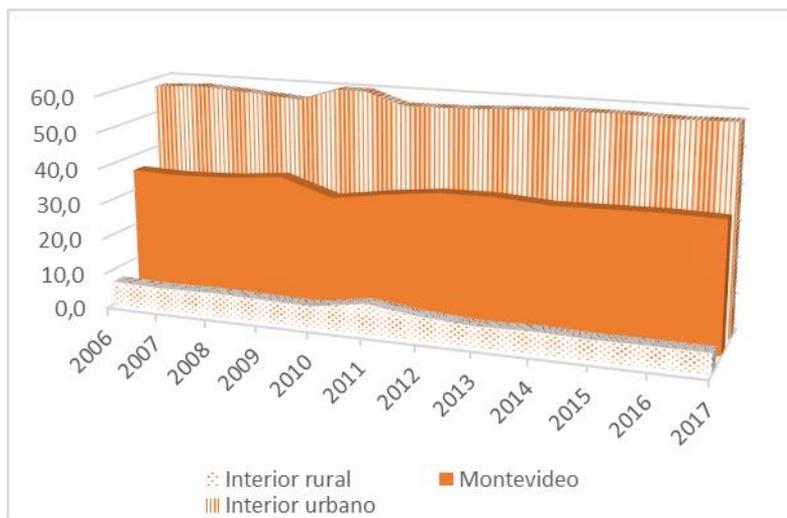
La distribución geográfica que presenta el grupo de NNA hasta 14 años en el país tiene un mayor peso en el Interior urbano que en Montevideo, y si bien esta observación se repite para el grupo de población mayor a 14 años, para nuestro grupo de estudio la diferencia es mayor (para los NNA hasta 14 años, en promedio durante el período 2006-2017 la

distribución es 58% Interior urbano y 36% Montevideo, mientras que para los mayores a 14 en promedio la distribución es 53% y 41% respectivamente).²⁰

Esto podría ser un indicio de que en Montevideo los residentes priorizan más la vida laboral mientras que en el Interior se prioriza más el estilo de vida familiar.

Por otra parte, el interior urbano está próximo a concentrar el 60% de los menores, mientras que el Interior rural concentra aproximadamente un 5%.

Gráfico 5.
Proporción de NNA hasta 14 años por zona geográfica



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE.

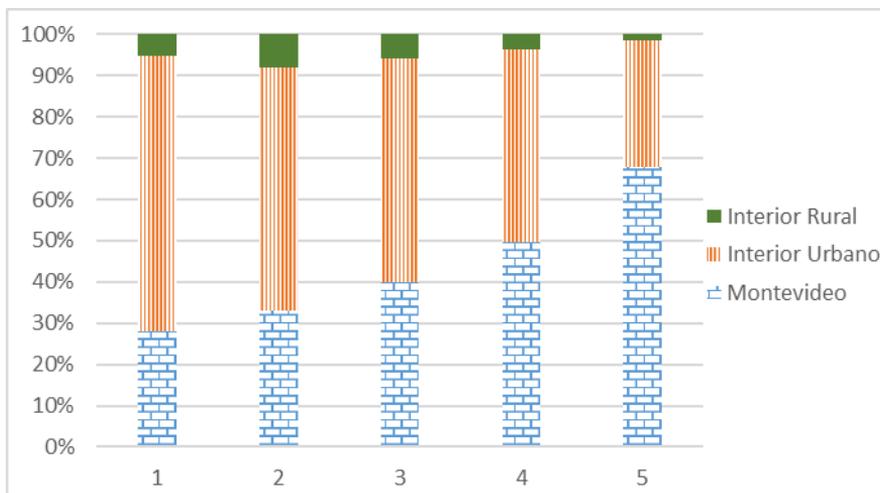
Que los NNA hasta 14 años estén distribuidos en mayor medida en el Interior urbano (que la población en general) debe ser un insumo a considerar al momento de idear (o modificar) programas que cumplan con el objetivo de llegar a todos los beneficiarios con la misma facilidad.

Además es interesante notar que en la actualidad (hacia el año 2017 más precisamente) la distribución de los NNA hasta 14 años dentro del territorio del país está fuertemente influenciada por el nivel de ingresos que tienen los hogares a los que pertenecen esos NNA.

El siguiente gráfico muestra con claridad la distribución asimétrica de estos NNA, no solo hay más NNA en el Interior del país, sino que además hay más NNA pobres relativamente, lo que significa que si no se discriminan los programas dirigidos a estos, continuarán existiendo los riesgos de reproducción de las brechas de desigualdad de acceso (educación, salud, esparcimiento, juegos, etc).

²⁰ Estos datos se obtienen del SISS.

Gráfico 6.
Proporción de NNA hasta 14 años por zona geográfica según quintiles de ingreso.
Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2017, INE.

2.4 Composición del hogar

Los indicadores relativos a la temática denominada de ‘Arreglos familiares’ permiten describir las estructuras familiares de los hogares donde residen niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

La adquisición de conocimientos y socialización a tempranas edades estimula la generación de estructuras cerebrales sólidas y flexibles a su vez, potenciando un mejor entendimiento de las cosas aprendidas y posibilitando generar mejores soluciones ante los problemas que vayan apareciendo (desde conductas hasta formas de razonar)²¹. Por lo tanto conocer con quien convive el/la niño/a es importante para entender el contexto en el que está inserto/a.

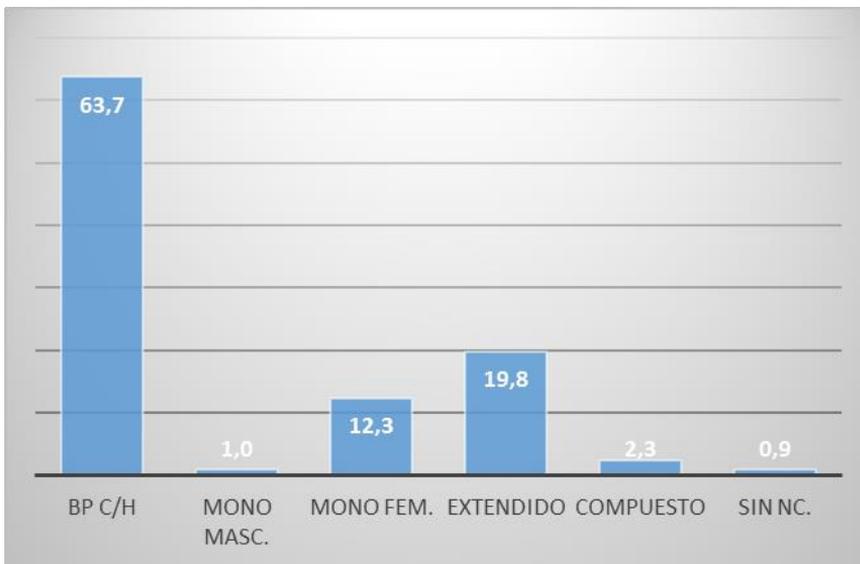
Más del 60% de los NNA hasta 14 años vive en hogares clasificados como biparentales (lo que podría considerarse como familias “típicas”). Los cambios producidos por la vida moderna (como ser la incorporación de la mujer en el mercado laboral y el aumento de los divorcios a partir de la década del 80’ aproximadamente) en la composición de los hogares, han generado que la estructura familiar sufra modificaciones que se evidencian en un aumento del peso que ha ido adquiriendo el tipo de hogar monoparental femenino (con hijos).²²

En el siguiente gráfico se observa la distribución de los tipos de hogar en los que habitan los NNA hasta 14 años como un promedio del período ya que no se han dado variaciones importantes en los últimos 10 años.

²¹ “La Primera Infancia en perspectiva. Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años”. 2007, The Open University.

²² “El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes”, W. Cabella, 2007, Unfpa.

Gráfico 7.
Proporción de NNA hasta 14 años por tipo de hogar, promedio 2006-2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE.

Nota: el tipo de hogar “extendido” refiere a un hogar formado por un “biparental con hijos” (BP C/H) más otros parientes –exclusivamente-; el tipo de hogar “compuesto” refiere a un hogar formado por un BP C/H ó un Extendido más otros no parientes.

Gráfico 8.
Promedio de NNA hasta 14 años por hogar y por quintil

En cuanto a la cantidad de NNA que componen los hogares, cuando consideramos la distribución según los quintiles de ingreso de esos hogares, se tiene que en promedio los hogares que clasifican en el primer quintil tienen 2,11 NNA (promedio en el período 2006 - 2017) mientras que los hogares que clasifican en el quinto quintil tienen 1,42. No se observan grandes diferencias para los 3 quintiles de mayores ingresos, y es de notar que en realidad en el cuarto quintil es donde se observa el menor número promedio de NNA por hogar.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE.

Una posible explicación de este comportamiento puede venir dada por la edad promedio de los jefes de hogar para cada uno de los quintiles, la que para el año 2017 denota que los jefes del primer quintil son los más jóvenes en promedio (41,12 años), seguidos por los jefes del cuarto quintil (con 42,05 años). Estos datos están en línea con la idea de que las personas con mayor nivel educativo, mejores opciones laborales e ingresos posponen la opción de tener hijos y de que además en general tienen menor cantidad de hijos que las personas con menor educación y niveles de ingreso. Luego para el segundo quintil el promedio en años es de 42,57 mientras que para el tercer quintil es de 42,79 y finalmente para el quinto quintil es de 42,59.

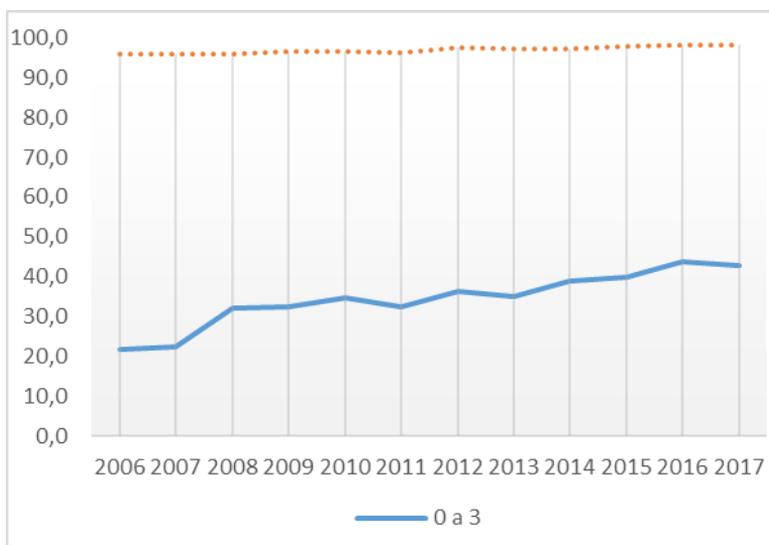
2.5 Educación

Los indicadores relativos a la 'Educación' contribuyen a evidenciar situaciones de riesgo para los NNA a partir del análisis de su situación educativa.

Para los niños y niñas con 4 años o más y hasta los que inician la adolescencia, la asistencia es prácticamente universal, mientras que para la primera infancia la asistencia ronda el 40% al final del período analizado (muestra una tendencia suavemente ascendente en el período)²³.

Entendiendo que una inserción más temprana en el sistema educativo impacta en el rendimiento futuro de los niños y niñas en mejores resultados, es la calidad de los jardines preescolares lo que importa en mayor medida. En la escolarización temprana, los maestros son los que marcan la diferencia²⁴ (esta afirmación refiere a la importancia de tener mejores maestros, más capacitados).

Gráfico 9.
Asistencia a centros educativos (NNA hasta 14 años)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE

²³ La Ley N° de Educación N° 18.437 del año 2008, extiende la obligatoriedad de la educación inicial de 4 años y media superior (incluye 14 años), y obliga al Estado a brindar la cobertura y la calidad suficientes.

²⁴ "Los primeros años. El bienestar infantil y el papel de las políticas sociales." BID, 2015. Capítulos 4 y 5.

Para el año 2017 (y basándonos en los datos ECH) la asistencia a centros educativos del grupo de niños y niñas entre 0 y 3 años (nivel inicial y preescolar) se distribuye de manera análoga a la proporción de NNA hasta 14 años por zona geográfica (39% Montevideo, 58% Interior Urbano y 3% Interior Rural). Dentro de cada zona se observa una asistencia similar entre Montevideo e Interior Urbano (algo más del 43% de los niños y niñas entre 0 y 3 años para cada zona) y bastante menor en el Interior Rural (aproximadamente 27%).

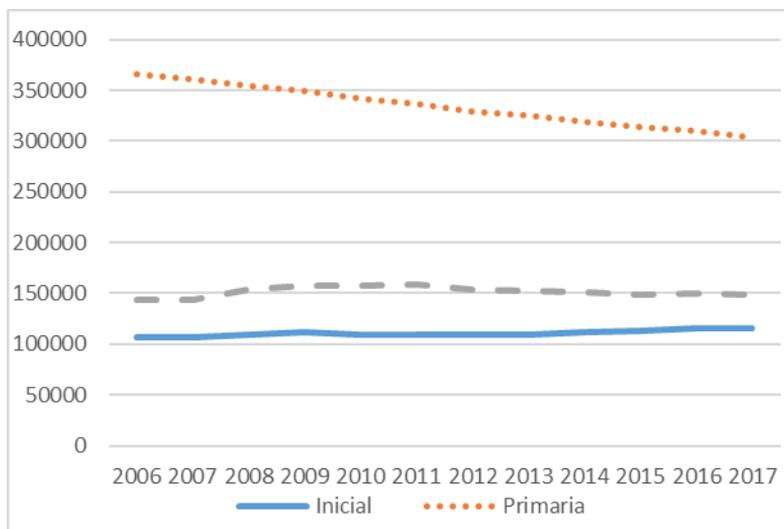
En lo que respecta a Ingresos, se observa que la asistencia va en aumento proporcionalmente a medida que nos movemos hacia los quintiles más altos (35% para el 1er Quintil, 56% para el 5º Quintil), pero teniendo en cuenta todos los que asisten entre el 50% y 60% pertenecen al 1er y 2º Quintil de Ingresos (aunque aquí está pesando un componente estructural).

En tanto la asistencia para el grupo entre 4 y 14 años (niveles preescolar, primaria y ciclo básico) se distribuye también de manera análoga a la de la zona geográfica, aunque para el ciclo básico el Interior Rural aumenta levemente su peso (6%), frente a 33% Montevideo y 61% Interior Urbano. La asistencia en el Interior Rural es apenas más baja (97%) frente a la asistencia en Montevideo y el Interior Urbano (más de 98%).

En lo que respecta a Ingresos el comportamiento es análogo para el grupo de 0 a 3 años, aunque teniendo en cuenta todos los que asisten son más que en el caso anterior quienes pertenecen al 1er y 2º Quintil (entre 60% y 70%, en parte esto también es estructural).

En cuanto a la matriculación, el siguiente gráfico permite observar las tendencias en las cantidades de NNA entre 4 y 14 años que se educan según los niveles (en la administración pública y privada). Las mismas están en línea con lo observado en los gráficos anteriores en el sentido que en general se observa una disminución de los niños y niñas matriculados, consistente con la baja natalidad.

Gráfico 10.
Matriculación (NNA hasta 14 años)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ANEP

Tanto para la educación Inicial como Primaria se observa (en base a datos de la ANEP) que en el período la proporción de los estudiantes matriculados en Montevideo ronda el 36%-38% y para los matriculados en el Interior (sin distinguir entre Urbano y Rural) el 62%-64%. Estos porcentajes reproducen la estructura poblacional vista para este grupo.

Cuando se discrimina entre educación pública y privada, es en Montevideo que se encuentra matriculado más del 60% de la educación privada (entre educación inicial y primaria), lo que puede deberse tanto a un mayor poder adquisitivo como a una mayor oferta locativa.

La repetición escolar es uno²⁵ de los resultados negativos de mayor trascendencia. En el período -tanto a nivel global como cuando se toma sólo el primer nivel de primaria- muestra una leve tendencia a la baja, rondando al final del periodo el 5% a nivel global y el 12% en primer año.

La repetición en los primeros grados está estrechamente vinculada a problemas en la enseñanza de la lectura y la escritura, basada en comprensiones estrechas y atrasadas del lenguaje y de los procesos de aprendizaje infantil²⁶. Es decir, los/las niños/as que cursan este nivel no alcanzan los niveles de suficiencia necesarios en las áreas de lectura y escritura.

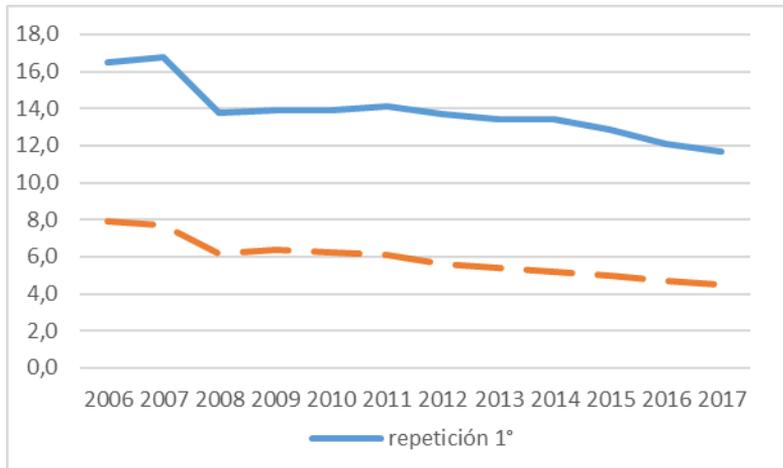
Repetir o no, condiciona -negativa o positivamente- los futuros aprendizajes, la autoestima y la autoconfianza. Además la repitencia y el abandono escolar afectan principalmente a los más pobres²⁷.

²⁵ Otros son –por ejemplo- la asistencia insuficiente y el abandono (En Uruguay, la tasa de abandono en educación primaria pública se encontraba en 2015 en 0,4%, aproximadamente 1000 niños y niñas. En “La gestión de la educación pública en Uruguay. Luces y sombras de la autonomía en la educación”. José Pedro Alberti, 2017). No los abordaremos directamente en este informe.

²⁶ “Propuestas para superar el fracaso escolar”. Todos pueden aprender, Unicef. 2007.

²⁷ En este sentido, en un estudio realizado para Argentina, las estadísticas muestran diferencias notables en la tasa de repitencia: mientras que entre los niños y las niñas más pobres, 23 de cada 100 repiten; entre los más ricos, 4,5 de cada 100. Por ello, trabajar intensamente en la disminución de la repitencia y el abandono escolar es equivalente a trabajar por la mejora de las oportunidades educativas de los más pobres. En “Propuestas para superar el fracaso escolar”. Todos pueden aprender, Unicef. 2007

Gráfico 11.
Repetición ANEP (sólo educación pública)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ANEP

Cuando analizamos la repetición por zona geográfica encontramos que para el 1er año de primaria en Montevideo repite el 17,3% mientras que en el Interior²⁸ repite el 8,9% en promedio. Análogo es lo que sucede con el porcentaje de repetición de 1º a 6º año de primaria, donde en Montevideo se registra el 7,2% y en el Interior²⁹ el 3,2%.

Al clasificar a las escuelas de acuerdo al Nivel de Contexto Sociocultural³⁰ se tiene que para las escuelas urbanas el porcentaje de repetición en 1er año alcanza el 17,7% en el 1er quintil disminuyendo notoriamente hasta alcanzar el 6,9% en el 5º quintil. Para las escuelas rurales no se tienen grandes variaciones entre los quintiles, siendo el porcentaje de repetición en 1er año en torno al 6%-9%.

En tanto de 1º a 6º de primaria se tiene que para las escuelas urbanas el porcentaje de repetición alcanza el 7,0% en el 1er quintil disminuyendo notoriamente hasta alcanzar el 2,5% en el 5º quintil. Para las escuelas rurales aquí sí se observa el mismo comportamiento siendo el porcentaje de repetición en el 1er quintil de 4,8% y de 2,0% en el 5º quintil.

Las dificultades en la adaptación que puedan vivenciar estos estudiantes repercuten como se ve en el progreso futuro que puedan obtener. Un papel importante lo juega el clima

²⁸ Canelones por ser limítrofe con Montevideo y tener ciudades densamente pobladas tiene un valor de repetición entre el promedio del Interior y de Montevideo, alcanzando el 14,3%.

²⁹ En Canelones, 5,5%.

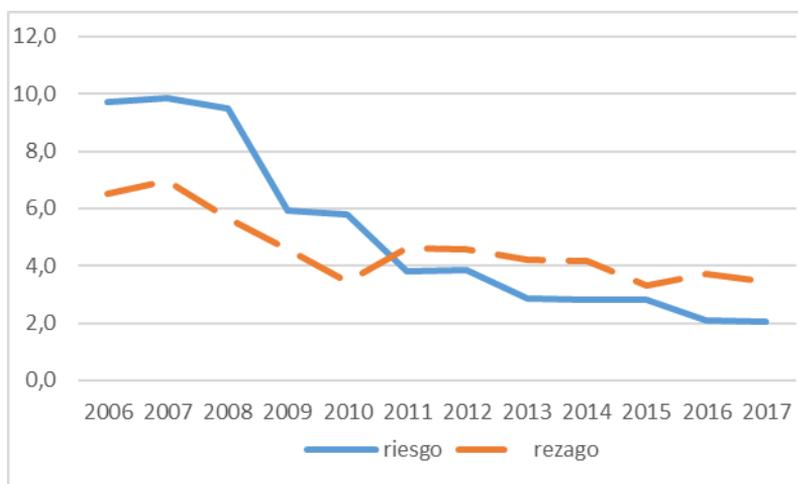
³⁰ El Nivel de Contexto Sociocultural se construye ordenando a las escuelas en función de un índice de contexto sociocultural. Se conforman 5 grupos con igual cantidad de escuelas, de modo que el Quintil 1 agrupa al 20% de las escuelas de Contexto más vulnerable y el Quintil 5 al 20% de las de Contexto menos vulnerable. Esta clasificación se realiza para el conjunto de escuelas urbanas, por un lado, y para las rurales, por otro. Para los años 2004 a 2009 se clasifican las escuelas según los quintiles del relevamiento 2005, para los años 2010 a 2014 según los quintiles del relevamiento 2010 y a partir del año 2015 según los quintiles del relevamiento 2015.

https://www.anep.edu.uy/observatorio/paginas/resultados/resultados_primaria.html

educativo del hogar, entendiéndose la cantidad de años de educación que en promedio tiene un hogar (jefe y cónyuge en caso de tener). Otro, lo cumple si el hogar se encuentra en situación de pobreza medida por ingresos. El porcentaje de NNA hasta 14 años que viven en hogares pobres y cuyo clima educativo no supera los 6 años constituye lo que se llama “riesgo educativo”³¹.

Por otro lado, la tasa de rezago escolar (para su construcción se utilizan los dos primeros quintiles de ingreso) es un indicio de la cantidad de población que se encuentra atrasada un año o más respecto al nivel que le corresponde según su edad³² (en el Anexo 2 se muestra una figura explicativa de las diferentes trayectorias de la niñez y adolescencia que pueden surgir partiendo de configuraciones familiares opuestas). El “rezago temprano” es la medida del rezago escolar para los/las niños/as de 8 años (es decir, que no completaron primer año de escuela), y es la medida del indicador que está en el SISS.

Gráfico 12.
Riesgo educativo y rezago educativo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE

En el período, se observa que tanto el riesgo como el rezago presentan una tendencia decreciente, aunque en la 2ª mitad del período ambos indicadores tienden a estabilizarse en torno al 2% y 4% respectivamente (Colacce, Manzi y Tenembaum, 2017, obtienen que las cifras de inasistencia y rezago para los escolares son prácticamente nulas). En parte es lógico que se dé un descenso en la medida que el nivel educativo de las personas (de los padres) aumenta al transcurrir el tiempo.

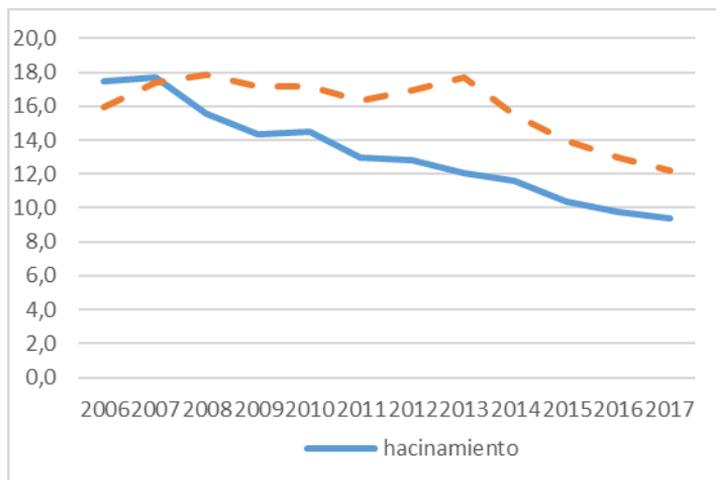
³¹ Para su cálculo se toman hogares ‘Biparentales con hijos’, ‘Monoparentales femeninos con hijos’ y ‘Monoparentales masculinos con hijos’.

³² Se calcula restando la edad actual del estudiante que asiste a primaria menos 6 años (inicio del ciclo primario) menos los años aprobados. Cuando esa diferencia es de 2 o más, se define como “extraedad”. “Panorama de la infancia y la familia en Uruguay” Kaztman y Filgueira. 2001.

2.6 Situación habitacional

Analizar el contexto habitacional de los menores es clave ya que permite observar si existen dificultades de acceso a necesidades básicas y/o potenciales problemas de salud. Las características que poseen las viviendas en las que residen los infantes deben tenerse en cuenta a la hora de analizar otras variables, como por ejemplo el desempeño educativo logrado. El hacinamiento³³ o las condiciones inadecuadas de habitabilidad ocasionan mayores dificultades para un correcto desarrollo de los NNA que viven en hogares con esas características.

Gráfico 13.
Índice de hacinamiento y condiciones inadecuadas. NNA hasta 14 años



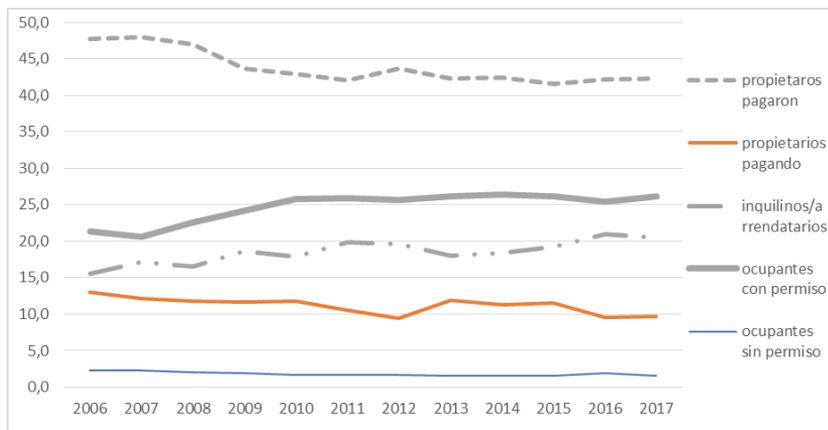
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE

En el período se observa una suave tendencia decreciente del componente de hacinamiento en las viviendas, esto sin duda es un dato positivo, aunque las condiciones de habitabilidad inadecuada parecen ser un componente un tanto más persistente.

³³ El hacinamiento se determina con el cociente entre el número de integrantes del hogar y el número de habitaciones utilizadas para dormir. El límite es 3. Si el resultado del cocientes es >3 entonces el hogar se encuentra hacinado.

Gráfico 14.

Proporción de NNA hasta 14 años según tipo de relación de la propiedad de la vivienda



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH, INE.

En cuanto a la propiedad de la vivienda en la que residen los menores, se observa del gráfico que aproximadamente el 50% de los NNA hasta 14 años viven en hogares donde se es propietario de la vivienda (ya sea que el propietario la haya pagado o la esté pagando), cerca de un 20% son arrendatarios y algo más de un 25% de los menores habita en viviendas de las que son “ocupantes con permiso”³⁴.

Es decir que potencialmente hay un 45%³⁵ aproximadamente de NNA hasta 14 años que habitan en propiedades de las que “probablemente” deban mudarse en algún momento y que, unido a ello, el núcleo que integran transite mayores dificultades económicas asociadas a la tenencia de la propiedad.

3. Seguridad Económica

Analizar los ingresos de los hogares (en nuestro caso los hogares con NNA hasta 14 años) es particularmente importante en relación a la suficiencia de ingresos y a las distintas situaciones de vulnerabilidad a la pobreza en que se encuentran dichos hogares.

3.1 Pobreza e indigencia

Uno de los aspectos más positivos del período radica en el descenso que experimentó la pobreza³⁶ en los NNA hasta 14 años, en tanto que la indigencia casi ha desaparecido para este grupo. De todos modos, al final del periodo el 15,8% de los NNA hasta 14 años se

³⁴ Ocupantes con permiso refiere al caso de las viviendas cedidas gratis.

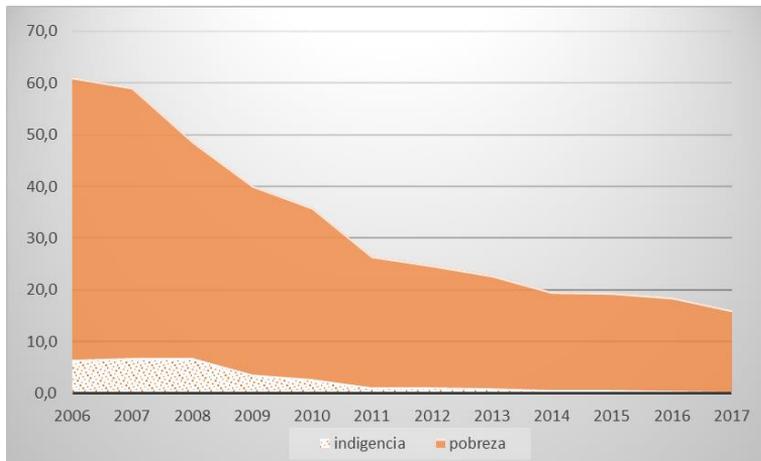
³⁵ Gráficamente se observa que este porcentaje viene aumentando lentamente.

³⁶ Los cálculos correspondientes a la indigencia y la pobreza se hacen por el método del ingreso y según la metodología 2006 que aplica el INE. Para el año 2017 y para el total de la población del país, la incidencia de la pobreza en hogares fue de 5,2%, mientras que la incidencia de la pobreza en personas fue de 7,9%.

www.ine.gub.uy

encuentra catalogado como pobre, lo que no solo puede estigmatizar a los futuros ciudadanos sino que además limita en el corto plazo las oportunidades a las que pueden acceder, frente a sus pares que no son pobres.

Gráfico 15.
Proporción de NNA hasta 14 años pobres e indigentes



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH

La baja observada en la pobreza infantil puede repercutir favorablemente tanto en un menor nivel de repetición y/o de rezago, como en un menor abandono y/o ausentismo escolar. Sin dudas que además de la evolución económica que ha mostrado el país en la última década, las políticas de transferencia monetaria (al ampliar su cobertura a partir de 2008) han ayudado a esta disminución. Objeto de otro trabajo sería determinar en qué medida esta política explica la evolución observada, ya que los programas netamente asistencialistas tienen un alto costo y si no se acompañan con otras políticas (de educación, de empleo) dudosamente generen cambios positivos en el futuro.

De todas maneras, es necesario aumentar los esfuerzos para reducir con mayor celeridad la pobreza en la infancia, porque si bien no es el único factor que hace que la situación del hogar sea más o menos estable (ya que puede mencionarse entre otros las condiciones laborales de los padres como ser la formalidad, rotación, etc.) repercute directamente en el acceso a la satisfacción de necesidades básicas para el desarrollo.

3.2 Empleo y formalidad

La situación del empleo de los padres o responsables de los NNA es un aspecto importante que repercute directamente en la evolución y desarrollo de los integrantes del hogar. En el caso extremo, si el ingreso de un hogar corresponde exclusivamente a la asistencia que el Estado le brinda, y no es capaz de mejorar su inserción social/laboral, aumenta la probabilidad de que en el futuro ese hogar –o sea sus integrantes- también necesiten de asistencia.

El siguiente cuadro contiene datos sobre los hogares con NNA hasta 14 años que son beneficiarios de Asignaciones Familiares³⁷ y sobre la cantidad de asignaciones recibidas por estos, discriminando si hay presencia de empleo (formal o informal) o no.

Cuadro 1.

Distribución de los hogares con NNA hasta 14 años que reciben asignaciones familiares, por actividad laboral

Cantidad de hogares %	No trabajan	Trabajan y hacen aportes a la Seguridad Social		Total
		No	Si	
<i>Total hogares</i>	36,2%	23,5%	40,3%	100,0%
Afam PE	46,0%	30,3%	23,7%	100,0%
Afam Común	14,3%	8,7%	77,0%	100,0%
Cantidad de NNA_14 en dichos hogares				
<i>Total NNA_14</i>	38,9%	24,9%	36,3%	100,0%
Afam PE	46,9%	30,3%	22,8%	100,0%
Afam Común	15,3%	9,0%	75,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2017, INE.

Es interesante notar que del total de los hogares con NNA hasta 14 años que reciben asignaciones familiares (tema que profundizaremos en el punto 4.1) –aproximadamente unos 210mil - sólo el 40% presenta una situación de empleo activo y registrado en la seguridad social³⁸. Otro tanto de los hogares que reciben asignaciones se encuentran sin actividad laboral, mientras que en algo más del 23% de los hogares el empleo se presenta de manera informal.

Cuando se mira según el tipo de asignación, puede notarse que la mayoría de los hogares en los que se recibe la transferencia por el Plan de Equidad presentan una situación laboral inactiva, mientras que para el caso de la asignación común más de las tres cuartas partes de los hogares presenta una situación laboral activa y registrada en la Seguridad Social.

A su vez, cuando nos enfocamos en la cantidad de beneficiarios (NNA hasta 14 años) de estas transferencias –aproximadamente unos 430.000- y los comparamos con el porcentaje de hogares, puede notarse que la proporción de beneficiarios en los hogares donde no se cuenta con actividad laboral es mayor, y es menor en los hogares donde sí se cuenta con actividad laboral registrada. Esto es coherente con el supuesto de que es en los hogares más vulnerables en los que hay mayor cantidad de NNA.

³⁷ Se analizan los hogares con NNA hasta 14 años que perciben transferencias de Asignaciones Familiares en el entendido que presentan un mayor grado de vulnerabilidad económica.

³⁸ Para el cálculo se tomó en cuenta sólo el trabajo principal. Los datos de los cuadros y del texto en este apartado surgen del procesamiento realizado en base a los datos de la ECH 2017 del INE.

Cuadro 2.

Hogares con NNA hasta 14 años que reciben asignaciones familiares por actividad laboral.

hogares	%	Trabajan y hacen		Total
		aportes a la Seguridad Social		
	No trabajan	No	Si	
<i>Total hogares</i>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Afam PE	87,6%	88,5%	40,4%	68,8%
Afam Común	12,4%	11,5%	59,6%	31,2%
Cantidad de NNA_14 en dichos hogares				
<i>Total de NNA_14</i>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Afam PE	90,0%	90,9%	47,0%	74,6%
Afam Común	10,0%	9,1%	53,0%	25,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2017, INE.

El cuadro anterior permite ver de mejor manera lo que se había expresado previamente.

En proporción la cantidad de beneficiarios por Plan de Equidad en los hogares que no presentan empleo es mayor que en aquellos que reciben asignaciones por dicho Plan. Por el contrario los hogares con al menos algún miembro con empleo formal que perciben asignación común pesan más que la cantidad de NNA menores de 14 que habitan en los mismos.

Estos resultados nos invitan a pensar en soluciones alternativas y/o complementarias, dado el alto porcentaje de NNA menores de 14 que habitan en hogares que perciben transferencias por asignación familiar pero no trabajan o trabajan informalmente.

4. Seguridad Social para NNA hasta 14 años

Los indicadores de seguridad social abarcan -entre otros- los programas de Asignaciones Familiares, Prestaciones de salud y de discapacidad, Ayudas extraordinarias y especiales, jubilaciones y pensiones contributivas y no contributivas, con el objetivo de observar la cobertura e incidencia de las distintas prestaciones de actividad y pasividad que afectan a niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

En el intento de diferenciar las políticas están: las prestaciones económicas (por ejemplo el caso de las Afam) con las que se espera cubrir a los NNA en lo que hace al ingreso básico; las destinadas principalmente a la accesibilidad a la educación como ser las ayudas extraordinarias -si bien implican una erogación tienen un fin específico y diferente -, y las direccionadas específicamente a la Salud como por ejemplo -entre otras- es el caso de los servicios materno infantiles.

Lo primero que se puede señalar es que la seguridad social para primera infancia y niñez - en grandes líneas- solo tiene los programas de Asignaciones Familiares³⁹ y Salud, y en menor medida las Pensiones por Fallecimiento (en el entendido que la transferencia es para cubrir las necesidades del resto de los integrantes del núcleo familiar).

4.1 Prestaciones económicas (contributivas y asistenciales)

Las asignaciones familiares son prestaciones financiadas por transferencias de Rentas Generales. En principio (Ley N° 15084) estaban relacionadas con el empleo de algún integrante de la familia con niños y/o niñas, pero con el transcurso del tiempo se ha ido ampliando tanto la cobertura como la suficiencia del beneficio, dirigido fuertemente a los hogares con NNA socioeconómicamente vulnerables (Ley N° 18227, ver principales innovaciones en Anexo 3).

No solo funciona como un apoyo económico al hogar del NNA, sino que también esta política tiene la intención de estimular la retención o el retorno al sistema educativo formal, ya que se aplican controles para la percepción del beneficio⁴⁰ o se paga un monto adicional en los casos que el hogar tenga adolescentes que estén cursando la enseñanza media (AFAP PE).

Durante el período analizado la mayoría de las Afam y Afam PE se destinan a los NNA hasta 14 años. Este grupo recibe entre el 73% y 85% aproximadamente del total de beneficios de las Afam por Ley N° 15084 (la tendencia es decreciente) y entre el 82% y 85% del total de beneficios de las Afam por Plan de Equidad (esta política inicia en 2008).

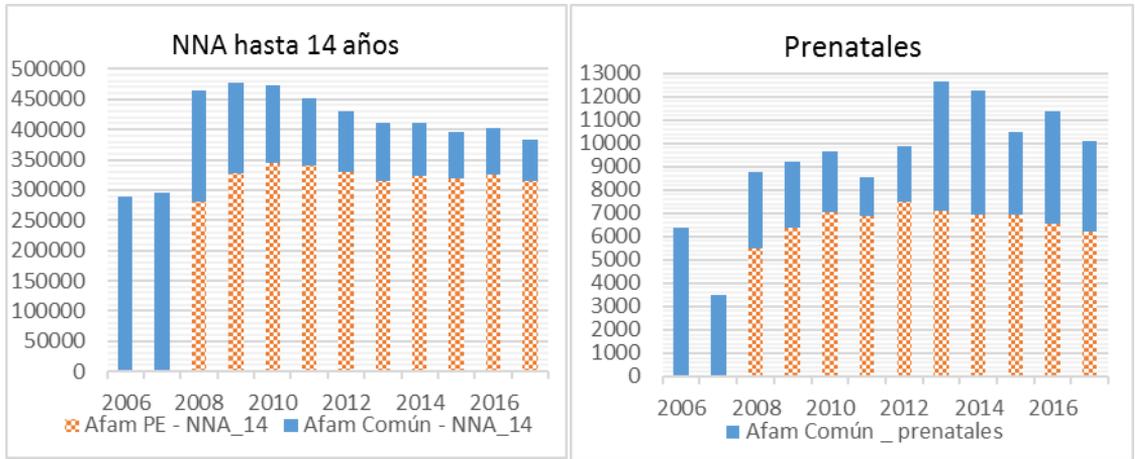
Este resultado es lógico ya que la mayor parte de la población que recibe asignaciones se encuentra en la primera infancia, cursando el nivel de primaria o el ciclo básico del bachillerato.

Considerando los beneficiarios prenatales, se observa una evolución similar a la que se transita para los NNA hasta 14 años. Visualmente parecería ser que el Plan de Equidad permite incluir NNA que antes no percibían estos beneficios y pudo haber absorbido otros que antes percibían Afam.

³⁹ "Afam" (decreto-Ley N° 15084) y "Afam-PE" (Ley N° 18227)

⁴⁰ Con el control educativo que se reimplantó en 2012 (cruce de datos entre BPS y ANEP, con el fin de identificar los casos que estén recibiendo asignaciones pero no continúen asistiendo a los centros educativos de Primaria, Secundaria y UTU) se buscó apoyar la permanencia en el sistema educativo, desincentivando a su vez el trabajo infantil. Por ejemplo, controlando las inasistencias injustificadas para el período abril – agosto de 2013, en noviembre de ese año se suspendieron 10.510 asignaciones (6.132 en Primaria, 3.264 en Secundaria y 1.114 en UTU). <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/24291/3/innova.front/suspension-de-asignaciones-familiares>
El 7/11/2017 el BPS informa en su web que a 16.149 beneficiarios se les suspenderá el pago de la prestación a partir del presupuesto de diciembre 2017. En <https://www.bps.gub.uy/13171/control-de-asistencia-a-centros-de-ensenanza-de-beneficiarios-de-asignaciones-familiares.html>

Gráfico 17-a-b.
AFAM a NNA hasta 14 años y a prenatales (15.084 y Plan Equidad)



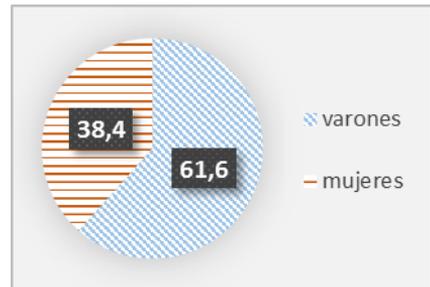
Fuente: Elaboración propia en base a datos de BPS (ambos gráficos)

Nota: se presenta por separado a las asignaciones destinadas a prenatales ya que no están incluidas en el grupo NNA hasta 14 años.

En cuanto a los beneficios de Pensión Invalidez es una prestación no contributiva cuyos beneficiarios son personas con discapacidad común o severa y en situación de carencia de recursos para hacer frente a sus necesidades vitales, teniendo en cuenta para ello los ingresos de los familiares obligados que conviven con el beneficiario. Los menores reciben aproximadamente el 14% del total que se otorgan.

Gráfico 18.
Distribución promedio de beneficios por Pensión Invalidez 2006-2017, NNA hasta 14 años

En el período el promedio de beneficios brindados por Pensión Invalidez para los varones fue de 5041 (el mínimo fue 4237 en 2006 y el máximo de 5733 en 2014), en tanto para las mujeres el promedio fue de 3146 beneficios en el período (con un mínimo de 2884 en 2007 y un máximo de 3446 en 2014). Al parecer la evidencia indica que existe una mayor prevalencia de discapacidad en los varones desde el nacimiento, es decir, la explicación es congénita, lo que fundamentaría esta diferencia⁴¹.



Fuente: elaboración propia en base a datos administrativos de BPS

⁴¹ <http://sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/6348-los-problemas-de-salud-mas-frecuentes-en-atencion-primaria#.W7OMnaqpWM8>, si bien es un estudio del año 2012 para España y atiende a los casos de atención primaria, ilustra las diferencias mencionadas.

En tanto los beneficios que se conceden por Pensión Sobrevivencia, prestación económica generada por el fallecimiento de una persona jubilada, trabajadora o amparada a subsidios de BPS cuyos beneficiarios son las personas viudas, los hijos solteros menores a 21 años, etc, condicionado a diferentes niveles de ingresos o a incapacidad probada, representan para estos NNA apenas el 1%.

Para la Pensión Sobrevivencia el promedio de beneficios en el período alcanza a 3002, siendo 1543 para los varones y 1459 para las mujeres, lo que explica una distribución pareja, mientras que para los beneficios de Pensión Invalidez se observa una mayoría destinada a los varones.

En cierta analogía con las Afam, esta prestación pretende cubrir un ingreso básico, dada la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra ese NNA.

4.2 Ayudas extraordinarias (servicios de inserción y rehabilitación)

Ayudas Extraordinarias es una prestación destinada a favorecer la inserción social-educativa-cultural y la rehabilitación de personas con discapacidad y/o alteraciones en el desarrollo, que implica una erogación económica que brinda BPS y que contribuye a solventar el costo de la locomoción y la concurrencia de estas personas y/o su acompañante a los centros correspondientes.⁴²

Se componen por las que se destinan a *Institutos educativos*, a la *locomoción* de los beneficiarios y a los *boletos* para los acompañantes de los beneficiarios (más información en el Anexo 4).

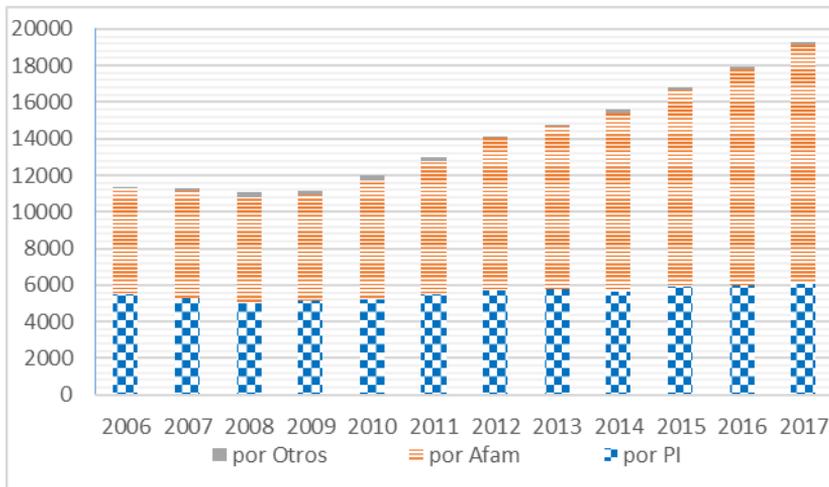
Del total de ayudas extraordinarias, los NNA hasta 14 años reciben entre un 65% y 70% de las mismas en el período (con una tendencia suavemente ascendente). Estas ayudas se otorgan a niños/as con necesidades especiales (o inválidos) que son beneficiarios de Afam o Pensión Invalidez principalmente (y también hay casos en los que se brindan por Otras circunstancias).

En lo referente a las ayudas que se brindan a beneficiarios de Afam, las destinadas a la población de 14 y menos representan casi el total de las mismas (94% promedio aproximadamente en el período 2006-2017, mostrando una evolución ascendente), mientras que dentro de las que se brindan a beneficiarios de PI y se destinan a este grupo etario representan cerca de la mitad de las mismas (47% promedio aproximado en el mismo período). Esta proporción es coherente en el sentido de que las Afam están destinadas a la población joven, mientras que las PI se destinan a toda la población.

En cuanto a la cantidad de ayudas, en el gráfico siguiente puede observarse la evolución que han tenido en el período.

⁴² Las Ayudas Extraordinarias tienen origen en la Reglamentación del Servicio Materno-Infantil de la D.A.F.A. (Dirección de Asignaciones Familiares), de fecha 5/12/1984. Decreto-Ley N° 15.084

Gráfico 19.
Ayudas extraordinarias a NNA hasta 14 años



Fuente: Elaboración propia en base a información de Sistemas y Procesos de Prestaciones de Salud del BPS

4.3 Salud

Comenzando por lo que tiene que ver con el bienestar sanitario de los NNA, la estructura del sistema de salud previo a la reforma del sistema en el año 2008 y la incursión del SNIS, adolecía de una cantidad de inconvenientes dada la marcada fragmentación y segmentación de la cobertura.

Antes del SNIS los NNA que accedían a cobertura de salud era debido a que sus responsables (padres u otra persona) abonaban una cuota mutual o tenían cobertura mediante salud pública. Con el SNIS⁴³, en el caso de que los padres trabajen -dentro del sistema formal-, son ellos los que mediante aportes otorgan la cobertura a la institución elegida (y sigue existiendo la posibilidad de ampararse en salud pública, tanto para las personas desempleadas o que no trabajan como para los trabajadores dentro del sistema formal), lo que significó una redistribución de la población (a nivel general) pasando de estar concentrada la cobertura mayoritariamente en lo que es salud pública hacia las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).

En lo que refiere a la población de hasta 13 años⁴⁴ -tomando la información en las puntas del período- los que optaban por la atención en Salud Pública pasan de representar el 65% en el inicio a ser un 32% aproximadamente hacia el final, mientras que los que optaban por

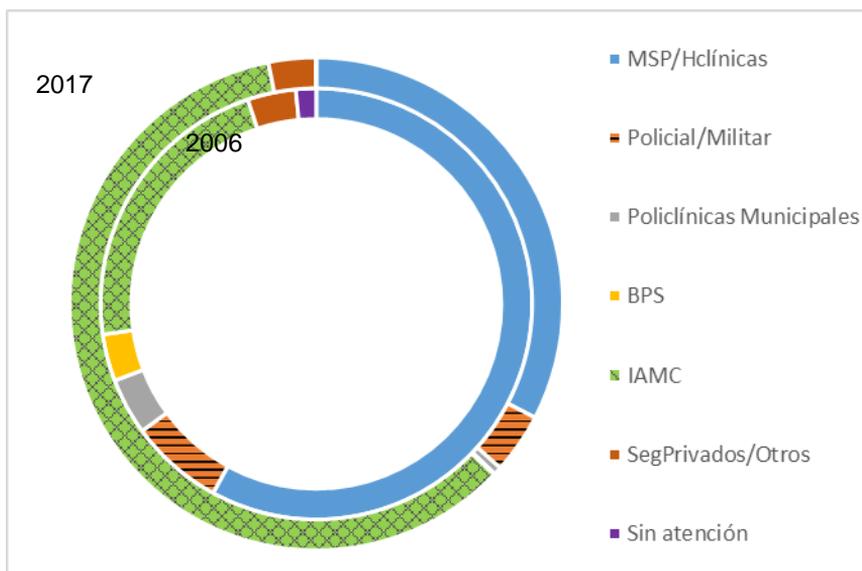
⁴³ Ley N° 18211 (SNIS) Y Ley N° 18731 (SNIS Incorporación y Modificaciones). Estas Ley N°es permitieron la inclusión al sistema de salud a personas que estaban marginadas. De todas maneras, las situaciones de "discapacidad, malformación" se siguen atendiendo en el CRENADECER (Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras).

⁴⁴ En este apartado se presenta la información para la población entre 0 y 13 años, ya que para este punto así se encuentra generada la información en el SISS.

las IAMC pasan de representar el 22% en el inicio a ser un 60% aproximadamente hacia el final. Es notorio el pasaje mayoritario hacia las IAMC, aunque la opción de salud pública sigue siendo atractiva para una gran parte de la población (ya sea la gente que no trabaja, o sea por proximidad geográfica con la institución o por beneficios económicos existentes en MSP en comparación con IAMC).

Además de la redistribución, para esta población (casi) se alcanza a lograr la universalidad ya que la cantidad de NNA hasta 13 años que no se atiende su salud no llega al 0,1% mientras que al principio del período era de 1,5% (aproximadamente unos/as 10000 niños/as en 2006). En 2006 eran aproximadamente 647mil los NNA hasta 13 años que se atendían su salud, en el 2017 son aproximadamente 655mil⁴⁵.

Gráfico 16.
Distribución de los NNA hasta 13 años en la Salud



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH.

El impacto a nivel de transferencias al hogar no es objeto de este trabajo, pero sí es importante tener en cuenta esta consecuencia del SNIS. El vuelco de los menores (de la población en general) hacia las IAMC es debido al pago que realiza el Estado hacia las mismas instituciones, fruto entre otros ingresos de la recaudación generada por los aportes de los trabajadores al SNIS⁴⁶ y este beneficio es de mayor importancia a medida que el ingreso del generante es menor.

Interesa dejar claro que si bien la política concreta que hubo en salud (con el SNIS) no es un cometido del BPS, sí es BPS quien recauda y distribuye los recursos para el Fonasa, y este cambio tuvo un componente redistributivo en los ingresos de las personas. Además el

⁴⁵ Datos del SISS.

⁴⁶ <https://www.bps.gub.uy/10310/fondo-nacional-de-salud-fonasa.html>, información sobre normativa y tasas de aportes al Fonasa.

cambio en la composición de la cobertura (no solo entre los NNA sino a nivel general de la población) descontracturó el servicio público con lo que pudo haberse visto mejorado el mismo.

4.4 Otras prestaciones de salud (asistencia y traslados)

En la órbita del BPS y desde el año 2014, el Crenadecer (Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras) se propone disminuir la mortalidad infantil causada por defectos congénitos y enfermedades raras mediante el diagnóstico precoz y tratamiento de la mujer embarazada; diagnóstico precoz y oportuno a través del screening del Sistema de Pesquisa Neonatal⁴⁷; mejorar la calidad de vida del paciente portador de un defecto congénito o enfermedad rara, a través de la atención integral con equipos interdisciplinarios.

El Crenadecer tiene a cargo tres unidades: “Medicina Embrio-Fetal y Perinatal” (UMEFEPE), “Laboratorio y Pesquisa Neonatal” y “Unidad de Diagnóstico y Tratamiento” (UDT, lo que antes se denominaba Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas – DEMEQUI).

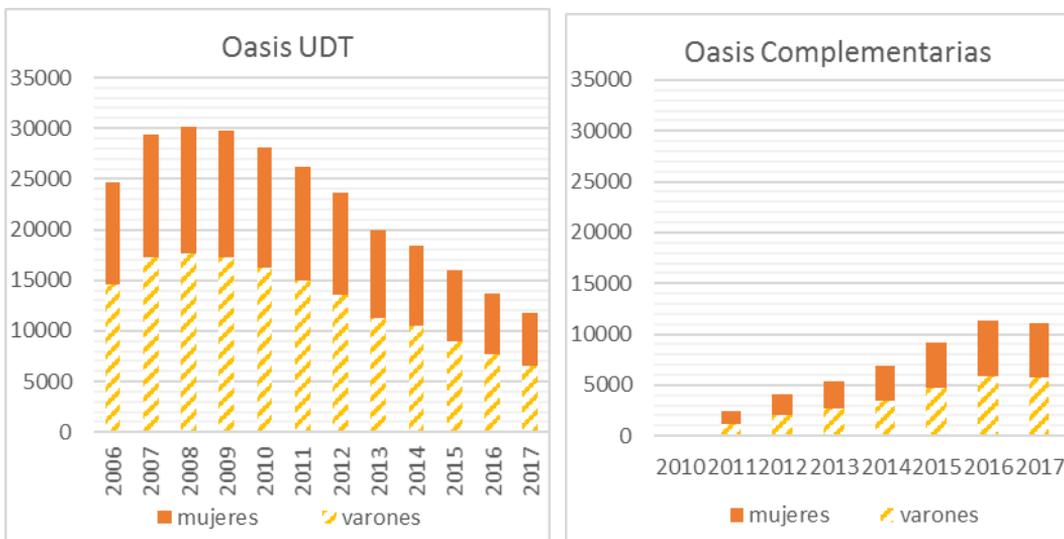
El objetivo general del CRENADECER consiste en contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, a través de la puesta en funcionamiento de un Sistema de Referencia Nacional para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en el país.

Dentro de las prestaciones de salud que se otorgan en BPS, los beneficios asistenciales de salud son efectuados en los Centros Maternos Infantiles, la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, y se destinan a madres y/o hijos que cumplen con los requisitos establecidos (más información en el Anexo 5).

Para las personas que cumplen los requisitos, las órdenes de asistencia (OASIS) permiten la atención integral de la embarazada y del recién nacido hasta los primeros meses de vida, brindan asistencia odontológica maternal e infantil (a niños y niñas) así como servicios de ortodoncia. También asisten a beneficiarios del Crenadecer que presenten patologías congénitas u otras situaciones especiales y además brinda asistencia a beneficiarios de instituciones externas, complementando la atención por SNIS. En los gráficos siguientes se observa la evolución de las Oasis que refieren a la asistencia por patologías congénitas y a las que refieren a la asistencia complementaria.

⁴⁷ El programa de detección de enfermedades raras que se hace a todos los recién nacidos (la muestra de una gota de sangre del talón que se toma a todos los recién nacidos).

Gráfico 20-a-b.
OASIS en UDT a NNA hasta 14 años y SNIS con Oasis complementaria



Fuente: Elaboración propia en base a información de Sistemas y Procesos de Prestaciones de Salud del BPS.

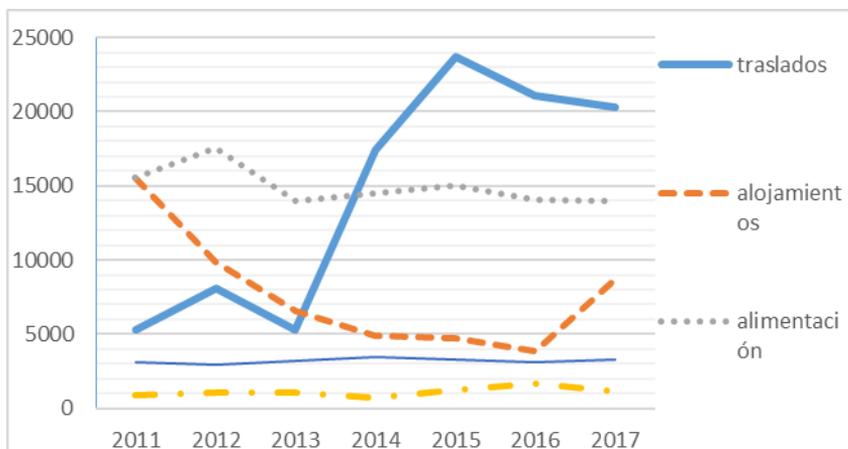
Se observa a partir del 2010 un descenso en la cantidad de Oasis en UDT que aunque no llega a compensarse, se ve amortiguado por el crecimiento de las Oasis Complementarias desde el mismo año.

Las personas usuarias de la UDT cuentan con atención médica dentro del BPS y con ayudas extraordinarias. Asimismo, estas personas tienen derecho de acuerdo a su congenitura, a órdenes de tratamiento externo (OTES) que comprenden distintos tipos de prestaciones: tratamientos con especialistas en otros centros de salud, traslados del paciente, pasajes y alojamiento para usuario y familiar, bandejas de alimentación, prótesis y órtesis (tales como audífonos, sillas de ruedas, férulas, hasta la corrección de la patología o estabilización de la misma para su posterior inserción social), partes quirúrgicos, etc.⁴⁸

Dentro de las OTES, las que se brindan con mayor frecuencia a los NNA hasta 14 años son las que corresponden a traslados, seguidas de las bandejas de alimentación y luego por las de alojamiento a beneficiarios (de UDT y Unidades Perinatales). En todos estos casos, la mayoría de las órdenes -para cada uno de los distintos tratamientos- se destinan a los NNA hasta 14 años, siendo entonces una política bastante enfocada y especializada en menores.

⁴⁸ "Prestaciones y servicios para personas con discapacidad. Actualización con datos al 2016", Nuñez, Santos, BPS, 2017.

Gráfico 21.
OTES a NNA hasta 14 años



Fuente: Elaboración propia en base a información de Sistemas y Procesos de Prestaciones de Salud del BPS

En algunos casos las ayudas no económicas cumplen un papel fundamental, porque se trata de un auxilio a personas (y su entorno) que están en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica extrema, y que de otra manera se verían imposibilitados de acceder a estos beneficios.

4.5 Otros programas

En este último apartado interesa simplemente mencionar otras políticas, implementadas por BPS, que han adoptado gran relevancia en los últimos años y que están relacionadas con el tema de niñez-infancia.

Una de ellas es la que se desprende de la Ley N° 19.161 de Subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada (licencias por adopción y para el cuidado para padres, lactancia, nacimiento, etc.). Esta política tiene la intención de generar un mayor involucramiento de los padres con el recién nacido y está estrechamente vinculada con la visión del Sistema Nacional de Cuidados (relativo a la primera infancia).

Por otra parte, la Ley N° 17.474 del año 2002, amplía la asignación familiar disponiendo una asignación especial para hijos producto de nacimiento gemelar múltiple (triple o más).

Otro programa de interés es el de Apoyo a las madres adolescentes y jóvenes que busca brindar apoyo económico y social a estas madres para evitar el abandono educativo y así lograr una capacitación que les permita su inserción en el mercado laboral formal y la obtención de un trabajo calificado.

La Pensión para hijos de fallecidos por violencia doméstica es una prestación generada a consecuencia de un hecho de violencia doméstica, los beneficiarios deben estar cursando estudios en institutos de enseñanza públicos o privados, o tener una discapacidad física o psíquica que les impida acceder a una tarea remunerada.

Finalmente la Pensión a las víctimas de delitos violentos es una prestación mensual que se genera como consecuencia de hechos de violencia (rapiña, copamiento o secuestro) que deriven en el fallecimiento de la víctima o cuando ésta resulta incapacitada en forma absoluta para todo trabajo.

5. Consideraciones finales.

Dado el contexto histórico que atraviesa el país, el nuevo conocimiento acumulado sobre la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo futuro de las personas, se plantean los interrogantes: son suficientes los programas que existen hasta el momento? Alcanza con mejorar la cobertura simplemente o la calidad sigue siendo el tema central en este tipo de políticas?

Una alimentación adecuada y una infancia protegida (desde el punto de vista de la atención en cuidados del infante) generan un escenario más favorable para poder obtener un mejor desempeño educativo, en la adquisición de conocimientos y comportamientos sociales.

Por ejemplo, la educación y la capacitación son fundamental, tanto para una inclusión en sociedad exitosa como para incrementar la probabilidad de que cuando el niño o niña llegue a edades adultas tenga una mayor productividad en cualquier tarea que realice (que las personas que le antecedieron en esa tarea).

Un trabajo decente implica una mejor oportunidad de progreso individual que conlleva un escenario más optimista, una mayor productividad, un mejor retorno esperado y por lo tanto una mayor capacidad de aportar a la sociedad, no solo desde su producto sino como sostén para el retiro de las generaciones mayores y de los más vulnerables.

Teniendo en cuenta la baja natalidad, el escenario futuro de fuerte dependencia por envejecimiento y la poca variación que tendrá la población económicamente activa, es más importante aún que la misma población sea más productiva, tenga mejores condiciones de inclusión social, aporte más, sea más educada, entre otras cosas.

Para la sociedad en su conjunto es deseable conseguir mejores resultados (y en el menor tiempo posible) con los programas ya establecidos. Si bien este trabajo no pretende proponer modificaciones a las políticas existentes, sí intenta dejar abierta la posibilidad de que a corto plazo sea necesario profundizar las acciones vinculadas al acompañamiento, al seguimiento diario hacia los menores más vulnerables (sobre todo teniendo en cuenta el peso que los mismos representan en dicha cohorte), de manera de fortalecer el apoyo que los distintos programas brindan, lo que implica una participación a nivel de la sociedad que trasciende al Estado como institución.

Bibliografía

“Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 4”. Programa de Población, 2014

“Los primeros años. El bienestar infantil y el papel de las políticas sociales.” BID, 2015. Capítulos 4 y 5.

“La Primera Infancia en perspectiva. Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años”. 2007, The Open University.

“El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes”, W. Cabella, 2007, Unfpa.

“Gasto público social en la infancia y adolescencia en el Uruguay”, Colacce, Manzi, Tenenbaum, 2017, Cepal, Unicef.

“Evolución de las Asignaciones Familiares 2007 a 2011”, A. Caristo, 2012, BPS.

“Evolución de las Ayudas Extraordinarias (AYEX). Período 2006-2015. Análisis de algunos indicadores”, Santos, 2017, BPS.

“Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay”, MSP, marzo 2017.

“Prestaciones y servicios para personas con discapacidad. Actualización con datos al 2016.” Santos, Nuñez. Comentarios de Seguridad Social N° 56, 2017, BPS.

“La gestión de la educación pública en Uruguay. Luces y sombras de la autonomía en la educación”. José Pedro Alberti, 2017

“Propuestas para superar el fracaso escolar”. Todos pueden aprender, Unicef. 2007

“Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y críticas.” Sandra Leopold Costabile, Ediciones Universitarias, CSIC, 2014.

“A veinte años de su ratificación: Lecturas críticas sobre la Convención sobre los Derechos del Niño”. Luis Pedernera, Comité de los Derechos del Niño – Sede Uruguay, 2010.

“Intercambios N°1”, Unicef, 2009.

“Intercambios N°2”, Unicef, 2010.

“Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012”, Unicef.

“Panorama de la infancia y la familia en Uruguay” Kaztman y Filgueira. 2001.

“Desempeños en salud y desarrollo en la infancia y trayectorias educativas de los adolescentes en Uruguay. Un estudio en base a datos de panel.”, Failache, Salas, Vigorito. Iecon, 2015.

“Desigualdad de oportunidades y el rol del sistema educativo en los logros de los jóvenes uruguayos”. Llambí, Pereira, Messina. 2009.

Referencias internet.

www.ine.gub.uy

www.developingchild.net

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW?locations=UY>

<https://www.bps.gub.uy/10310/fondo-nacional-de-salud-fonasa.html>,

<http://sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/6348-los-problemas-de-salud-mas-frecuentes-en-atencion-primaria#.W7OMnaqWWM8>

www.plancaif.org.uy

Normativa.

Decreto-Ley N° 15.084.

Ley N° 14.474.

Ley N° 17.823.

Ley N° 18.131.

Ley N° 18.211.

Ley N° 18.227.

Ley N° 18.731.

Ley N° 18.437.

Ley N° 19.161.

ANEXO 1_ Alcance del SISS

El Sistema de Indicadores de Seguridad Social (SISS) básicamente es un programa informático que permite obtener información sobre los Programas de Seguridad Social gestionados por el BPS y sobre los Grupos de Poblaciones Objetivo constituidos por los potenciales beneficiarios de dichos programas.

El SISS permite realizar el seguimiento periódico del estado y evolución de la cobertura, características sociales, económicas, demográficas y sanitarias de los beneficiarios de los programas y de la población objetivo del sistema de seguridad social, como también elaborar y procesar información para potenciar investigaciones sociales de diferente alcance.

Tanto los indicadores para los Programas de Seguridad Social como los de información de los Grupos de Población Objetivo, permiten generar información estadística en forma regular y permanente sobre la situación y evolución de los programas y de las características poblacionales de los grupos a través de la integración de información de diversas fuentes (ECH y proyecciones y estimaciones de población del INE; registros administrativos de los programas y prestaciones del BPS; datos del MSP; datos de la ANEP).

Esto posibilita no sólo medir si los programas cumplen con los objetivos previstos sino también incrementar el conocimiento, en función de investigar y analizar los indicadores, orientando o sugiriendo medidas de políticas que puedan ir más allá de los límites de los actuales programas (y proveer más insumos para eventuales reformulaciones).

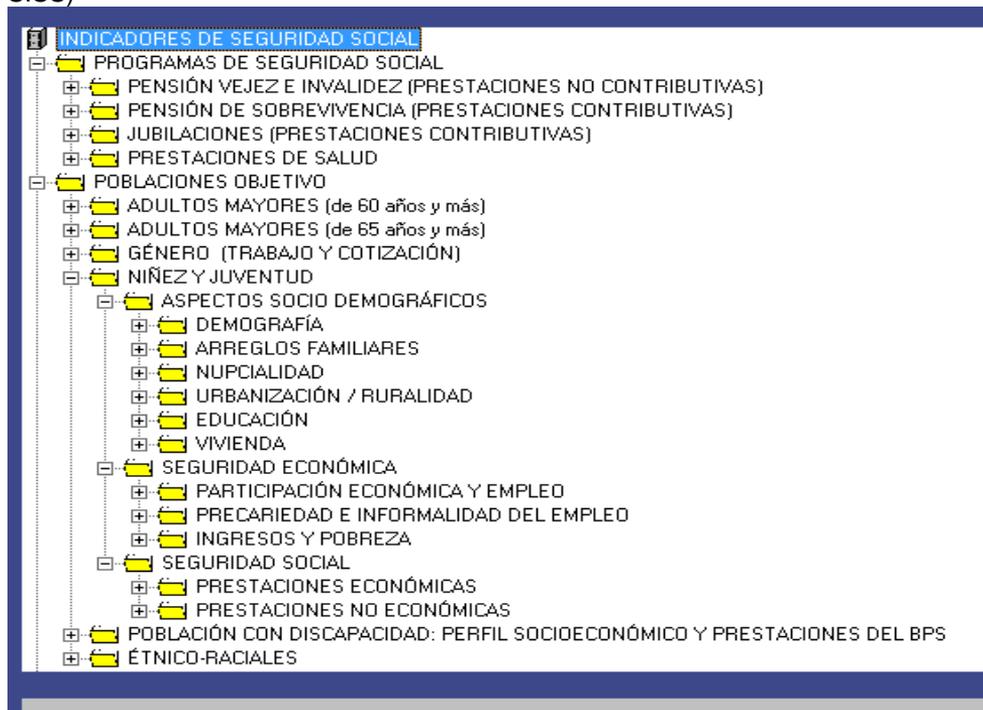
El origen del SISS se remonta al año 2006 con algunos programas y grupos objetivo, y a medida que fue transcurriendo el tiempo se fueron incorporando más programas y grupos. Es en el año 2012 que se inicia con los indicadores de Niñez y Juventud, con el objetivo de estudiar distintos aspectos de la realidad de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que inciden en los insumos y resultados de las políticas y los programas de seguridad social.

En particular, fueron enmarcados para el seguimiento de los lineamientos del Plan Estratégico del BPS 2011-2015. Para esta población objetivo se diseñaron tres áreas de indicadores: sociodemográficos, seguridad económica y seguridad social.

Cabe aclarar aquí que el SISS brinda información sobre algunas políticas solamente y no abarca la totalidad de las mismas. Por ejemplo, se puede obtener información acerca del programa de Asignaciones Familiares, pero no se puede obtener información sobre el programa Uruguay Crece Contigo, Cercanías, los Centros Caif y Capi, entre otros.

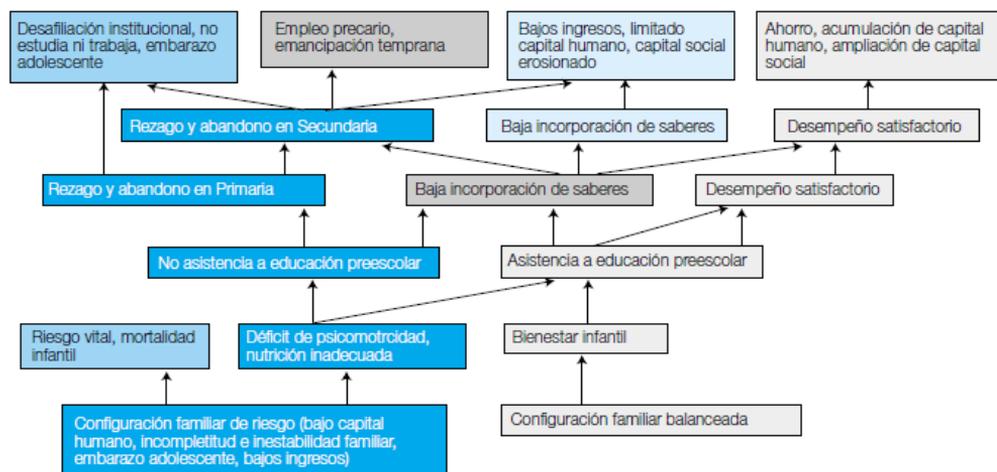
A continuación se presenta un pequeño esquema de la estructura de los indicadores del SISS.

Vista de la estructura de los indicadores del SISS. (Copia de pantalla del SISS)



ANEXO 2
Figura explicativa

Figura 6
Trayectorias segmentadas en el ciclo vital del niño y adolescente



Fuente: "Panorama de la Infancia y la niñez en Uruguay". Kaztman, Filgueira.

ANEXO 3_

Lo nuevo de las Afam-PE con respecto a las Afam (Ley N° 15.084).

Como principales innovaciones de las Afam-PE encontramos que: se focaliza en hogares con niños/as y adolescentes en situación de vulnerabilidad socioeconómica; la condición de vulnerabilidad del hogar se mide a través de un algoritmo que estima la probabilidad de que el hogar pertenezca a la población objetivo; se consideran además del ingreso del hogar (factor determinante en las normas anteriores) condiciones habitacionales y del entorno, composición del hogar, características de sus integrantes y situación sanitaria; se provee cobertura independientemente de si el generante del derecho se encuentra en situación de empleo formal o informal; su percepción es mensual; se incrementa sustancialmente el monto del beneficio, pero se aplica un sistema de escala de equivalencia que tiene en cuenta la cantidad de niños/as en el hogar; se paga un monto adicional en los casos de adolescentes que cursen enseñanza media, con el objetivo de estimular la retención o el retorno al sistema educativo formal; quedan comprendidos en el beneficio también aquellos menores que se encuentran en programas de atención de tiempo completo del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU); se privilegia a la mujer como administrador de las transferencias a favor de los/as niños/as y adolescentes; para mantener el poder adquisitivo de la prestación el mecanismo de revaluación se basa en el IPC.

ANEXO 4_

Ayudas Extraordinarias (AYEX).

Se distinguen 3 tipos de ayudas:

Instituto: Suma destinada a contribuir con el pago de la cuota respectiva a escuelas especiales o institutos de rehabilitación habilitados por el BPS tales como clínicas, centros de educación especial, escuela de integración, internados y talleres.

Transportista: Suma destinada a contribuir con el costo del traslado en camioneta efectuado por transportistas autorizados por BPS. Esta contribución por "locomoción" alcanza a los beneficiarios que concurren a escuelas especiales.

La RD 34-25/2006 amplía la prestación también a la educación terciaria.

Boletos: Boletos, suma destinada a contribuir con el costo de cuatro boletos por día para el acompañante del beneficiario.

Además estas ayudas se dan para "actividades de verano" (que correspondan a la recreación, socialización y juego), y hay otras "extraordinarias especiales o por convenio"

(situaciones especiales que no se ven contempladas en las anteriores y que el directorio del BPS autoriza especialmente, por ejemplo para el programa UCC y Cercanías).

Los beneficiarios de AYEX son:

- _ beneficiarios de Asignaciones Familiares por Decreto-Ley N° 15.084, aun cuando no les corresponda la asignación por superar topes el núcleo familiar.
- _ beneficiarios de Pensión por Invalidez que sirve el BPS (sin límite de edad).
- _ pacientes del Crenadecer
- _ hijos de funcionarios del BPS
- _ otros colectivos incluidos por resolución fundada del Directorio del BPS

El beneficiario debe concurrir a escuelas especiales o a un centro de rehabilitación habilitado por BPS y tener una Evaluación Técnica realizada por la parte médica de BPS.

ANEXO 5_ Órdenes de Asistencia (OASIS)

El beneficiario de la atención en salud es el binomio MADRE-HIJO que cumplan los siguientes requisitos:

- Embarazadas esposas, concubinas o embarazadas a cargo⁴⁹ de trabajadores dependientes de Industria y Comercio, Rurales y Servicio Doméstico o Pasivos de esas afiliaciones que NO tengan derecho a FONASA.
- Menores a cargo de trabajadores dependientes de Industria y Comercio, Rurales y Servicio Doméstico y Menores a cargo de Pasivos de Industria y Comercio. Deben presentar constancia de controles médicos o certificado de estudios (son los mismos beneficiarios por Asignaciones Familiares Decreto-Ley N° 15.084)
- Hijos de patrones rurales, no importa la cantidad de hectáreas.
- Para los tipos de OASIS 1 o 6 los posibles beneficiarios **no** deben poseer atención en salud por otro prestador, entendiéndose que no deben poseer Afiliación Mutua por ASSE (Salud Pública) o prestadores integrales de salud (mutualistas privadas), en caso de poseerla, la solicitud no pasará al estado otorgada.

Tipos de Oasis:

1 - Orden de Asistencia Común para atención integral de la embarazada, válida hasta los 45 días desde la fecha del parto. Incluye controles gineco-obstétricos, medicina general, atención psicológica, asistencia social, orientación nutricional, etc.

2 - Orden para asistencia odontológica maternal; preventiva, clínica y quirúrgica. Válida hasta los 180 días después del parto. Además promueve la salud bucal a través de acciones educativas.

⁴⁹ La embarazada a cargo puede estarlo de un familiar (padre, madre, hermano/a, cuñado/a, etc) o de una relación de amistad (ej. Amiga)

5 – Orden común para asistencia integral del recién nacido. Derecho de atención hasta los 90 días de edad, brindada por pediatra y equipo interdisciplinario.

6 - Orden común para la atención preventiva infantil y de primera morbilidad. Válida desde los 91 días de edad hasta los 5 años once meses y veintinueve días. Es necesario haber utilizado la madre OASIS tipo 1, o el propio beneficiario OASIS tipo 5.

8 - Orden para la asistencia odontológica infantil: preventiva, clínica y quirúrgica, hasta los 8 años, 11 meses y 29 días de edad del beneficiario. Necesario haber utilizado Oasis 5 o 6, o tener en vigencia Oasis 13.

9 - Orden para asistencia de ortodoncia infantil. Podrá gestionarse hasta los 9 años, 11 meses y 29 días de edad del beneficiario. Necesario haber utilizado Oasis 5, 6, 8 o tener en vigencia Oasis 13.

10 - Orden de asistencia especial para la atención de hijos, hijas o menores a cargo de funcionarios/as del BPS que presenten malformaciones congénitas o patología emergente de riesgos perinatales. Se debe presentar certificado médico.

13 - Orden para asistencia de beneficiarios que presenten patologías congénitas o inherentes al riesgo perinatal. Podrá gestionarse hasta los 13 años, 11 meses y 29 días de edad del beneficiario. Necesario contar con Oasis 15.

13 especial - Orden de asistencia concedida ante situaciones especiales referidas a patologías congénitas o inherentes al riesgo perinatal. No se realiza control habilitante del atributivo. Podrá gestionarse hasta los 13 años, 11 meses y 29 días de edad del beneficiario.

15 - Orden para confirmación de patología congénita o de riesgo perinatal. Transitoria, podrá gestionarse hasta los 13 años, 11 meses y 29 días de edad del beneficiario. Necesario contar con Oasis 5 o 6.

16 - Orden para prestaciones fuera de la Canasta Básica para beneficiarios/as del SNIS. El alcance comprende prótesis, órtesis, tratamiento y medicación fuera del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

17 ESPECIAL - Orden para prestaciones incluidas en la Canasta Básica. Usuarios/as de ASSE derivadas por convenio u otras modalidades (venta, intercambio). Exámenes de laboratorio, referencia a especialistas y medicación en los Centros de Salud o ASSE, según corresponda. Internación en CH Pereira Rossell o Hospital Clínicas.

18 – Orden para atención en Unidad de Diagnóstico y Tratamiento del Crenadecer. Todo usuario/a de cualquier edad, portador de una patología congénita de referencia, derivado de Prestadores de Salud públicos o privados.

Los equipos de referencia son: Epidermólisis ampollar, Fisura Labio Alvéolo Palatina, Mielomeningocele, Enfermedades Raras, Fibrosis Quística, Errores Innatos del Metabolismo.

19 - Orden de asistencia común para la atención integral de la embarazada (UCC). Acceden quienes no tienen derecho a Oasis 1, y no tienen afiliación a Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en caso de existir generante, el mismo no debe tener derecho a FONASA.

El alcance de las prestaciones es el mismo que para la Oasis1.

20 - Orden para asistencia odontológica maternal (UCC). Las condiciones de acceso son las mismas de la Oasis 19. El alcance de la prestación es el mismo de la Oasis 2.

21 - Orden para atención preventiva infantil y primera morbilidad (UCC). La condición de acceso es no tener derecho a Oasis 6, no tener afiliación a IAMC. El beneficiario/a debe ser menor de 4 años (mismo alcance que para la Oasis 6).

22 - Orden de asistencia infantil para lentes por UDT (UCC). El beneficiario no debe tener derecho a prestador integral público o privado y debe ser menor de 4 años.

23 - Orden para la asistencia odontológica infantil preventiva, clínica y quirúrgica (UCC). Acceden los niños/as menores de 4 años sin derecho a Oasis 8 ni afiliación a IAMC. El alcance de las prestaciones es el mismo que para la Oasis 8.