

Comentarios de Seguridad Social Nº 13

Octubre – Diciembre

2006

Banco de Previsión Social

Asesoría General en Seguridad Social

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

Índice

EL BPS EN EL CONTEXTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL UN ANÁLISIS SINTÉTICO	9
CONCLUSIONES	15
EVOLUCIÓN DE PUESTOS COTIZANTES EN SERVICIO DOMÉSTICO;	
Ec. Clara Pereira.....	17
1. INTRODUCCIÓN	19
2. ANTECEDENTES	19
3. OBJETIVO	19
4. METODOLOGÍA.....	19
4.1 Construcción de las variables	19
5. EVOLUCIÓN DE LOS PUESTOS COTIZANTES	20
7. PUESTOS COTIZANTES, PUESTOS POTENCIALES.....	25
8. CONCLUSIONES	25
REDES DE APOYO PARA ADULTOS MAYORES; LIC. T.S. CLAUDIA SIRLIN	27
I. INTRODUCCIÓN	29
II. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIO - ECONÓMICOS.....	30
III. IMPORTANCIA ESTRATÉGICA	33
IV. MARCO NORMATIVO.....	35
1. Nivel Mundial.....	35
2. Nivel Regional	35
3. Nivel Nacional	35
3.1. Ley No. 17.796 de Promoción Integral de los Adultos Mayores	35
3.2. Ley No. 15.800 Inc. 4 numerales 9 a 13	36
3.3. Plan Estratégico Banco de Previsión Social 2006 - 2010	36
V. MARCO CONCEPTUAL.....	36
1. Topología de redes sociales	39
2. Redes de apoyo social y capital social	39
3. Redes de apoyo social y calidad de vida en adultos mayores	40
4. Las organizaciones de adultos mayores.....	42
VI. ACCIONES DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL Y EVOLUCIÓN DEL TRABAJO EN RED	43
1. Programa en ejecución	43
2. Las redes sociales como modelo de intervención territorial	45
VII. CONCLUSIONES.....	46
VIII. RECOMENDACIONES	47
IX. BIBLIOGRAFÍA	48
FONDO NACIONAL DE RECURSOS - MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA	
PARTE I (Extractado de: Equidad, Calidad y Sustentabilidad en Salud)	53
DESCRIPCION GENERAL	55
I.1.MISION Y OBJETIVOS.....	55
I.2. TÉCNICAS CUBIERTAS	56
I.3. BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DEL FNR	57

I.4. EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN DE COBERTURA	58
I.5. NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS IMAE	59
I.6. MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO.....	59
I.7. ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN	60
MARCO NORMATIVO - DERECHO DE LOS PACIENTES	61
II.1. FNR, PERSONA PUBLICA NO ESTATAL	61
II.2. DERECHOS DE LOS PACIENTES	64
II.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES	66
III.1. TÉCNICAS CUBIERTAS	66
III.1.1. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.....	66
III.1.2. Estudios Hemodinámicos, Angioplastias Transcoronarias y Cirugías Cardíacas	66
III.1.3. Implante de Marcapasos y Cardiodesfibriladores	67
III.1.4. Transplantes	68
III.1.5. Tratamientos de Grandes Quemados.....	69
III.1.6. Artroplastia de Cadera y de Rodilla (Prótesis)	69
III.1.7. Implante coclear.....	70
III.1.8. Litotricia de la Vía Urinaria	70
III.1.9. Actos Médicos Cubiertos en el Exterior	71
III.2. LA AUTORIZACIÓN DE COBERTURA	72
III.3. EL CONTROL DE DOCUMENTACIÓN DE ACTOS YA REALIZADOS.....	72
III.4. PROGRAMAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO.....	73
III.5. PROGRAMAS DE PROMOCION, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ..74	
III.6. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS ALEJADOS DE LOS ACTOS MEDICOS ..75	
III.7. ACTIVIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO.....	75
III.8. PREMIO “PACIENTE SEGURO”.....	76
III.9. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE COSTO Y DETERMINACION DE ARANCELES	76
III.10. COMPRA DE MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS.....	77

COMPONENTES DEL TURISMO SOCIAL Y ASPECTOS INTERNACIONALES

(PRIMERA PARTE); Lic. T.S. Inés Núñez	79
1. INTRODUCCIÓN	81
2. CONCEPTUALIZACIÓN DE TURISMO	81
2.1. Aspectos que componen el Turismo.....	81
2.2. Concepto de Turismo Social	82
2.3. Declaración internacional y norma legal que complementan el enfoque de Turismo Social	83
3. MARCO INTERNACIONAL.....	84
3.1 Organización Mundial de Turismo	84
3.2. Declaraciones Internacionales.....	85
3.3. Experiencia de Programas de Vacaciones y Termalismo para Mayores desarrollado por IMSERSO en España	86
3.3.1 Antecedentes del IMSERSO.....	86
3.3.2 Nueva Estructura	86
3.3.3 Inicio y creación del Programa de Vacaciones para Mayores	87

3.3.4. Desarrollo y evolución del sistema vacacional.....	88
3.3.5. Estructura y funcionamiento del programa	88
3.3.6. Procedimiento en cuanto al uso y Control de los servicios.....	89
4. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	91

RIESGO Y BIENESTAR: REFLEXIONES EN TORNO A LAS METAS DEL MILENIO ARTÍCULO PUBLICADO EN REVISTA PRISMA “DILEMAS SOCIALES Y ALTERNATIVAS - DISTRIBUTIVAS EN URUGUAY” Nº21,2005; Rubén Kaztman	93
--	-----------

FONDO NACIONAL DE RECURSOS - MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA PARTE II (Extractado de: Equidad, Calidad y Sustentabilidad en Salud)	101
I. EVOLUCION ECONOMICO FINANCIERA.....	103
I.1. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN PATRIMONIAL.....	103
II. DATOS BÁSICOS DE GESTION DE ACTOS MEDICOS - PERIODO 2000-2005	105
II.1. ACTOS MÉDICOS AUTORIZADOS	105
II.2. ACTOS MÉDICOS REALIZADOS	108
II.3. DIÁLISIS CRÓNICA.....	109
II.4. ACTOS EN EL EXTERIOR	110
II.5. EVALUACIÓN PREVIA.....	111
II.6. PROGRAMAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO.....	111
Programa de control del tabaquismo	111
Programa de Salud Cardiovascular	112
Programa de Salud Renal	112
Programa de vigilancia de complicaciones	114

NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACION - DISTRIBUCION RETRIBUCIONES DE JULIO/06 CON APORTES ASOCIADOS DISTRIBUIBLES A LAS AFAP A PARTIR DE SETIEMBRE/06 (ENERO/07)	115
RESULTADO Y EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE COMPORTAMIENTO	118
ANEXO: DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES	125

RECURSOS HUMANOS INVESTIGACIONES REALIZADAS 1996-2006; Psic. Alicia Marotti	127
ANTECEDENTES	131
OBJETIVO	131
CONTEXTO INSTITUCIONAL	133
Metodología	134
Módulos temáticos	135
COMPARATIVO DE RESULTADOS	137
Imposibilidad de comparación de resultados.....	137
Análisis de Resultados.....	138
Cultura y clima Organizacional	138
Opinión frente a los Cambios	139
Capacitación	140
Recursos Materiales y tecnológicos.....	140
Carrera funcional.....	140
Comunicación	140

Relaciones Interpersonales.....	141
Recomendaciones	141
ANEXO I.....	142
Cuestionarios de encuesta.....	142
Temas	142
Preguntas Concretas	142
Satisfacción con los ingresos.....	142
Satisfacción con los pares.....	143
Miedo a los cambios por incertidumbre	143
Desconocimiento de los cambios.....	143
ANEXO II.....	145
Realización de los estudios.....	145
Referencia documental	145
Difusión realizada.....	145
ENCUESTAS DE PANEL; T/I Rosanna López.....	147
INTRODUCCIÓN	149
ENCUESTAS DE PANEL	150
ALGUNAS EXPERIENCIAS DE ENCUESTAS DE PANEL.....	151

**EL BPS EN EL CONTEXTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL**

UN ANÁLISIS SINTÉTICO

BPS EN EL CONTEXTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

UN ANÁLISIS SINTÉTICO

El presente estudio tiene por finalidad mostrar la evolución del sistema de Previsión Social en el período 1995 - 2005.

La Seguridad Social en Uruguay se organiza a través de un conjunto de organismos de distinta naturaleza. En primer lugar, el Banco de Previsión Social (B.P.S.); también se encuentran las llamadas Cajas Paraestatales, las mismas comprenden la Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones, la Caja Bancaria y la Caja de Profesionales Universitarios. Por último, existe un tercer grupo conformado por la Caja de Servicio de Retiros y Pensiones Policiales y por la Caja de Servicios de Retiros y Pensiones Militares. Estos institutos dan cobertura a los riesgos de Invalidez, Vejez y Supervivencia (I.V.S.), Cargas de Familia y Maternidad, Enfermedad y Desocupación.

En esta oportunidad analizaremos el pilar solidario del sistema por lo que no se tomarán en consideración a las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP) creadas a partir de la última reforma previsional.

Por su parte, los riesgos derivados de Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo son atendidos por el Banco de Seguros del Estado.

La atención para el sector privado de Cargas de Familia y Maternidad, Enfermedad y Desocupación, están a cargo únicamente del B.P.S., en tanto que los riesgos I.V.S. son administrados además por los otros organismos antes mencionados.

Es importante mencionar que en el riesgo de Enfermedad existen algunas unidades del sector público que otorgan el reintegro de la cuota mutual y que la generalidad de los empleados de este sector reciben una contribución para el pago de la misma, en tanto que en la órbita del sector privado hay convenios particulares y Cajas de Auxilio, que funcionan a nivel de empresa o grupos de empresas de un mismo sector de actividad, que brindan a sus afiliados este tipo de cobertura, que están sometidas al control del Seguro de Enfermedad.

El análisis ha sido estructurado de tal forma que partiendo de una comparación con un alto nivel de agregación se va introduciendo al detalle de los distintos conceptos de importancia en el estudio para lograr obtener conclusiones acerca de la evolución del sistema. Es así que se verán los egresos totales del sistema, luego se enfocará en el análisis en el riesgo I.V.S.; para por último analizar la relación entre la asistencia del gobierno central a distintos organismos y las prestaciones brindadas por los mismos.

Para comenzar el análisis de los conceptos mencionados, veremos la composición y evolución de los egresos totales del Sistema, el que incluye gastos de administración, tal como surge del siguiente cuadro.

CUADRO 1

EGRESOS CONSOLIDADOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, POR AÑO, SEGÚN ORGANISMO O INSTITUCIÓN (en millones de dólares constantes)

ORGANISMO O INSTITUCIÓN	1995		2000		2005	
	Importe	Estructura	Importe	Estructura	Importe	Estructura
TOTAL	2.597,03	100,0%	3.028,75	100,0%	2.483,14	100,0%
BANCO DE PREVISION SOCIAL	2.109,93	81,2%	2.416,46	79,8%	1.905,97	76,8%
PERSONAS PUBLICAS NO ESTATALES	224,51	8,6%	304,99	10,1%	326,05	13,1%
Caja Bancaria	149,14	5,7%	197,13	6,5%	207,36	8,4%
Caja Profesionales Universitarios	53,38	2,1%	77,65	2,6%	90,94	3,7%
Caja Notarial	21,98	0,8%	30,20	1,0%	27,75	1,1%
OTROS	262,58	10,1%	307,30	10,1%	251,13	10,1%
Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas (FF.AA.)	173,18	6,7%	200,03	6,6%	165,34	6,7%
Servicio de Retiros y Pensiones Policiales	89,41	3,4%	107,27	3,5%	85,79	3,5%

NOTA: Base IPC promedio 2005. Expresado en dólares promedio del mismo año.

FUENTE : Anuario Estadístico Nacional

En la estructura de los egresos del sistema de Seguridad Social se han verificado algunos cambios en los últimos diez años. La evolución del peso relativo del B.P.S. presenta una tendencia descendente que pasa de un 81,2% en 1995 al 76,8 % en 2005. Por el contrario las Cajas Paraestatales que en ese primer año participaban en un 8,6% sobre finales del período lo hacen en un 13,1%. Un comportamiento estable tienen las Cajas Militar y Policial ya que mantuvieron estabilizada su participación en un 10,1%, en conjunto, durante todo el período analizado.

CUADRO 2

EGRESOS ANUALES DE LAS PRESTACIONES IVS POR AÑO, SEGÚN UNIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (en millones de dólares constantes)

ORGANISMO O INSTITUCIÓN	1995		2000		2005	
	Importe	Estructura	Importe	Estructura	Importe	Estructura
TOTAL	1.981,91	100,0%	2.259,39	100,0%	1.514,37	100,0%
BANCO DE PREVISION SOCIAL	1.519,19	76,7%	1.687,17	74,7%	1.015,23	67,0%
PERSONAS PUBLICAS NO ESTATALES	200,14	10,1%	264,86	11,7%	248,01	16,4%
Caja Bancaria	135,56	6,8%	182,17	8,1%	167,99	11,1%
Caja Profesionales Universitarios	49,72	2,5%	63,82	2,8%	61,36	4,1%
Caja Notarial	14,86	0,7%	18,87	0,8%	18,66	1,2%
OTROS	262,58	13,2%	307,36	13,6%	251,13	16,6%
Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas (FF.AA.)	173,18	8,7%	200,03	8,9%	165,34	10,9%
Servicio de Retiros y Pensiones Policiales	89,41	4,5%	107,33	4,8%	85,79	5,7%

NOTA: Base IPC promedio 2005. Expresado en dólares promedio del mismo año.- No incluye pensión vejez

FUENTE : Anuario Estadístico Nacional

En particular interesa enfocar el análisis en el riesgo I.V.S., sin considerar la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez, dado que su importancia relativa se da no solamente a través de la consideración de variables monetarias, sino también por el importante número de prestaciones que otorga como veremos más adelante. Asimismo, es el único administrado por todos los organismos que integran el sistema de Seguridad Social, lo que habilita la realización de un estudio comparativo para determinar la participación de cada uno de ellos en el servicio del mencionado riesgo. La participación del B.P.S. en el gasto global pasó de un 76.7 % en 1995 a un 67,0 % en el año 2005, básicamente por la contracción del sistema de reparto que es consecuencia de la reforma previsional consagrada en la ley 16.713 que comenzó a regir en abril de 1996.

Las personas públicas no estatales han tenido, en contraposición, una tendencia creciente ya que en los extremos del período se ubican en un 10,1% y 16,4%. En este caso la tendencia se explica por el aumento en el número de pasividades. Las Cajas Militar y Policial, en conjunto, también han crecido en su participación aunque en términos más reducidos que las anteriores ya que partiendo de un peso relativo del 13,2% llegan representar en 2005 un 16,6% del gasto en prestaciones IVS, derivado también de un incremento en el número de pasividades.

Si queremos dimensionar cada organismo integrante del sistema de Seguridad Social a través de la cantidad de prestaciones contributivas I.V.S. que atiende, algo más de 740.000 promedio, se puede observar que la mayor participación le corresponde al B.P.S., con un 87,3 % en promedio para los diez años y con una pérdida de participación entre principio y fines del período de un punto porcentual.

CUADRO 3

NÚMERO DE PASIVIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, POR AÑO, SEGÚN UNIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

ORGANISMO O INSTITUCIÓN	1995		2000		2005	
	Cantidad	Estructura	Cantidad	Estructura	Cantidad	Estructura
TOTAL	730.454	100,0%	751.471	100,0%	742.537	100,0%
BANCO DE PREVISION SOCIAL (1)	640.715	87,7%	658.034	87,6%	643.939	86,7%
PERSONAS PUBLICAS NO ESTATALES	22.641	3,1%	25.900	3,4%	29.037	3,9%
Caja Bancaria	13.006	1,8%	14.688	2,0%	16.041	2,2%
Caja Profesionales Universitarios	8.221	1,1%	9.507	1,3%	11.005	1,5%
Caja Notarial	1.414	0,2%	1.705	0,2%	1.991	0,3%
OTROS	67.098	9,2%	67.537	9,0%	69.561	9,4%
Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas (FF.AA.)	41.643	5,7%	42.957	5,7%	44.681	6,0%
Servicio de Retiros y Pensiones Policiales	25.455	3,5%	24.580	3,3%	24.880	3,4%

NOTA: Datos a diciembre de cada año

(1) No incluye prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez

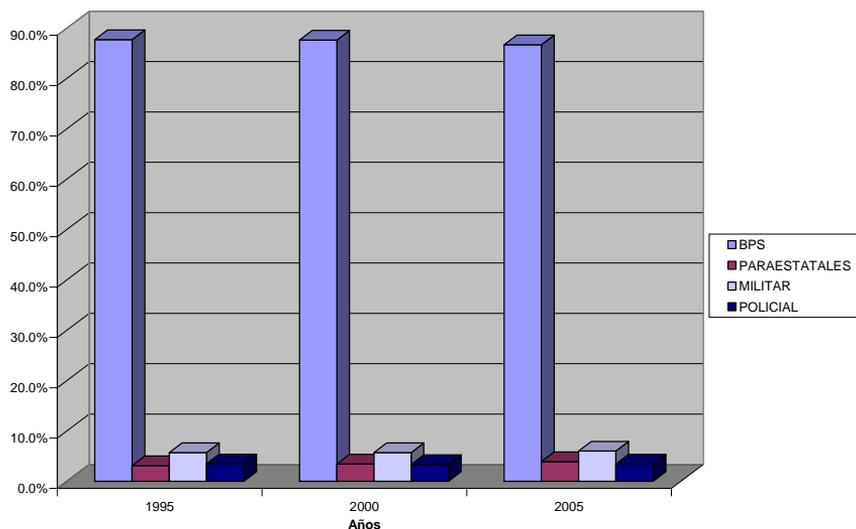
FUENTE : Anuario Estadístico Nacional

El 13% restante se lo reparten las Cajas Paraestatales y la Caja Militar y Policial. Las primeras tienen una participación promedio del 3,5% para todo el período con un crecimiento de 0,8 puntos porcentuales, en tanto que las

restantes participan con 9,2% promedio y una ganancia de su peso relativo de 0,4 puntos porcentuales.

De acuerdo al régimen de financiamiento de la Seguridad Social, el Estado a través de la Asistencia Financiera cubre el déficit entre los recursos y erogaciones de aquellos organismos que así lo requieran, tal es el caso del B.P.S. y las Cajas Militar y Policial. Entonces para las tres instituciones se determina la relación entre el total de asistencia financiera recibida y el monto total abonado por las prestaciones servidas.

Participación institucional en las prestaciones IVS



CUADRO 4

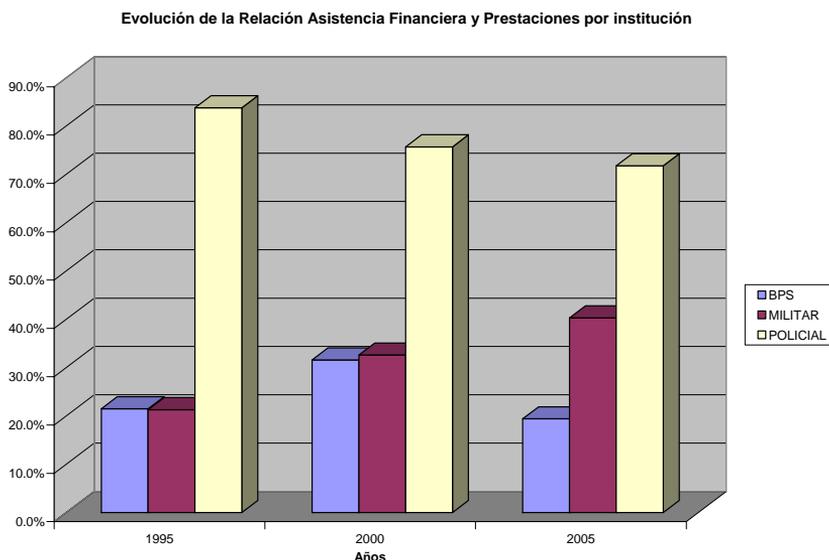
RELACIÓN ASISTENCIA NETA PRESTACIONES SEGÚN ORGANISMO O INSTITUCIÓN (en millones de pesos)

ORGANISMO O INSTITUCIÓN	1995			2000			2005		
	Prestac.	Asistencia	Estructura	Prestac.	Asistencia	Estructura	Prestac.	Asistencia	Estructura
TOTAL	18,123.5	4,337.1	23.9%	39,157.1	13,110.3	33.5%	49,806.1	11,627.5	23.3%
BANCO DE PREVISION SOCIAL	16,023.5	3,443.2	21.5%	34,521.7	10,903.2	31.6%	43,658.8	8,489.9	19.4%
Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas (FF.AA.)	1,385.0	294.9	21.3%	3,017.3	982.5	32.6%	4,047.3	1,630.5	40.3%
Servicio de Retiros y Pensiones Policiales	715.0	599.0	83.8%	1,618.1	1,224.6	75.7%	2,100.1	1,507.1	71.8%

FUENTE : Anuario Estadístico Nacional

La relación asistencia neta prestaciones, a nivel de todo el sistema, ha pasado de un 23,9% en 1995 a un 33,5 % en el año 2000 para caer posteriormente 23,3% en el año 2005. Esta evolución está en concordancia con la relación asistencia neta prestaciones que muestra el B.P.S. ascendente en el año 2000 y descendente en el 2005. Similar tendencia presenta la Caja Policial la que ha pasado de un porcentaje de asistencia del 83,8% al 71,8% entre principio y fines del período.

En sentido contrario ha evolucionado la relación de la Caja Militar que ha manifestado un crecimiento sostenido ya que de un 21,3% en 1995 asciende a un 32,6% en 2000 para finalizar en 2005 con un porcentaje del 40,3%.



Conclusiones

La Seguridad Social del país se encuentra bajo la cobertura de varias instituciones, la principal de ellas es el Banco de Previsión Social. La atención de las cargas familia y Maternidad, Enfermedad y Desocupación es exclusiva del B.P.S. Por su parte, el Estado financia los déficit de algunos de estos organismos, tales como el B.P.S. y las Cajas Militar y Policial.

Dentro de los egresos por prestaciones del sistema en su conjunto, el B.P.S. presenta una tendencia descendente que se ubica en la actualidad en un 26,8% frente a un 31,2% en 1995, por el contrario las Cajas Paraestatales han aumentado su participación de un 8,6% a un 13,1%. Las Cajas Militar y Policial han mantenido estabilizado su peso relativo en un 10,1% durante todo el período.

También en los egresos por concepto de I.V.S., dejando de lado los egresos por pensión vejez e invalidez, el Banco ha descendido en su participación pasando de un 76,7% en 1995 a un 67% en el año 2005. Las Cajas Paraestatales y la Militar y Policial han mejorado su posición en la estructura pasando de un 10,1% a un 16,4% las primeras y de un 13,2% a un 16,6% las segundas.

Si consideramos la cantidad de prestaciones servidas, el B.P.S. con un 87,3% es quien mayor peso relativo tiene seguido por las Cajas Militar y Policial con un 9,2% y las Paraestatales con el 3,5% restante. En este aspecto, las variaciones entre principio y fines del período no han sido significativas.

Por último, al analizar la relación entre Asistencia Financiera Neta y Prestaciones para la totalidad del sistema se puede observar que la misma ha descendido en este período de diez años, pasando de un 23,9% en 1995 a un 19,4% en el último año. Esta evolución que está pautada por el comportamiento del Banco de Previsión Social que ha abatido la Asistencia recibida ubicándose la misma en un 19,4% en el año 2005. El resto de organismos presentan una tendencia dispar, la Caja Militar pasó de un 21,3% a un 40,3% aumentando, en tanto que la Policial pasó de un 83,8% a un 71,8% disminuyendo la relación entre Asistencia y Prestaciones.

EVOLUCIÓN DE PUESTOS COTIZANTES EN SERVICIO DOMÉSTICO

Ec. Clara Pereira

Evolución de Puestos Cotizantes en servicio doméstico

1. Introducción

A partir de una creencia de la mejora sostenida de los niveles de cotización dentro de la aportación “servicio doméstico” en el período reciente, con el presente trabajo se busca corroborar mediante el análisis cuantitativo la incorporación y condiciones de los nuevos trabajadores al sector.

2. Antecedentes

Del trabajo Relación Activo Cotizante-Pasivo (Brovia, 2006), se desprende que el número de puestos cotizantes promedio anual luego de una caída sostenida 1999-2002, a partir del 2003 comienza un crecimiento que alcanza un 10% en el 2005 respecto al 2004 con un total de 1.019.341. Este crecimiento podría atribuirse, de acuerdo a dicho trabajo, a la mejora en el nivel de actividad, a la convocatoria de los Consejos de Salarios, a la gestión inspectiva del organismo y a las expectativas puestas en el nuevo gobierno nacional que propició la formalización de trabajadores no registrados. Con esta información es dable esperar que “servicio doméstico” acompañe dicha evolución.

3. Objetivo

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la evolución de los puestos de trabajo en servicio doméstico así como los salarios promedios de cotización. Por otra parte se pretende estimar la evasión existente en la aportación.

4. Metodología

El período elegido para realizar el análisis fue enero 2002 a junio 2006. Las variables utilizadas son: puestos cotizantes, salario mínimo doméstico ponderado Montevideo-Interior, salario nominal doméstico, razón salario nominal doméstico salario mínimo doméstico ponderado, IPC, índice salario real doméstico.

Se trabajó con números índices para poder analizar las variaciones con base en enero 2002.

4.1 Construcción de las variables

Cotizantes: cantidad de puestos de trabajo según pagos.

Salario Mínimo Doméstico Ponderado Montevideo- Interior: se calculó con los valores de salario mínimo para la aportación que son distintos para Montevideo e Interior, ponderándolos de acuerdo a información brindada por el INE sobre los porcentajes de personas de servicio doméstico declaradas en BPS (se excluyó área rural por considerar que estarían incluidas dentro de aportación rural). Según la estructura de lo declarado en la ECH, el 41% del total de personas que realizan tareas domésticas y aportan a BPS pertenecen a Montevideo y el 59% al resto de interior urbano.

Salario Doméstico Nominal: cociente entre el total de recaudación¹ de aporte jubilatorio servicio doméstico y la tasa de aporte correspondiente.

Razón índice salario nominal doméstico, índice salario mínimo doméstico ponderado Montevideo-Interior: Cociente entre ambas variables. Se trabajó con números índices a fin de analizar las variaciones

IPC: Evolución de precios de la canasta de consumo, elaborado por el INE.

Índice de Salario Real Doméstico: cociente entre el índice de salario nominal doméstico y la evolución del IPC.

Se utilizó una metodología alternativa para el período en que se cuenta con información de remuneraciones según nómina. Se presenta cuadro sólo con meses del 2006, pero se mantuvieron las mismas variaciones todo el período.

5. Evolución de los Puestos Cotizantes

A continuación se presenta un cuadro con la evolución 2002-2006 de los puestos cotizantes para todas las aportaciones y en particular la evolución de los puestos cotizantes de servicio doméstico.

Cuadro 1: Evolución de puestos cotizantes totales, puestos cotizantes servicio doméstico.

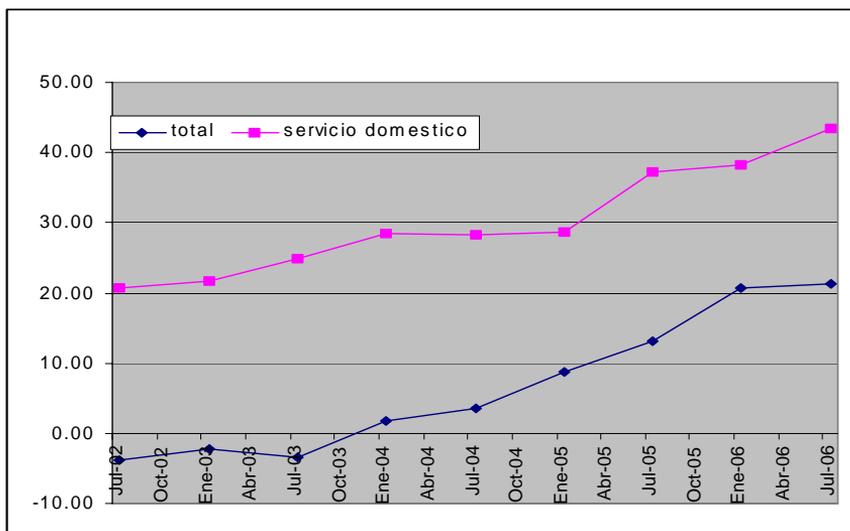
Mes de pago	Puestos cotizantes totales	Variación acumulada	Puestos cotizantes servicio doméstico	Variación Acumulada
Ene-02	889,479	-	30507	-
Jul-02	855,126	-3.86	36817	20.68
Ene-03	868,981	-2.3	37104	21.62
Jul-03	859,086	-3.42	38099	24.89
Ene-04	905,859	1.84	39193	28.47
Jul-04	920,401	3.48	39145	28.31
Ene-05	966,861	8.7	39243	28.64
Jul-05	1,005,724	13.07	41887	37.3
Ene-06	1,072,865	20.62	42157	38.19
Jul-06	1,078,297	21.23	43747	43.4

Fuente: Consolidado de Pagos Atyr

¹ Para los meses de enero y julio se estimó la recaudación por aguinaldo excluyéndola para el cálculo del salario promedio de cotización.

Grafico 1: Variación porcentual de puestos cotizantes para el total de aportaciones y servicio doméstico.

Fuente: Consolidado de Pagos Atyr



Como puede observarse, los cotizantes aumentan para el total de las aportaciones en la comparación 2002-2006 alcanzando un 21%, mientras que el aumento para servicio doméstico es de un 43%.

En el período enero 2005- julio 2006, la variación de cotizantes fue de un 11% tanto para servicio doméstico como para el total de las aportaciones.

6. Evolución del Salario de Cotización

Es interesante saber los nuevos cotizantes, en qué condiciones ingresan al mercado de trabajo y una forma de abordarlo es a través de los salarios de cotización.

En el siguiente cuadro se observa la evolución del salario doméstico de cotización y del índice salario mínimo de doméstico Montevideo Interior.

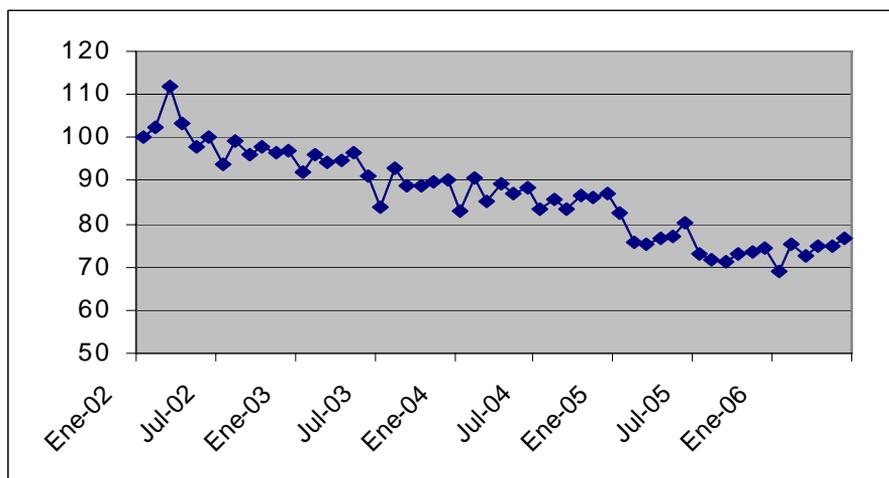
Cuadro 2: Evolución de Salario Doméstico y salario mínimo doméstico Montevideo-Interior

Mes de pago	Salario Nominal Doméstico Promedio	Índice salario nominal doméstico	Salario Mínimo ponderado Montevideo o Interior	Índice salario mínimo Ponderado Montevideo-Interior	Razón
Ene-02	930	100	1237	100	100
Jul-02	891	96	1256	101	94
Ene-03	880	95	1256	101	93
Jul-03	892	96	1371	111	87
Ene-04	883	95	1399	113	84
Jul-04	936	101	1459	118	85
Ene-05	1028	110	1597	129	86
Jul-05	1342	144	2091	169	85
Ene-06	1504	162	2562	207	78
Jun-06	1546	166	2682	217	77

Fuente: Consolidado de Pagos Atyr

Para analizar la evolución del salario doméstico de cotización respecto a otros índices se tomó la razón entre los índices presentados en el cuadro. Se graficó dicha razón, pudiéndose observar que en marzo del 2002 la misma presenta un máximo.

Gráfico 2: Razón índice medio de salario nominal doméstico respecto a la evolución del índice salario mínimo doméstico ponderado Montevideo-Interior.



Fuente: Consolidado de Pagos Atyr

Del gráfico se desprende que los salarios domésticos en términos de la evolución del salario mínimo doméstico descienden en el período 2002-2006.

En el análisis mensual se observa que la evolución presenta un máximo en marzo 2002 en que dicha razón representaba un 112%, pasando a un 77% en junio 2006.

Esta caída se explica por un aumento del 66% de los salarios de cotización mientras el salario mínimo doméstico aumenta un 117% en el período. La variación promedio mensual del salario de cotización fue de un 0,97% mientras que la correspondiente al salario doméstico ponderado de un 1,47%.

Una lectura alternativa muestra que en marzo 2002 el salario nominal doméstico promedio correspondía a un promedio de 21 jornales mínimos, en junio 2006 la cantidad de jornales cae a 14. Probablemente el aumento del salario mínimo doméstico correspondiente a 25 jornales haya llevado en muchos casos a compensar el aumento correspondiente del aporte con la subdeclaración de los días trabajados.²

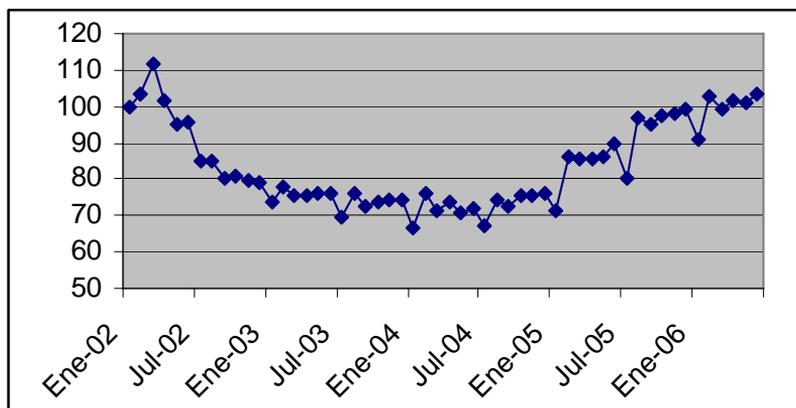
Cuadro 3: Evolución del índice de salario real doméstico

Mes de pago	Salario Nominal Doméstico Promedio	Índice salario nominal doméstico	IPC	Índice de Salario Real Doméstico
Ene-02	930	100	100	100
Jul-02	891	96	111	86
Ene-03	880	95	127	74
Jul-03	892	96	133	72
Ene-04	883	95	141	68
Jul-04	936	101	147	69
Ene-05	1028	110	149	74
Jul-05	1342	144	153	94
Ene-06	1504	162	157	103
Jun-06	1546	166	161	103

Fuente: Consolidado de Pagos - Atyr

² Esto acontece por no existir conciencia generalizada sobre la obligatoriedad de declarar por sueldo real y no de acuerdo al salario mínimo doméstico.

Grafico 3: Evolución del Índice de salario real doméstico 2002-2006.



Fuente: Consolidado de Pagos - Atyr

Este segundo gráfico muestra que en términos de poder de compra el salario de cotización doméstico no ha caído en la comparación enero-2002-junio 2006 .

Mientras la variación del IPC fue del 61% en el período, el salario de cotización aumenta un 66%.

Como se detalló en la metodología se tomó como fuente alternativa de información las remuneraciones y puestos de trabajo según nóminas y se puede concluir que es prácticamente indiferente tomar la información de nóminas que tomar el aporte jubilatorio según pagos y de ahí despejar los salarios nominales.

De lo que se desprende que de haber tomado dicha información para la elaboración del trabajo se arribaría a los mismos resultados.

Cuadro 4: Comparativo de información resultante de consolidado de pagos con información de nominada

Mes pago	Cotizantes según pagos	Cotizantes según nóminas	Relación entre pagos y nóminas	rem prom según nominas	sal nominal promedio	Var rem*
Feb-06	40180.00	41121.00	-0.02	1475.32	1512.92	0.03
Mar-06	43415.00	41350.00	0.05	1483.42	1461.94	-0.01
Abr-06	40499.00	42158.00	-0.04	1475.10	1510.18	0.02
May-06	43595.00	42503.00	0.03	1508.33	1506.10	0.00
Jun-06	42559.00	43340.00	-0.02	1515.53	1546.14	0.02

Fuente: Recaudación nominada y Consolidado de Pagos Atyr

7. Puestos Cotizantes, puestos potenciales

De acuerdo a la Encuesta de Hogares Ampliada (ENHA) enero-marzo 2006, habría 97.603 puestos de trabajo dentro de la aportación de servicio doméstico.

La cantidad de cotizantes promedio para el período enero-marzo 2006, asciende a 41.365, que comparada con la cifra de 97.603 de la ENHA se estaría captando la declaración del 42,4% del total de puestos de trabajo. No fueron tomados en cuenta las cifras de domésticos declarados en zona rural dado que estas personas para BPS, deberían estar aportando por caja rural salvo algún caso muy particular.

8. Conclusiones

La cantidad de puestos cotizantes domésticos evidencia un crecimiento de más de un 40% en el período comparado 2002-2006.

Del análisis se desprende que no es un hecho aislado en esta aportación sino que se da en un contexto de crecimiento de los cotizantes en general, favorecido como fue mencionado en los antecedentes por el crecimiento económico, la creación de los Consejos de Salarios, la actividad inspectiva de BPS, la propaganda en los medios de comunicación sobre los derechos de los trabajadores y las expectativas de la gente sobre la gestión del nuevo gobierno.

Por otra parte los salarios nominales domésticos en términos de la evolución del salario mínimo doméstico mostraría en el período una precarización de los mismos, no arribando a la misma conclusión respecto al índice de precios. De lo que se desprende que el poder de compra de los trabajadores del sector no ha disminuido en el período.

La estimación de la evasión en servicio doméstico de acuerdo a los datos publicados por el INE es de un 59%, el presente trabajo arriba a una evasión del 57,6% para el período enero-marzo 2006.

Sería interesante contar con información más desagregada para poder identificar los salarios de las altas producidas en los últimos años y la evolución del acceso a la cobertura mutual de los puestos cotizantes como otra aproximación a las características de los puestos de trabajo creados.

**REDES DE APOYO PARA
ADULTOS MAYORES**

Lic. T.S. Claudia Sirlin

REDES DE APOYO PARA ADULTOS MAYORES

I. Introducción

En el presente trabajo analizaremos el tema de las Redes de Apoyo para Adultos Mayores en el marco de la realidad demográfica de nuestro país, teniendo en cuenta el marco normativo en sus niveles mundial, regional y nacional, su importancia estratégica como sistema de protección al adulto mayor así como su marco teórico conceptual y las acciones que el Banco de Previsión Social viene desarrollando en relación al tema. A partir de las acciones en ejecución se efectúan recomendaciones de políticas que contribuirían a su fortalecimiento redundando en una mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

Para el análisis se cuenta con información estadística de los diferentes registros del Banco de Previsión Social.

Constituye un hecho reconocido la tendencia hacia un rápido envejecimiento de la población. No solo aumentará el número de adultos mayores sino que también se incrementará su peso en la población total. Estas tendencias se ven afectadas por la carencia de instituciones preparadas para cubrir las necesidades de la creciente demanda.

Las prestaciones económicas provenientes del sistema de apoyo formal (Seguridad Social) en muchos casos son insuficientes para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias de recursos requeridos en edades avanzadas. En muchos casos se hace necesario continuar trabajando u obtener recursos de redes familiares y otras redes personales o comunitarias que se transforman en la estructura de apoyo informal principal de las personas mayores (Guzmán, 2002).

Las redes son importantes en todas las etapas de la vida, son diferentes para hombres y mujeres e incluyen dimensiones que trascienden la unidad doméstica y refieren no solo a aquellos creados por o para los individuos sino aquellos generados de manera grupal o colectiva (redes comunitarias). Se accede a las redes comunitarias a través de los grupos organizados de adultos mayores sobre lo cual existen escasas investigaciones (Arias, 2002).

Existe una imagen del adulto mayor que atribuye pasividad en la recepción de ayuda e indirectamente se le considera incapaz de buscar recursos propios o salir del ámbito familiar para gestionar la satisfacción de sus necesidades minimizándose su papel en la comunidad. Esto se ve reforzado con el individualismo que caracteriza a la sociedad contemporánea, el aislamiento y la falta de sentimiento de pertenencia en las grandes ciudades.

Cobra relevancia el estudio de los apoyos sociales, dada las dificultades para el financiamiento de políticas y programas destinados al mantenimiento físico y material de la población de adultos mayores. Por ese motivo, la familia y las redes sociales provistas en el marco de la comunidad se constituyen en áreas estratégicamente relevantes vinculadas al bienestar del adulto mayor.

Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren; se estructuran y toman sentido los roles sociales; contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evita el aislamiento (Pillemer et al, 2000) e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores.

II. Aspectos demográficos y socio - económicos

Tabla 1.

Indicadores demográficos		
Censo 2004		Proyecciones 2025
Población total	3.241.003	3.519.821
Población total femenina	1.675.470	1.810.882
Población total masculina	1.565.533	1.708.939
Esperanza de vida	Hombres	75.39
	Mujeres	82.01
Esperanza de vida a los 60 años	15.6	
Tasa bruta de natalidad	15.5/1000	13.03
Tasa global de fecundidad	2.01	1.88
Tasa bruta de mortalidad	9.76/1000	9.26
Tasa de mortalidad infantil	13.88	8.62
Edad mediana de la población	32.40	36.50
Tasa de crecimiento natural	5.40	0.247

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población, revisión 2005. / Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Salud Pública y Proyecciones de Población, revisión 2005. / INE – Instituto Nacional de Estadística – Censo Fase I – 2004

El 17.7% de la población uruguaya alcanza y sobrepasa los 60 años de edad. La población uruguaya exhibe al presente una estructura por edades que la caracterizan como demográficamente envejecida. En estado de envejecimiento avanzado.

Presenta un alto índice de urbanización, mayor al 90%, comportamiento que se debe en su mayor parte a corrientes migratorias rurales – urbanas.

Un signo más del envejecimiento progresivo es dado por la evolución de la relación entre la población joven –menores de 15 años- y la adulta mayor, denominado Índice de Renovación de la estructura por Edades. (Chesnais, 1990). A comienzos del Siglo XX había 14 jóvenes por cada adulto mayor; a fines del Siglo XX la relación fue de 2 a 1 y hacia el 2050 la relación será de 0.9 a 1, con lo cual los adultos mayores superarán numéricamente a los jóvenes.

Otras dos características que emergen dentro del proceso de envejecimiento son: el envejecimiento de los adultos mayores, o sea, aquellos adultos mayores de 80 y más crecen a una tasa más alta que la del resto de los adultos mayores. Este proceso se denomina “envejecimiento de los adultos mayores”, y la segunda característica es la predominancia de la población femenina de 65 y más lo que da lugar a la designación de feminización del

envejecimiento. Esto se agudiza al avanzar la edad. Esta tendencia se acentúa si consideramos la participación social de las personas mayores.

También se destaca en las mujeres la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Las diferencias de género colocan a las mujeres en una situación de notoria desventaja al considerar condiciones socio – económicas y condiciones de vida. Existe mayor predisposición a la soltería y a la viudez en razón de su mayor sobrevivencia. Asimismo, en la población de 60 y más el 20% reside en hogares unipersonales (24% mujeres y 13% hombres). El 30% vive en hogares sólo con su pareja (23% mujeres y 39% hombres).¹

La situación de vivir solos se transforma en riesgo que afecta a la familia y a la comunidad y comienzan a experimentar situaciones de abandono en cuanto a aseo personal y de la vivienda, así como dejar de alimentarse adecuadamente. Existe el riesgo de no recibir asistencia inmediata ante situaciones de crisis. Los bajos recursos económicos agravan la situación. Más del 70% de la población adulta mayor es jubilada (57%) o pensionista (15%). Esto último alcanza mayoritariamente a las mujeres mayores (Montevideo 20% e Interior 25%). En la población jubilada los varones representan el 68% y solo la mitad de las mujeres mayores tienen esta condición. Cerca del 13% de las mujeres mayores figuran como inactivas.²

En la situación de la mujer incide las formas y estilos de vida de las generaciones más viejas, en las que la inserción de la mujer al mercado de trabajo era muy reducida y con salarios inferiores a los varones. Sus ingresos actuales provienen de pensiones, jubilaciones y ayudas familiares. La mayoría de las mujeres adultas mayores de hoy no tuvieron la oportunidad de insertarse en actividades fuera del hogar habiendo estado la mayor parte de su vida dedicadas a la crianza de sus hijos y cuidado de los padres.

El nivel de instrucción de los adultos mayores es un factor que condiciona en gran parte su estilo de vida. Tienen relativamente baja escolaridad; El 65% de los adultos mayores tiene entre 0 y 6 años de estudio; el 23% entre 7 y 12 años; el 12% restante puede asimilarse a un nivel terciario. Los años de estudio son mayores en Montevideo que en el Interior y disminuyen a medida que avanzan las edades.³

En Montevideo, la capital del país, se concentra la mitad de la población uruguaya y presenta un envejecimiento más acentuado con relación al total del país. El porcentaje de población mayor de 60 años alcanza al 20% de la población montevideana, y se enfatiza aún más la diferenciación por sexo ya que las mujeres mayores representan el 23% de la población femenina, mientras que los hombres mayores solo representan el 16%.⁴

¹ Datos de ECH-2004 en Escenarios futuros en políticas de vejez: oportunidades y rupturas. S. Huenchuan; M. Paredes. Pag. 13.

² Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. S. Huenchuan; M. Paredes. Pag. 11 y 12.

³ Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. S. Huenchuan; M. Paredes. Pag.12

⁴ Escenarios futuros en políticas de vejez: continuidades y rupturas. S. Huenchuan; M. Paredes. Pag. 11.

El 29.8% de la población del país se encuentra bajo la línea de pobreza, de los cuales el 9.4% son adultos mayores de 65 años.⁵ El 10.6% de adultos mayores del Departamento de Montevideo y el 8.0% de adultos mayores del interior se encuentran en esa situación, constituyendo el grupo etario con mas bajo porcentaje de pobreza (Tabla 2 y 3).

Tabla 2.

Población bajo la línea de pobreza			
	Total	Montevideo	Interior
Total	856.800	415.600	441.200
%	29.8	30.2	29.5
Total AM 65 años y más	34.900	21.300	13.600
%	9.4	10.6	8.0

Fuente: INE - Instituto Nacional de Estadística. Comunicado de Prensa Abril 2006 "Encuesta Continua de Hogares. Incidencia de la pobreza en 2005".

Tabla 3.

Proporciones de personas pobres por grupos de edades	
Grupos de edades	Porcentaje de personas pobres
Total	29.8
Menos de 6 años	54.5
De 6 a 12 años	51.7
De 13 a 17 años	43.1
De 18 a 64 años	26.2
De 65 años y más	9.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Última información disponible año 2005.

Dentro de la población adulta mayor también existen diferencias según grandes grupos de edad (60 – 74 años y 80 años y más). En el último Censo Fase I – 2004 la mayor proporción de personas mayores (67%) tiene entre 60 y 74 años y el 18% es mayor de 80 años. Estas cifras han ido en aumento ya que en el censo de 1996, las personas mayores de 80 años representaban el 16% de la población de 60 y más. Cabe destacar el crecimiento porcentual de las mujeres en este grupo etario (80 años y más) puesto que en la actualidad representan el 21% de las mujeres mayores (Tabla 4).⁶

⁵ Método de la línea de pobreza: La línea de pobreza identifica a los pobres en función de la adecuación de su capacidad de consumo, o poder adquisitivo, medido a través de sus ingresos. La estimación de la línea de pobreza parte de la canasta básica alimentaria, que se realiza sobre la base de la encuesta de gastos e ingresos de los hogares. Está situada para mayo de 2006 en los siguientes valores: para Montevideo \$1.194 y para el resto del país \$907. Estos valores son per capita y mensuales. Si los ingresos de un hogar no alcanzan estos valores por cada uno de sus miembros, éstos se encuentran en situación de indigencia o pobreza extrema. La línea de pobreza se encuentra a valores de mayo de 2006 en \$4.096 para Montevideo y \$2.564 para el resto del país. Estos son valores promediales tomados de los coeficientes que se aplican a la Canasta Básica Alimentaria. Si los ingresos de un hogar no alcanzan estos valores por cada uno de sus miembros, éstos se encuentran en situación de pobreza.

⁶ Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. S. Huenchuan; M. Paredes. Pag. 11.

Tabla 4.

Adultos mayores por grupo de edad *									
	Censo 1996			Censo 2004			Proyección 2025		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
60 y más	237.847	322.281	560.128	239.174	335.264	574.438	309.153	428.602	737.755
60-74	176.998	216.274	393.272	169.738	212.723	382.461	220.744	266.278	487.022
75-79	30.607	46.281	76.888	34.928	52.920	87.848	40.456	60.996	101.452
80 y más	30.242	59.726	89.968	34.508	69.621	104.129	47.953	101.328	149.281
Total	1.569.584	1.665.965	3.235.549	1.565.533	1.675.470	3.241.003	1.708.939	1.810.882	3.519.821
60 y más / población total	15,2%	19,3%	17,3%	15,3%	20,0%	17,7%	18,1%	23,7%	21,0%
60 - 74	74,4%	67,1%	70,2%	71,0%	63,4%	66,6%	71,4%	62,1%	66,0%
75 - 79	12,9%	14,4%	13,7%	14,6%	15,8%	15,3%	13,1%	14,2%	13,8%
80 y más	12,7%	18,5%	16,1%	14,4%	20,8%	18,1%	15,5%	23,6%	20,2%

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población, revisión 2005. / Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Salud Pública y Proyecciones de Población, revisión 2005. / INE – Instituto Nacional de Estadística. Censo Fase I – 2004.

El perfil poblacional del Uruguay es similar al de los países desarrollados, sostenido sobre una estructura socio – económica de país subdesarrollado.

Un nuevo sector que ha surgido, con características propias, denominado “jóvenes – viejos – jóvenes”, ampliando la clasificación existente que divide a los adultos mayores en “viejos – viejos” y “viejos – jóvenes”. Este sector se conformaría por aquellos que poseen entre 50 y 60 años, que se encuentran en una doble disyuntiva, de que a pesar de ser jóvenes psíquica, física y con posibilidades de ser económicamente productivos, el mercado los ha expulsado caracterizándolos como viejos improductivos. Son cronológicamente jóvenes, pero el sistema de protección social no está preparado para absorber la demanda de esta franja de la población, sumiéndolos en una situación de marginación y de exclusión y engrosando la franja denominada “nuevos pobres” (Minujin – Kesler, 1980-90).

Como consecuencia, en el futuro, será cada vez menor la franja de adultos mayores que posea un ingreso y una cobertura social que les permita un nivel digno de vida.

III. Importancia estratégica⁷

El término *Red* alude a un tejido cuya utilidad principal es la de apresar y contener. Actualmente se utiliza el concepto para describir la realidad en su conjunto donde existe interdependencia de cada uno de los elementos que la componen. Tiene atributos de “contención”, “sostén”, “estructura”. Permite

⁷ Extraído del Documento presentado en el Seminario “Tercer Sector: una cuestión de debate”. Publicado en Revista de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad Católica Argentina. Febrero, 1999.

avanzar en la reconstrucción del tejido social sobre la base de vínculos interpersonales sustentado en los valores de igualdad, libertad y solidaridad.

El trabajo en red como práctica social es de carácter estratégico dado que posibilita la generación de un modelo cultural alternativo que facilita la integración del individuo en el sistema social de pertenencia. Asimismo, posibilita la generación de espacios de igualdad en contextos donde convergen intereses diversos. La intervención en red constituye un auténtico aporte a la participación social.

Cambios sucedidos a partir de la segunda mitad del Siglo XX vinculados a la ciencia y la tecnología; el fenómeno de la globalización y sus consecuencias en la modificación del sistema productivo; la pérdida de valores trasladados al sistema de creencias; procesos de disolución de los vínculos sociales; pérdida de identidades tradicionales, lo familiar parecieron desintegrarse; pérdida de relaciones sociales estables y tradicionales.

Algunos han percibido este período como “final”; otros, como una necesidad de “ponerse en movimiento”. Esto ha dado lugar a la aparición de diferentes movimientos definidos como agentes colectivos que intervienen en el proceso de transformación social y se caracterizan por ser estructuras laxas, descentralizadas y heterárquicas. Permiten ser visualizados como red de redes.

La realidad es una construcción siempre en proceso; se construye en nuestra interacción con los demás. Desde el punto de vista sociológico, es producto de una serie de relaciones, vínculos y mecanismos de acción. La concepción del mundo y de lo social como una red implica el reconocimiento del otro, la aceptación de la diversidad y posibilita la conformación de sujetos sociales que coadyuvan al fortalecimiento de identidades y a la concreción de un conjunto de valores y pautas colectivas.

La consolidación de las redes sociales constituye una forma de recuperar la “contención” y contribuye a una mayor integración social. El trabajo en red alienta el establecimiento de vínculos solidarios, posibilita los acuerdos estratégicos y soluciones de conjunto. Genera un valor agregado diferente a cada una de las partes que lo componen y es lo que conduce a la generación de alternativas y a introducir el cambio.

El funcionamiento en red permite: establecimiento de vínculos personales e institucionales más homogéneos; surgimiento de orientaciones comunes; favorece la colaboración mutua; evita la centralización del poder; aumenta la capacidad de respuesta potenciando el aporte de cada una; permite el surgimiento de complementariedades; contribuye a la movilización permanente de recursos aumentando la capacidad productiva; genera sinergia; colabora en la construcción de identidad; otorga visibilidad y sentido a la acción de conjunto y contribuye –a partir de una gestión participativa- al reconocimiento del conjunto de las organizaciones como un actor social específico.

A través de un proceso de reflexión sobre las historias de cada organización, fortalezas y debilidades, se apuntó a construir vínculos de cooperación e

intercambio entre las organizaciones y entre sus miembros activando redes de solidaridad existentes y apoyando la generación de nuevas. No significa únicamente coordinación de acciones sino que la complementación acarrea potencialidades adquiridas a partir de la movilización y el desarrollo de las capacidades de las partes. Constituye una fuerza nueva, producto del relacionamiento, de trabajar en conjunto, de compartir experiencias, de búsqueda de alternativas comunes y de innovación. Contribuye a generar un nuevo escenario que nivele el desequilibrio de fuerzas y construya consenso.

IV. Marco normativo

En este apartado se hace referencia al marco normativo que surge de Conferencias internacionales en las que ha participado el Banco de Previsión Social.

1. Nivel Mundial

La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento que surge de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en Abril del 2002, en la que ha participado nuestro país y el Banco de Previsión Social, refieren en sus diferentes artículos y recomendaciones –entre otras temáticas- a la promoción de sistemas de apoyo social a los adultos mayores y al trabajo conjunto con voluntarios, organizaciones de adultos mayores y comunidad en general.

2. Nivel Regional

La Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que surgió de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento realizada en noviembre del 2003, en la que nuestro país participó, constituyó una instancia de análisis e intercambio sobre la situación de los adultos mayores en la región.

En dicha Estrategia se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de los adultos mayores constituyendo un marco de referencia regional que cada país adapta a sus realidades nacionales acorde a las necesidades e intereses de los adultos mayores. Entre sus recomendaciones refiere a la creación de redes de apoyo como mecanismo de protección al adulto mayor, así como el apoyo a las organizaciones de adultos mayores

3. Nivel Nacional

3.1. Ley No. 17.796 de Promoción Integral de los Adultos Mayores⁸

Establece que deberá seguirse el modelo de “cuidados progresivos” privilegiando la atención de base comunitaria, generando servicios alternativos así como condiciones para que –cuando fuere posible- la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar. Asimismo, estimulando la

⁸ El Decreto Reglamentario de la Ley No. 17.796 de Promoción Integral de los Adultos Mayores aún no ha sido aprobado.

participación activa del adulto mayor en diversas actividades así como la creación de instituciones que lo agrupen para mantener niveles de integración social y actividad que le permitan gozarla plenamente.

3.2. Ley No. 15.800 Inc. 4 numerales 9 a 13

Refieren a la promoción social e individual de los beneficiarios de la seguridad social así como a la complementación de la protección básica del sistema a través de la transferencia de bienes y servicios a sus afiliados y demás beneficiarios.

3.3. Plan Estratégico Banco de Previsión Social 2006 - 2010

En su Directriz Estratégica No. 4: “Potenciar la relación del BPS con entidades públicas y privadas a nivel nacional e internacional” refiere al incremento de la participación de estas entidades y al fomento de su desarrollo; a la coordinación de acciones; a la mejor utilización de los recursos y al intercambio de información, destacándose dentro de los lineamientos de planificación “Fomentar el diálogo social y el fortalecimiento de las organizaciones sociales”. La promoción de la participación de las organizaciones sociales se encuentra en las bases institucionales del Organismo debiéndose desarrollar acciones tendientes a la formación y fortalecimiento de las mismas. Se destaca, asimismo, la potenciación de los mecanismos de coordinación –entre otras acciones- emprendiendo acciones conjuntas.

V. Marco conceptual

El sistema de apoyo social constituye un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona mayor ocupa el lugar central. Las organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles constituyen el anillo exterior. Ellas adjudican la política pública y social concerniente al adulto mayor. Luego aparecen los organismos gubernamentales y privados que implantan las políticas sociales y ofrecen los servicios establecidos por Ley. Constituyen la parte formal del sistema de apoyo social. Las organizaciones semi formales desempeñan una función de ayuda a través de diferentes servicios. Comprenden las organizaciones religiosas y comunitarias no gubernamentales. Mas cerca de la vida diaria están los familiares, vecinos y amigos que componen el sistema informal de apoyo.

El sistema informal de apoyo se distingue del organizacional por el hecho de que los miembros de la red informal de apoyo son seleccionados por el adulto mayor entre su familia, amigos y vecinos. Los sistemas de apoyo informal son a los que recurren inicialmente cuando necesitan algún tipo de ayuda. El apoyo social comprende unos elementos que protegen a las personas de la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades mentales o físicas. Juega un papel muy importante en prevenir la enfermedad y mantener un estado adecuado de salud y de bienestar personal.

En síntesis, las personas que no disfrutaban de una protección social son más vulnerables a los cambios vitales.

Los primeros estudios sobre redes sociales fueron realizados por antropólogos sociales en la década del 50. Elizabeth Bott refiere a que “el entorno social inmediato de una familia urbana está constituido más bien por una red que por un grupo organizado. Una red es una configuración social en la que algunas unidades externas mantienen relaciones entre sí”.

En la década del 70 se realizaron más investigaciones y discusiones sobre el tema.

En relación a la génesis del término *Red Social* se distinguen dos corrientes: la anglosajona y la latinoamericana.

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb (1976) refería a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental. Walker y col. (1977) las definieron como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire (1980) se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en casos de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) refiere al beneficio emocional y a los efectos sobre la conducta a partir de dichas interacciones.

No obstante ello, la extensión de los contactos así como su estructura y composición no es garantía de apoyo existiendo situaciones de depresión, maltrato, violencia o negligencia.

Pearlin (1985) refiere a las redes sociales como toda la gente con la cual un individuo debe tener contacto o algún tipo de intercambio.

House y Kahan (1985) refieren distinguen a las redes sociales de los apoyos sociales y de la interacción social. Las redes sociales son estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad lo que representa una forma de relaciones sociales; apoyo social es definido a través del contenido funcional de las relaciones sociales como lo emocional, lo instrumental y la información; interacción social se refiere a la existencia o cantidad de relaciones.

Las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial. La idea del intercambio de apoyos es la esencia de la existencia de las redes. Ella permite la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales.

Las redes de reciprocidad –en especial en la ancianidad- cumplen funciones de seguridad social y protección, lo que da a los mayores un cierto margen de estabilidad y seguridad, en un momento en que las continuas pérdidas y su propia declinación, hacen que la posible ayuda o el poder recurrir al otro

se constituya en un recurso organizador de la vida y se convierta en si mismo en una “estrategia de supervivencia”. (Oddone, 2001).

En la red ampliada participan además las distintas organizaciones comunitarias e institucionales, como iglesia, centro de salud, organización vecinal, escuela, organizaciones de adultos mayores, centros deportivos, sociales, culturales, etc.

Para Elina Dabas (1993) existen numerosas posibilidades de acción comunitaria y organización de la sociedad civil a partir de las redes. Las redes comunitarias pueden ser estudiadas desde la perspectiva del individuo, la familia o la comunidad. A través de las redes comunitarias puede darse solución a problemas específicos (alimentación, educación, grupos de autoayuda, proyectos productivos, etc.).

Dicha autora (1998) la define como “un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”.

La red social es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar su problema común. Cada miembro se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. (Dabas, 1998).

En la literatura se expresa la diferencia entre red social y red comunitaria; en la primera el individuo es el centro, no la comunidad. Surgen redes comunitarias a partir de grupos que se organizan para alcanzar determinados objetivos comunes. En las redes comunitarias, el actor no es un espectador pasivo. Rompe con el paradigma del relacionamiento social individual apuntando al trabajo en colectivo.

Constituyen una práctica simbólica – cultural⁹ que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro que se produce ante dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.

Las redes representan en sectores desfavorecidos “un sistema informal de seguridad social para la supervivencia (Lomnitz, 1988) que tiende a satisfacer

⁹ Significa que las normas de sociabilidad que rigen los intercambios al interior de las redes varían de una cultura a otra.

aquellas necesidades no cubiertas por el sistema formal (Estado y mercado)". El intercambio recíproco se constituye en un sistema de solidaridad mutua.

No solo la necesidad material es la motivación principal para formar parte de una red, sino que las necesidades emocionales y cognitivas juegan un papel relevante especialmente para las personas mayores.

1. Topología de redes sociales

Entre las redes sociales de apoyo para adultos mayores se distinguen las redes familiares de apoyo, las redes de no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, conocidos, etc.), las redes comunitarias y aquellas vinculadas con instancias gubernamentales.

La diferencia entre las redes familiares y no familiares están dadas por los niveles de proximidad, confianza e intimidad, intensidad de la relación y reciprocidad entre pares. Las redes comunitarias se establecen mediante un criterio imaginario de grupalidad. Una de sus características es la territorialidad y el sentido de pertenencia a un grupo donde se comparten características semejantes. Incide la cercanía geográfica o la vecindad.

Existen diferentes criterios para tipificar las redes acorde al tipo de intercambio y a la interconexión entre sus miembros.

De acuerdo al primer criterio existen tres tipos de redes:

Redes basadas en la reciprocidad

Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios

Redes basadas en el mercado

De acuerdo al segundo criterio existen dos tipos de redes:

Redes basadas en contactos personales. Se basa en relaciones personales de cada individuo. Ante la pérdida de un miembro la red sigue existiendo.

Redes basadas en contactos grupales. Se basa en el intercambio entre todos los integrantes de la red. La pérdida de un miembro puede afectar toda la red.

2. Redes de apoyo social y capital social

Según Coleman (1990) se entiende por capital social a "los sentimientos compartidos de pertenencia social a redes y comunidades, por los cuales es posible acceder a los recursos de todo tipo que circulan en tales redes y comunidades".

La CEPAL (2002) identifica estrategias para desarrollar el capital social a través de:

- Aumento de la capacidad de movilización de grupos a través del empoderamiento y fortalecimiento del liderazgo.
- Expansión y fortalecimiento de las redes sociales de un grupo a través de la asociatividad.

Se pueden distinguir tres tipos de capital social de las personas mayores:

- *Capital social individual.* Está dado por sus vínculos con otros individuos (familiares, vecinos, amigos de toda la vida, dirigentes locales, etc.) ponderados con algún criterio de calidad.
- *Capital social comunitario.* Está dado por la existencia de redes de apoyo (familiares, no familiares, comunitarias e institucionales – públicas, privadas, no gubernamentales-) ponderados por la relevancia de éstas. Por las opciones de acceso a las redes (cobertura, criterios de inclusión y estabilidad). La vinculación de los individuos con las redes. El clima de confianza, solidaridad y reciprocidad que perciba.
- *Capital cultural.* Esta dado por el reconocimiento de su papel sociocultural, o sea, la valoración de su experiencia, aporte, trayectoria,

3. Redes de apoyo social y calidad de vida en adultos mayores

Las redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores no solamente en la mejoría en el plano de apoyo material e instrumental sino también por el impacto en lo emocional. La presencia o ausencia de esa red pronostica el nivel de autonomía y bienestar de una persona mayor (Hooyman, 1988).

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales a lo largo de su vida. Pertenecer a una red social no significa que el apoyo sea constante. Puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de las personas. Es importante conocer la frecuencia, la calidad, la efectividad y la disponibilidad de los apoyos así como la percepción subjetiva que los adultos mayores tienen de los mismos.

Se entiende por apoyo social “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Kahn y Antonucci, 1980). Cobra importancia el tipo, fuente, frecuencia y valoración de la calidad del apoyo (Antonucci y Jackson, 1987). Las transacciones interpersonales se denominan “transferencias” considerándose cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas.

Las fuentes de apoyo pueden ser formales e informales. El sistema formal de apoyo posee una estructura burocrática (Sanchez Ayendez, 1994). Es brindado a través de las políticas públicas que se traducen en programas regulares de prestación de servicios, otorgamiento de subsidios, acciones específicas o prestaciones sociales (Barros, 1994).

El sistema informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. Las fuentes de apoyo de las personas mayores están constituidas por: familia, amigos, vecinos y organizaciones comunitarias. Se distingue del primero por su

naturaleza no burocrática (Sanchez, 1996). Esta fuente es un recurso esencial en la provisión de asistencia afectiva, instrumental y financiera. En un contexto de escasez de recursos públicos, el sistema informal es el que da más asistencia a las personas mayores (OPS, 1989; Sanchez Ayendez, 1986; Barros, 2002; Arias, 2002).

Las redes informales personales se estructuran sobre la base de contactos mas o menos frecuentes y de relaciones significativas desarrolladas por un período mas o menos largo o durante toda la vida (Antonucci y Akiyama, 2001).

Cuando se habla de la familia se parte de la idea de que ésta debe ser el espacio privilegiado de los apoyos, pero la capacidad de la familia para asumir responsabilidades está siendo afectada por los cambios demográficos y especialmente la baja fecundidad al disminuir el número de miembros potenciales dadores de apoyo; la mayor participación de la mujer en la actividad económica afectan la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental; los cambios en los patrones de nupcialidad y una cuarta edad creciente con mayores necesidades y demandas.

Las redes de amigos y vecinos constituyen fuentes de apoyo importantes. El apoyo de los vecinos es considerado significativo en los casos de personas adultas mayores que no cuentan con redes de apoyo. En algunos casos los vecinos pueden asumir el rol de la familia ausente.

Los apoyos de las redes comunitarias provienen de organizaciones que dirigen su accionar a los adultos mayores a través de apoyo instrumental, material o emocional. Existen otro tipo de organizaciones en las que los adultos mayores participan activamente por ej. Clubes.

Las redes de apoyo no son entes inmutables y permanentes. Las transiciones por las que pasa una persona a lo largo de su vida puede causar interrupciones en su integración social y familiar (Pillemer et al. 2000). Estudios han demostrado que las experiencias tempranas son factores importantes en la determinación de las redes de apoyo en la tercera edad. En situaciones de pobreza disminuyen las posibilidades de activar redes así como se ven amenazados los patrones de intercambio de apoyo intrafamiliar.

El apoyo social en término de conversaciones telefónicas, visitas de familiares, amigos y vecinos, participación en actividades sociales tienen un impacto positivo en la salud que aumenta cuando la actividad que el adulto mayor realiza es significativa y no se limita a una asistencia pasiva (M. Krassoievitch, 1998). No obstante, en la incidencia del apoyo social como potenciador de la calidad de vida incide la valoración subjetiva del propio sujeto.

Para su bienestar físico, psicológico y social, el individuo requiere su integración en redes sociales comunitarias, redes que contienen y canalizan la afectividad y en las que se vuelca la capacidad de solidaridad y responsabilidad hacia el otro, redes que confieren identidad y sentido (Ludi, 2005).

La pertenencia a una organización de adultos mayores contribuye al mantenimiento de la autonomía, al aumento de la autoestima, tiene efecto en la identidad social y el sentido de pertenencia así como también contribuye al intercambio de información, proporciona compañía y afectos (Barros, 1991). Constituye un espacio de libertad personal, de cuidado de sí mismo, un encuentro afectivo, un espacio de compañía y un espacio de seguridad.

Investigaciones en relación al tema (Arias, 2002) destacan la incidencia de las características de la red de apoyo sobre el bienestar psicológico de las personas de edad avanzada, lo que pone de manifiesto la relevancia de las intervenciones sociales y comunitarias orientadas a dicho grupo etario basadas en el apoyo social, para lo cual es primordial diseñar programas que promuevan la participación de las personas mayores a través del voluntariado u otros a los efectos de que sean partícipes activos de las políticas sociales asumiendo un rol protagónico en la solución de sus demandas colectivas. Las redes comunitarias constituyen un espacio que las políticas sociales deben identificar y fomentar para todos los grupos sociales. Contribuye a reformular la visión estereotipada de la vejez y proponer una imagen alternativa que dignifique al adulto mayor y de otro sentido a la vida misma.

4. Las organizaciones de adultos mayores

Constituyen espacios de participación que posibilitan la construcción de ciudadanía de las personas mayores así como también constituyen “lugares” solidarios a partir de estrategias organizacionales entre pares. Estos espacios constituyen intentos por optimizar las condiciones de vida de los mayores (Bidegain, Fassio, Golpe, 1999) en los que transitan en diferentes grados la participación comunitaria, edificando una renovada identidad en el espacio social, definiendo problemas y buscando solución a los mismos. A partir de esta participación se satisfacen necesidades que no pueden ser cubiertas ni desde el quehacer público ni privado.

Ante las crecientes demandas de los adultos mayores –grupo poblacional en aumento-, los cambios a nivel familiar y las dificultades del Estado para dar cobertura a las mismas, las organizaciones de personas mayores pueden ser una alternativa de recurrencia mucho más masiva hacia la satisfacción de necesidades de los mayores más vulnerables así como en la reivindicación de su condición de ciudadanos.

Se conoce como sector “sin fines de lucro”, “organizaciones no gubernamentales”, “organizaciones de la sociedad civil” o “Tercer sector”. Dicho universo comprende un abanico heterogéneo de organizaciones que tienen en común las siguientes características:

- *Organizadas*: tienen cierto grado de formalidad institucional;
- *Privadas o no gubernamentales*: están institucionalmente separadas del Estado;

- *No distribuyen ganancias*: no reparten ganancias entre sus dirigentes o miembros;
- *Autónomas*: ejercen el control de sus propios asuntos;
- *Voluntarias*: la membresía no es compulsiva entre los asociados y, además, obtienen contribuciones voluntarias de tiempo y/o dinero.

VI. Acciones del Banco de Previsión Social y evolución del trabajo en red

A partir de la década del 90 el Banco de Previsión Social a través de la Gerencia de Prestaciones Sociales viene desarrollando un proceso de intervención sistemático con organizaciones sin fines de lucro de / para adultos mayores en diferentes niveles, en el marco de su Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada, a través de acciones de sensibilización, de promoción de nuevos grupos u organizaciones, del fortalecimiento de las existentes y actualmente de la activación de redes locales, departamentales, regionales y nacionales.

Cuenta con una base de datos de organizaciones de la sociedad civil para / de adultos mayores denominada Registro Nacional de Instituciones, con una sistemática actualización de datos que integra: Hogares de Ancianos, Clubes de Personas Mayores, Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, Centros Diurnos, Refugios Nocturnos así como otras organizaciones de apoyo al adulto mayor, los cuales firman un convenio de adhesión voluntaria con el BPS. Actúan al frente de las mismas más de 3.000 dirigentes voluntarios.

La cantidad de beneficiarios jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social mayores de 60 años asciende a 453.006 (Junio 2006). El 63% son mujeres (285.880) y el 37% son hombres (167.126). (Tabla 5).

Tabla 5.

Cantidad de pasivos por tramos de edad, según sexo					
	60 – 64 años		65 años y más		Total
	H	M	H	M	
Jubilados	17.639	18.950	137.293	166.681	340.563
Pensionistas	375	16.667	893	64.458	82.393
Pensión Vejez	1.581	1.961	9.345	17.163	30.050
Total	19.595	37.578	147.531	248.302	453.006

Nota: Los pensionistas que cobran una jubilación figuran solo como jubilados.

Fuente: Repartición Informática. Junio 2006.

1. Programa en ejecución

Las acciones con las organizaciones de adultos mayores se llevan a cabo a través del Programa denominado “*Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada*”. Entre sus líneas de acción se destaca:

- Promover la participación e integración social de las personas mayores, contribuyendo a lograr un envejecimiento activo, saludable y productivo.
- Promover el voluntariado a nivel nacional a favor de las organizaciones de adultos mayores, estimulando prácticas solidarias y revitalizando el tejido social.
- Fortalecer espacios asociativos, potenciando la autogestión de las organizaciones privadas sin fines de lucro.
- Promover la creación de servicios o actividades en organizaciones existentes y/o en formación que den satisfacción a necesidades y demandas de los adultos mayores en la comunidad.
- Estimular y promover el trabajo en redes organizacionales y comunitarias en procura de la integración activa de los adultos mayores, articulando y coordinando con organismos públicos y organizaciones privadas.

El fortalecimiento de dichas organizaciones se efectúa a través del asesoramiento técnico multidisciplinario, la capacitación a sus dirigentes voluntarios y –de corresponder- a los empleados de los hogares de ancianos así como apoyos económicos para proyectos de interés social. Desarrollan diversas actividades y prestan servicios adecuando la oferta a las necesidades y demandas identificadas en la población de adultos mayores (Tabla 6).

Tabla 6.

Actividades y Servicios a cargo de Organizaciones de Adultos Mayores	
Actividades	Servicios
Sociales	Jurídicos
Culturales	Alojamiento
Recreativos	Rehabilitación
Religiosos	Alimentación
Gremiales	Lavandería
Difusión	Peluquería
Información	Emergencia móvil
Físicas	Fisioterapia
Educativas	Atención médica
Artesanales	Podología
Formación	Enfermería
Capacitación	Sala de lectura
Voluntariado	Acompañamiento
	Merendero
	Ayudas técnicas
	Biblioteca
	Centro diurno

Fuente: Fichas de Registro Nacional de Instituciones. Gerencia de Prestaciones Sociales

La cantidad de usuarios de las 461 organizaciones de adultos mayores, según datos del Registro Nacional de Instituciones (Tabla 7), asciende a: 71.912 adultos mayores de los cuales 2.938 son residentes de hogares de ancianos. De acuerdo a la cantidad de jubilados y pensionistas del BPS de 60 años y más y a los usuarios de actividades o servicios de las organizaciones de adultos mayores, la participación es del 15%.

Tabla 7.

Organizaciones de Adultos Mayores				
Departamento	Hogares de Ancianos	Asociaciones de Jubilados y Pensionistas	Clubes de Adultos Mayores	Servicios Externos
Artigas	2	3	1	1
Canelones	12	19	27	1
Cerro Largo	4	3	0	1
Colonia	12	15	13	1
Durazno	2	3	2	3
Flores	1	2	2	1
Florida	3	9	5	1
Lavalleja	6	1	6	1
Maldonado	4	4	8	4
Montevideo	21	34	78	26
Paysandú	3	8	6	2
Río Negro	3	6	0	1
Rivera	1	3	4	1
Rocha	4	5	14	1
Salto	2	6	3	1
San José	4	6	5	1
Soriano	4	6	3	2
Tacuarembó	2	5	0	1
Treinta y Tres	2	1	2	1
Total	92	139	179	51

Fuente: Registro Nacional de Instituciones. Gerencia de Prestaciones Sociales. Setiembre 2006.

2. Las redes sociales como modelo de intervención territorial

La institución tradicional presenta problemas, evidenciándose rigidez ante los cambios, estructura burocrática, jerárquica, distancia entre los beneficiarios o población-objetivo y los servicios, desterritorialización, etc. A esta visión se contraponen la idea de red social. Esta preexiste a cualquier tipo de intervención. No se contraponen con las organizaciones sino que permiten pensarlas en tanto sistemas de relaciones que construyen significados en la interacción. La red aporta la horizontalidad.

El trabajo en redes en el ámbito territorial permite avanzar en procesos de concertación de actores, capaces de articularse en torno a proyectos colectivos.

El Banco de Previsión Social a través de la Gerencia de Prestaciones Sociales, en el marco del Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil

viene desarrollando distintas experiencias tanto a nivel local como departamental, regional y nacional con resultados positivos. Dicho relacionamiento horizontal entre actores con una conciencia común de pertenencia a su localidad / departamento, etc. y objetivos comunes han generado iniciativas con proyecciones importantes de desarrollo en beneficio de la población-objetivo.

En el marco de procesos de descentralización es de fundamental importancia la promoción de estos dispositivos organizacionales así como la contribución a la generación de condiciones que faciliten la existencia de “vasos comunicantes” entre los diferentes actores.

VII. Conclusiones

Los adultos mayores se ven enfrentados a un desafío en tanto sujetos sociales conducente a adquirir cada vez mas un papel protagónico como actores sociales capaces de incidir sobre los temas que les son de importancia. Uno de los mecanismos mas pertinentes en dicho proceso es el fortalecimiento de las organizaciones de adultos mayores, comprendidos como espacios de participación y canalización de demandas.

El territorio opera como espacio de articulación de las interacciones entre los actores, para lo cual es importante generar las condiciones favorables para la misma. Existe la potencialidad hacia la búsqueda de consensos en torno a un proyecto colectivo en el marco de un clima social cooperativo. La identidad y el sentido de pertenencia constituyen facilitadores en dicho proceso. Generar entornos favorables constituye un insumo valioso para profundizar en los procesos de descentralización así como para generar políticas sociales de base territorial.

Los adultos mayores conocen sus problemas, capacidades y potencialidades, por lo cual es de gran importancia para lograr dar solución a sus problemas, la unión y la generación de redes a través del fomento de la participación activa de adultos mayores y organizaciones en temas que les competen. Asimismo, constituyen una estrategia de desarrollo social que contribuye a fortalecer las organizaciones y superar las limitaciones que poseen estas últimas, esto en cuanto a la necesidad de unir esfuerzos para crear un nivel de representación significativo y reconocido.

Las redes personales o comunitarias se transforman en la estructura de apoyo informal principal de las personas mayores, constituyen una iniciativa tendiente a fomentar la protección social y contribuyen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, accediéndose a las redes comunitarias a través de los grupos organizados de adultos mayores.

Situaciones emergentes en beneficiarios del Programa de Vivienda a partir del proceso de relocalización conlleva a la pérdida de seguridad en los contextos locales. El proceso de adaptación resulta más difícil cuando la inserción activa en la red social se ve afectada. Se produce un proceso progresivo de “desafiliación” (Castel, 1991) en el cual se van debilitando los ejes que posibilitan la pertenencia.

Metodologías de intervención basadas en el territorio así como en el trabajo en red, complementado con acciones socio – educativas tendiente a la adquisición de habilidades sociales y capacidades de autogestión, han evidenciado resultados favorables en el proceso de reconstrucción de redes de apoyo e integración social.

Asimismo, las organizaciones de adultos mayores se transforman en actores clave, habiendo valorado sus dirigentes como positivo el proceso de fortalecimiento tendiente a mejorar su gestión interna, su relacionamiento con la comunidad y la integración de redes así como una estrategia de desarrollo que permite abordar emprendimientos de mayor alcance potenciando los recursos disponibles.

Dicho proceso requiere aunar esfuerzos interinstitucionales a los efectos de avanzar en dicha línea, sustentada por recomendaciones internacionales, regionales y nacionales así como por el plan estratégico del Organismo, de manera tal de ampliar la cobertura de participación en las diferentes propuestas organizacionales a partir de un conocimiento más profundo de los intereses, necesidades, demandas y expectativas de los beneficiarios.

VIII. Recomendaciones

El objetivo de las recomendaciones es el fortalecimiento de las redes de apoyo social de los adultos mayores a los efectos de mejorar su calidad de vida y potenciar su desarrollo como sujetos de derechos.

1. Promoción de la autonomía y del envejecimiento activo. Habilitación de los adultos mayores como sujetos de derecho y promoción de su valoración en aportes a la sociedad a través de un proceso de empoderamiento, conducente a un cambio en la imagen social del adulto mayor así como promoviendo normativas que eliminen toda forma de abuso, negligencia o maltrato. Continuar el proceso iniciado en la década del 90 por parte del Banco de Previsión Social de promoción de la asociatividad y la participación de los adultos mayores, la formación de grupos y organizaciones autogestionarias así como la capacitación a sus dirigentes voluntarios para la mejora de la gestión y desarrollo de emprendimientos innovadores.. Asimismo, su inclusión en otro tipo de organizaciones no específicas de adultos mayores. La promoción de la solidaridad intergeneracional a través de la generación de espacios y oportunidades para que los adultos mayores puedan continuar contribuyendo a la comunidad lo cual es relevante para la transmisión cultural y la disminución de la brecha entre las generaciones.

2. Generación de redes sociales. Activación de mayor cantidad de sistemas de apoyo social a las personas mayores, desarrollando iniciativas de complementariedad de sistemas formales e informales coordinando entre los diferentes Organismos públicos y privados para una mejor utilización de los recursos. Como acción preventiva, promover la preparación para la jubilación a los efectos de evitar los impactos negativos de esta etapa. Capacitar a las personas que brindan apoyo a los adultos mayores con énfasis en la familia

promoviendo sistemas de apoyo a la misma y generando redes comunitarias de apoyo y contención. Promover acciones que apunten a garantizar la permanencia del adulto mayor en su entorno el mayor tiempo posible así como también generar oportunidades para la sostenibilidad de los sistemas de apoyo social, que deberán adecuarse a las necesidades de los adultos mayores a partir de la identificación de necesidades y expectativas de modo participativo.

3. Igualdad de oportunidades. Facilitar el acceso de los adultos mayores a los sistemas de apoyo social desarrollando programas y acciones con enfoque local vinculadas a su seguridad, apoyo afectivo, información sobre acceso a recursos, ocupación del tiempo libre, recreación con énfasis en aquellos en situación de vulnerabilidad que según la OMS son: los mayores de 80 años, los que viven solos con énfasis en el género femenino, los que están institucionalizados, los que están socialmente aislados, ancianos sin familia, ancianos dependientes, los que cuentan con escasos recursos económicos, aquellos que tienen bajo nivel sociocultural, carecen de redes sociales de apoyo y en situación de aislamiento emocional. El adulto mayor debe ser protagonista desde el lugar mas cercano: el barrio, con un criterio de interdependencia e intercambio intergeneracional.

Una estrategia importante en este aspecto es que el Estado adopte un rol proactivo, disminuyendo las desigualdades de apoyo social, garantizando apoyo presupuestario para fortalecer fuentes formales de apoyo o recurrir a la cooperación internacional cuando sea pertinente, previa identificación de mecanismos para atender las necesidades de los adultos mayores y promoviendo la participación de las organizaciones en dicho proceso.

4. Investigación. Profundizar en el conocimiento, a través de proyectos de investigación en relación al papel de las organizaciones de adultos mayores y de las redes comunitarias en la calidad de vida de dicho colectivo, valorando la necesidad de participación y el significado atribuido a la integración; asimismo, el impacto de la propuesta de las organizaciones de adultos mayores en relación con las necesidades y expectativas de los usuarios y potenciales usuarios así como la propuesta programática del Banco de Previsión Social en relación al tema constituyendo dichos estudios un insumo para la reformulación de las políticas en ejecución basado en criterios gerontológicos consensuados a nivel mundial.

IX. Bibliografía

Arias, C. (2002). Las redes de apoyo social en las personas de edad. Mar del Plata. Universidad de Mar del Plata. En Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. Investigación.

Barros, C. (1991). Viviendo el Envejecer. Cuadernos del Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Diciembre 1991. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de

apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Barros, C. (1994). Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor. Documento Instituto de Sociología. No. 60. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Barros, C. (2001). Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor. Ponencia presentada en el Simposio Antropología de la Vejez. IV Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile. Santiago. Noviembre, 2001. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Bidegain, L. , Fassio, A., Golpe, L. (1999). Secretos y obstáculos en la cocina de la investigación organizacional. Ponencia presentada en el IV Simposio de Análisis Organizacional, II del Cono Sur. Facultad de Ciencias Económicas. UBA. Agosto, 1999. En Fassio, A (2001): Redes solidarias entre pares. ¿Una alternativa posible para las personas de edad?. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Instituto de Investigaciones Administrativas. Centro de Estudios Organizacionales.

Castel, Robert, 1999: La metamorfosis de la cuestión social. Ed. Paidós. Buenos Aires.

CEPAL (2000): Cómo envejecen los uruguayos.

Dabas, Elina 1998: Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales.

Dabas, Elina 1998: Redes sociales, familias y escuela. Buenos Aires. En Articulación entre Estado y sociedad civil. Diseño e implementación de políticas sociales en el ámbito local en Uruguay. Javier Marsiglia y Matilde Suárez. Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).

Dabas, E. y Najmanovich, D. (1995). Redes: El Lenguaje de los Vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Paidós. Argentina.

Damonte, Ana María (1997): Género y población adulta mayor. La feminización del envejecimiento. Ministerio de Educación y Cultura / Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer.

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, abril 2002.

Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento. Cepal. Santiago de Chile, noviembre, 2003.

Huenchuan, S., Paredes, M. (2006): Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. CEPAL. CELADE. UNFPA. Montevideo, 2006.

Fassio, A (2001): Redes solidarias entre pares. ¿Una alternativa posible para las personas de edad?. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Instituto de Investigaciones Administrativas. Centro de Estudios Organizacionales.

Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Hooyman, N. (1988): Taking care: supporting older people and their families. New York.

INE / CEPAL – CELADE (1998): Uruguay: estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950 – 2050. Serie OI: No. 128, Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística –INE-. Uruguay. Actualización de datos al 2005.

Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (1997). Ministerio de Educación y Cultura, Uruguay. La feminización del envejecimiento.

Krassoievitch, M. (1998). Redes Sociales y Vejez. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México. En Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. Investigación.

Lomnitz, C. (1994). Redes Sociales, Cultura y Poder: ensayos de antropología latinoamericana. México. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Ludi, M. (2005). Envejecer en un contexto de (des) protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social. Buenos Aires.

Marsiglia, J., Suárez, M. Articulación entre Estado y sociedad civil. Diseño e implementación de políticas sociales en el ámbito local en Uruguay. Centro Latinoamericano de Economía Humana. CLAEH.

Minujin – Kesler (1980-90). En página web: La Página de los Grandes. Documento Envejecimiento y Vulnerabilidad. Buenos Aires, Argentina.

Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. Investigación.

Oddone, Ma. Julieta (1986). Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio. Revista Medicina de la Tercera Edad No. 4 y 5.

OPS. (1989). El reto del envejecimiento en América Latina. Resultados de la encuesta de necesidades de los ancianos en cinco países. Washington.

Pillemer, K. et al. (2000). Social Integration in the second half of life. John Hopkins University. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Plan Estratégico 2006 – 2010. BPS. Instituto de Seguridad Social.

Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social para adultos mayores. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a los Adultos Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CEPAL – CELADE. Diciembre 2002.

Registro Nacional de Instituciones. Banco de Previsión Social. Gerencia de Prestaciones Sociales. Setiembre 2006.

Repartición Informática. Banco de Previsión Social. Estadística Junio 2006.

Sánchez, C. (1996). Sistemas de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer. Conferencia Oficina del Gobernador Asuntos de la Vejez. San Juan de Puerto Rico. En Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2002): Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. Noviembre 2002.

Sánchez Ayendez, M. (1994). El apoyo social informal. En La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Publicación Científica No. 546. OPS. Washington.

Seminario Metropolitano del Adulto Mayor “Generando redes los adultos mayores mejoramos nuestra calidad de vida”. Centro de Capacitación CEC, No. 7. Serie Iniciativas Sociales, 2005.

www.organizaciónpoleas.net Redes: de una estructura organizativa a una práctica de cohesión social. Documento presentado en Seminario: "Tercer Sector, una cuestión de debate". Publicado en Revista de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad Católica Argentina. Febrero, 1999.

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS
MEDICINA ALTAMENTE
ESPECIALIZADA**

PARTE I

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD Y
SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

FONDO NACIONAL DE RECURSOS MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA

Parte I

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD Y SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

DESCRIPCION GENERAL

I.1. MISION Y OBJETIVOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una institución creada por ley para asegurar el acceso de toda la población a un conjunto de prestaciones médicas que fueron consideradas como de alta especialización e impacto económico.

De acuerdo a la ley fundacional del año 1980, el FNR es una persona pública no estatal que financia actos médicos que se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Estos institutos pueden ser públicos o privados y en la mayoría de los casos, se ubican en el ámbito de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

A efectos de ilustrar en que consiste medicina altamente especializada se establecerá una definición de la misma. Se entiende por medicina altamente especializada la que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de tal forma que permitan obtener la excelencia asistencial.

A pesar de la existencia de esa definición, a lo largo de los años no sólo se incrementó el número de pacientes con actos médicos financiados por este sistema, sino que también creció el listado de técnicas incluidas en la cobertura. Al día de hoy, más de 190.000 pacientes han podido acceder a un conjunto de 16 técnicas, algunas de ellas en el exterior del país, por medio de un sistema que hoy cubre a 27 IMAE institucionales, más de 38 centros de hemodiálisis y 3 que realizan sólo diálisis peritoneal.

Este proceso de crecimiento, no siempre justificado técnicamente, puso en evidencia importantes debilidades de gestión y enfrentó a la Institución a la necesidad de redefiniciones significativas.

A partir de esa experiencia, se puede decir que hoy la misión del FNR es otorgar financiamiento a un conjunto de prestaciones médicas de efectividad demostrada, cuando existen indicaciones basadas en evidencia científica actualizada, permitir el acceso equitativo de toda la población del país, asegurar que los procedimientos se realicen con un alto nivel de calidad y

eficiencia con el fin de adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias para asegurar la sustentabilidad del sistema.

Teniendo en cuenta esa misión institucional, los objetivos pueden ser sintetizados de esta forma:

- financiar la cobertura de actos de medicina altamente especializada asegurando equidad en el acceso;
- controlar y evaluar la calidad de la atención y los resultados de los procedimientos realizados mediante actividades de seguimiento;
- evaluar el nivel de eficiencia con que se desarrollan los procedimientos en base a los correspondientes estudios de costos, aportando esa información para la determinación de aranceles;
- llevar a cabo programas de prevención, tendientes a abatir la incidencia de los factores de riesgo vinculados a las técnicas que se encuentran bajo su cobertura;
- financiar la realización en el exterior de aquellos actos médicos que se encuentran en un listado predefinido de técnicas que no se pueden hacer en nuestro medio, por razones de desarrollo tecnológico o porque se baja incidencia no permite reunir un número de casos suficientes para asegurar su calidad técnica.

I.2. TÉCNICAS CUBIERTAS

La legislación dispone que corresponde a la Comisión Honoraria Administradora fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos. Para la inclusión de nuevas prestaciones se requerirá el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora que se crea en el mismo texto legal.

A lo largo de sus veinticinco años de existencia, la Comisión Honoraria Administradora utilizó la potestad que le otorga la ley para la inclusión de nuevas técnicas y sólo recientemente se han adoptado las primeras resoluciones para la exclusión de algunas de ellas, por considerar que no reúnen las condiciones establecidas por la definición de referencia.

El proceso de incorporación puede resumirse de la siguiente manera:

- desde 1980 se cubren los tratamientos de hemodiálisis y trasplante renal, estudios hemodinámicos y cirugía cardíaca de revascularización o recambio valvular, implante de marcapasos y prótesis de cadera;
- en 1982 se agrega la diálisis peritoneal como complemento a los tratamientos de insuficiencia renal ya incluidos;
- en 1992, se incluye la angioplastia transluminal, las prótesis de rodilla y la litotricia del aparato urinario;

- en 1995 se incorpora la cobertura del tratamiento de grandes quemados, los trasplantes cardíacos y los trasplantes de médula ósea;
- en el año 2000 se incluyen los implantes cocleares, para tratamiento de niños con sordera de origen neurosensorial en etapa pre escolar;
- en el año 2002 se formalizó el ingreso de los implantes de cardiodesfibriladores, aunque los mismos ya eran financiados en condiciones de excepción desde 1994;
- a fines de 2004 se incorporó el suministro, bajo protocolo, de medicación de alto costo, para el tratamiento de afecciones que hasta el momento eran tratadas con otras técnicas que ya estaban en la cobertura del FNR.

En el mes de junio de 2006 se produce la primera resolución del FNR por la cual se excluyen técnicas de la cobertura. Las técnicas que quedaron fuera de cobertura es la litotricia para el tratamiento de la litiasis del aparato urinario, cuya responsabilidad se trasladó a las instituciones de asistencia médica públicas y privadas, en virtud de que las mismas no reunían los requisitos de medicina altamente especializada.

En casos especialmente justificados, el FNR puede convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior, cuando se trate de patologías potencialmente reversibles que no puedan tratarse en el país por carecerse de recursos, siempre que existan en el exterior tratamientos de reconocida solvencia científica. A esos efectos, la Comisión Honoraria Administradora emita y revisa periódicamente un listado de actos que se incluyen en esta cobertura.

La cobertura de tratamientos en el exterior se incorporó en 1994. Desde entonces se han cubierto diversas patologías en virtud de condiciones específicas que fueron variando en el tiempo. Actualmente, se cubre en Argentina el trasplante hepático y el trasplante pulmonar. Algunos casos muy excepcionales de cardiopatías congénitas, de muy baja prevalencia, son tratados en San Pablo, con cobertura del FNR.

También en el caso de la cobertura en el exterior se ha producido un cambio reciente, en junio de 2006 se excluyeron de este financiamiento las técnicas de radioneurocirugía, que hasta ese momento se trataban en Argentina. Desde esa fecha la radioneurocirugía con acelerador lineal ha quedado a cargo de las instituciones de asistencia médica y de los servicios de ASSE del país.

I.3. BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DEL FNR

Pueden acceder a la cobertura de los actos médicos mediante el FNR, los pacientes radicados en el país que sean beneficiarios de servicios públicos o de instituciones de asistencia médica aportantes al sistema. Es posible también afiliarse directamente al FNR en forma individual, aunque por el

momento no existen antecedentes. Sólo quedan excluidas aquellas personas cubiertas por seguros parciales, que no aporten por sus afiliados.

Cualquier paciente que se encuentre en las condiciones referidas (lo que constituye de hecho la totalidad de la población del país) cuenta con cobertura para todas las técnicas incluidas en el FNR.

I.4. EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

El sistema de autorizaciones tiene como orientación principal la calidad de la asistencia en un contexto de equidad y sustentabilidad.

En primer lugar, se entiende que una asistencia de alta calidad requiere el cumplimiento de protocolos escritos que han sido oportunamente puestos en conocimiento del cuerpo médico.

En base a los mismos, se analizan los estudios clínicos y paraclínicos previos, para confirmar el diagnóstico y descartar la existencia de otras afecciones, haciendo un balance de los riesgos de la intervención y los beneficios que se pueden esperar en cada paciente. En esta etapa, se considera especialmente la calidad de vida actual y la esperada, así como las posibilidades de rehabilitación luego del procedimiento.

Todos los pacientes para cuyo tratamiento se solicita cobertura al FNR son visitados por un médico evaluador, como parte de un “sistema de segunda opinión”. Este médico evalúa al paciente en su domicilio o en el lugar de internación y emite un dictamen de asesoramiento al FNR que es tenido en cuenta en el momento de adoptar la resolución. La existencia de este mecanismo ha mejorado la calidad de la información en base a la cual se toman las decisiones.

En un alto porcentaje de casos, seleccionados en base a la complejidad de ciertas situaciones médicas, se realizan además ateneos de discusión, integrados por reconocidos especialistas y docentes universitarios de nuestro medio.

Debe tenerse en cuenta que todas las técnicas cubiertas por el FNR son invasivas, lo que supone la existencia de riesgos de complicaciones. Esos porcentajes de riesgo son conocidos y evaluados periódicamente. Si bien en la mayor parte de los casos los beneficios esperados justifican correr esos riesgos, ello no es siempre así. Existe documentación científica al respecto y el FNR utiliza tablas de “score de riesgo” que se aplican en los centros de referencia internacional.

El proceso de toma de decisiones para la autorización de cobertura, en base a la calidad de la indicaciones, constituye hoy en día uno de los mejores ejemplos de “gestión clínica” que existen en el país.

I.5. NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS IMAE

El paciente, como se ha mencionado, tiene derecho a elegir el IMAE en donde se realizará el procedimiento con cobertura del FNR, con independencia de la institución pública o privada donde se asiste. Esa voluntad debe quedar establecida en un documento de “consentimiento informado”.

AÑO	N° TOTAL	ADSCRIPCION		UBICACIÓN	
		Pública	Privada	Montevideo	Interior
1990	28	3	25	19	9
1994	54	5	49	38	16
1996	96	11	85	75	21
1998	98	11	87	77	21
2001	102	11	91	80	22
2003	112	14	98	89	23
2005	116	15	101	91	25

Los IMAE se ubican en diferentes instituciones de salud del sector público o privado, o bien funcionan como centros independientes. En el cuadro anterior se muestra la evolución del número de IMAE entre 1990 y 2005, discriminándose según su adscripción institucional y su localización.

I.6. MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

La cobertura económica de estos actos se realiza con fondos provenientes de:

- el reintegro del Ministerio de Economía y Finanzas por los actos médicos realizados a pacientes con cobertura a través del Ministerio de Salud Pública – Administración de Servicios de Salud del Estado;
- el aporte de los entes autónomos, servicios descentralizados y de las administraciones departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo;
- el aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva y otros seguros asistenciales, que transfieren el aporte mensual de sus afiliados;
- el aporte del Banco de Previsión Social por todos los afiliados a las IAMC a través de la seguridad social;
- el reintegro del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas por los actos médicos realizados a sus beneficiarios, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;

- el reintegro del Banco de Previsión Social por los actos médicos realizados a pacientes con patologías congénitas que se encuentran bajo su cobertura, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;
- el aporte por afiliación directa, de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones;
- el producido del gravamen de un 5% sobre los premios a abonar por los aciertos producidos en el juego denominado “Cinco de Oro” (Pozo de Oro y Pozo de Plata);
- el producido de un gravamen del 20% aplicado a los juegos de azar, en los que se participa a través de llamadas al 0900.

Actualmente, los recursos con que cuenta el FNR se pueden utilizar indistintamente para financiar la asistencia en el país o en el exterior.

En el caso de asistencia en el exterior se realiza un estudio de la situación patrimonial y de ingresos del núcleo familiar del paciente, a partir del cual se establece si tienen obligación o no de cubrir un porcentaje del costo.

I.7. ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN

El FNR es administrado por una Comisión Honoraria Administradora que está compuesta por nueve miembros que representan al sector público y al sector privado, de la siguiente forma:

- un Presidente, que es el Ministro de Salud Pública o quien lo represente;
- otros dos representantes del MSP;
- un representante del Ministerio de Economía y Finanzas;
- un representante del BPS;
- tres representantes de las instituciones de asistencia médica colectiva, o sus asociaciones de segundo grado, seleccionadas en base al número de afiliados que representan;
- un representante de los IMAE.

Los servicios técnico-administrativos del FNR que dan cumplimiento a las disposiciones de la Comisión Honoraria Administradora para el cumplimiento de los fines del organismo, están encabezadas por un Director General, del cual dependen una Dirección Técnico Médica y una Dirección Administrativa, que tienen a su cargo la estructura funcional. El Director General cuenta, además, con profesionales que le asesoran directamente.

La Asesoría Letrada del FNR depende directamente de la Comisión Honoraria, aunque trabaja en estrecha relación con los servicios del organismo.

La Dirección Técnico Médica tiene a su cargo diversas funciones y áreas:

- autorización de cobertura de actos médicos,

- control de realización de actos médicos,
- vigilancia de complicaciones y control de infecciones,
- evaluación de resultados y análisis estadísticos,
- programas de prevención de factores de riesgo,
- determinación de protocolos, tasas de utilización y costos,
- actividades de capacitación internas y externas.

Para el cumplimiento de estos programas, la Dirección Técnico Médica cuenta con un grupo de especialistas médicos, enfermeras profesionales, nutricionistas, asistentes sociales, técnicos en registros médicos y personal administrativo. El departamento de registros médicos tiene a su cargo el sistema de información de actos médicos y la publicación de estadísticas.

La Dirección Administrativa tiene a su cargo diversas funciones y áreas:

- control y auditoría de los aportes,
- presupuesto y balance anual,
- autorización de pagos,
- estudios de costos basados en las funciones de producción de los actos médicos,
- asesoramiento para la negociación de aranceles,
- desarrollo informático,
- secretaría y servicios.

El FNR cuenta con una unidad administrativa que tiene a su cargo los registros de personal y las adquisiciones. Una comisión de compras, designada por la Comisión Honoraria Administradora, es responsable de esa área.

A todo el personal del FNR se le exige una vez al año la presentación de una declaración jurada de incompatibilidades, en la que deben detallar sus actividades profesionales y laborales y las de sus familiares directos. El mismo requisito se aplica a los integrantes de los grupos de segunda opinión médica, ateneos, comisiones técnico médicas, etc.

MARCO NORMATIVO - DERECHO DE LOS PACIENTES

II.1. FNR, PERSONA PUBLICA NO ESTATAL

Participa de esta naturaleza jurídica desde que se constituyó como figura legal, que cumple fines públicos o de interés público, se nutre de aportes económicos públicos y privados y es co-gobernada por representantes de ambos sectores, procedentes de entidades relacionadas con el funcionamiento del sistema.

El FNR funciona desde el 1° de diciembre de 1980, y ha sido regulado originariamente por el Decreto – Ley N° 14.897 y su Decreto Reglamentario

N° 64/80. Posteriormente, se dictó el Decreto – Ley N° 15.617 y su Decreto Reglamentario 547/984, por los que expresamente se definió al mismo como una persona pública no estatal, y se incorporó al órgano directriz a un representante de los IMAE.

El sistema entró parcialmente en funcionamiento el 1° de diciembre de 1980, cubriéndose la totalidad de actos médicos referidos en su reglamentación inicial, desde el 1° de enero de 1981.

En la actualidad, el sistema se encuentra básicamente regulado por la Ley N° 16.343 y su Decreto Reglamentario N° 358/993.

A estas normas se han agregado otras, que seguidamente se enumeran, las cuales no han introducido modificaciones sustanciales al sistema sino que han efectuado regulaciones puntuales sobre determinados aspectos del mismo.

La Ley N° 16.343 y sus normas complementarias establecen la creación e integración del sistema, la naturaleza jurídica de la Comisión Honoraria Administradora que lo dirige, así como las definiciones de IMAE y el propio concepto de medicina altamente especializada, y se hace una clasificación entre IMAE públicos y privados, tomando como base la naturaleza jurídica de sus titulares.

La normativa aprobada en los años 1992 y 1993 introdujo variaciones de sustancia en el funcionamiento del sistema, contándose entre las más destacables, la introducción de la cobertura de cierto tipo de patologías en el exterior del país, la creación de Comisiones Técnico-Médicas, de una Comisión Técnica Asesora y la modificación en la integración de la Comisión Honoraria Administradora.

De acuerdo con la normativa vigente existen dos grandes sistemas de cobertura asistidos por el FNR: el referido a los actos médicos que se cubren dentro del país y los actos cuya realización se cubre financieramente en el exterior.

El listado de actos cubiertos dentro del país puede ser ampliado, reducido o modificado por resolución fundada por la Comisión Honoraria Administradora. A partir de la Ley de Presupuesto N° 17.930 del 19/12/05, también puede incluirse la cobertura de medicamentos.

Para la inclusión de nuevas afecciones e introducción de otras técnicas a la cobertura, la Comisión Honoraria debe requerir el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora, sin perjuicio que su dictamen reviste carácter de preceptivo, esto es, imprescindible en su emisión, pero no vinculante, puesto que la Comisión Honoraria Administradora puede apartarse del mismo por razones fundadas.

En el año 1996 se fijó la obligación de aporte al sistema de los Seguros Parciales de asistencia médica y quirúrgica.

El otro grupo de actos médicos incorporados a la cobertura del FNR son los que deben cubrirse en el exterior del país. Esta asistencia se rige por normas propias y diferentes de las que regulan la asistencia a nivel nacional.

La Comisión Honoraria Administradora se encuentra facultada para brindar cobertura en el exterior del país, a todas aquellas peticiones para el tratamiento de patologías potencialmente reversibles, que no pueden tratarse a nivel nacional por carecerse de recursos y que cuenten en el exterior con procedimientos de tratamiento de reconocida solvencia científica.

Esta cobertura está limitada a beneficiarios radicados en el país, al igual que los actos médicos cubiertos dentro de fronteras, además está condicionada según sea la situación económico patrimonial del paciente y su grupo familiar, dependiendo de la cual podrá no cubrirse el acto o cubrirse parcialmente.

Vinculadas con el sistema funcionan determinadas Comisiones.

Una de ellas es la Comisión Técnica Asesora la que, si bien se desempeña en la órbita del Ministerio de Salud Pública, tiene una vinculación directa con la actividad del FNR.

Son sus cometidos: 1) el asesoramiento preceptivo en todos los casos de introducción y desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías de alto costo y complejidad a cargo del FNR y 2) la evaluación de la calidad de las acciones de atención médica que se realiza en los IMAE.

Se recuerda que para las decisiones de la Comisión Honoraria Administradora los dictámenes de la Comisión Técnica Asesora son preceptivos pero no vinculantes.

El otro grupo de Comisiones que trabajan en vinculación con el FNR, son las Comisiones Técnico Médicas, cuya creación y funcionamiento se relaciona con la cobertura financiera para actos médicos a ser realizados en el exterior del país.

Estas Comisiones se integran puntualmente para el análisis de las solicitudes específicas de distintos tipos de cobertura, integración que está justificada por la diversidad de las solicitudes que pueden presentarse y la necesidad que sean técnicos especialistas en el tema a analizar.

Estas Comisiones se expiden con carácter preceptivo, es decir que la consulta a las mismas es obligatoria y vinculante, es decir, que la Comisión Honoraria no puede apartarse de su dictamen. Informan sobre la procedencia o no del tratamiento solicitado en el exterior del país.

Para las coberturas en el exterior, se han gestionado convenios con centros sanitarios de otros países, que aseguren niveles de calidad y una adecuada atención al paciente.

Existe prevista en la normativa legal la posibilidad de promover acuerdos de integración y complementación regionales que permitan, cuando se considera necesario, su desarrollo en el país.

Las normas fijan también controles respecto de los IMAE, deberes y responsabilidades funcionales de quienes integran el cuerpo directivo y de los funcionarios y contralores que se aplican externamente al propio FNR.

Existe un sistema recursivo que puede entablarse contra las resoluciones emanadas del organismo, que adopta la fórmula generalmente aplicada a las resoluciones de las personas de derecho público no estatal.

II.2. DERECHOS DE LOS PACIENTES

El FNR ha tomado especial cuidado en la preservación de los derechos de los pacientes, ya que los mismos forman parte de aquellos derechos que son inherentes a la persona humana.

El derecho a la vida, la salud y a la seguridad se encuentran expresamente reconocidos por los artículos 7 y 72 de la Constitución de la República.

Atendiendo a dichos derechos se han instrumentado una serie de actividades y programas tendientes a su efectiva defensa y materialización práctica.

El FNR cuenta con un sistema de comunicación permanente con los pacientes. Esta comunicación tiene varios fines:

- informar los derechos que les corresponden, conocer los motivos de la intervención que se le va a realizar, sus alternativas, los riesgos, etc., el derecho a elegir IMAE donde prefiere ser tratado, derecho a conocer el resultado del procedimiento realizado, entre otros;
- recoger su opinión sobre la forma en que fue atendido en el IMAE, su evolución y la existencia de complicaciones;
- en los casos de actos de coordinación, los pacientes son convocados para participar en presentaciones grupales en las que se les informa en que consiste el tratamiento que recibirán y las conductas más apropiadas para evitar complicaciones; cuando deben integrar listas de espera, se aprovecha para que el paciente llegue al acto quirúrgico más informado y en mejores condiciones;
- todas las veces en que el FNR no autoriza la cobertura de un procedimiento, se le informa directamente al paciente a través de un médico que le explica los fundamentos.

Pero tal vez el sello distintivo de la acción del FNR en esta área ha sido su permanente apertura a la escucha atenta y la recepción de planteos formulados por los usuarios de los servicios que financia. El FNR no duda en generar instancias de investigación, todas las veces que los temas presentados por los pacientes lo justifican. La investigación técnica

independiente es la base de su accionar en esta área y todas las veces que las conclusiones lo ameritan, son trasladados a los ámbitos pertinentes.

El FNR recorre este camino porque entiende que su función no se agota en administrar los recursos. Su función de control y evaluación de resultados se basa también en la defensa de los derechos de los pacientes.

II.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Uno de los instrumentos más representativos de la defensa de los derechos de los pacientes se materializa a través del consentimiento informado.

El consentimiento informado se inscribe dentro del deber general de informar al paciente, manteniéndolo en conocimiento de su situación, de las alternativas de su tratamiento, de las opciones, así como de los riesgos, beneficios y eventuales daños que cada acción conlleva.

Se trata, por lo tanto, de un deber jurídico pero primordialmente de un deber ético.

Identificado con este enfoque, el FNR ha instrumentado un sistema de constatación de los consentimientos informados de los pacientes que se asisten con cobertura financiera dentro del sistema, de modo de informar a los pacientes y según las circunstancias, a sus familiares más directos, sobre las ventajas e inconvenientes de ciertos tratamientos para que, con conocimiento de causa, sea libre de adoptar decisiones sobre las opciones que plantea el médico.

En el plano jurídico estrictamente, no cumplir con el deber de lograr el previo consentimiento informado del paciente equivale a que se ha incumplido el contrato, con la consiguiente responsabilidad materializada en una condena de índole económica. Aún cuando la operación se ejecute en estricto cumplimiento de las reglas, la falta de consentimiento informado previo constituye una falta de responsabilidad.

Sin desconocer la importancia de lo señalado, para el FNR poner el acento en una práctica constante y clara del consentimiento informado es una forma de fortalecer la relación médico paciente y favorecer la libre determinación del paciente, con una comunicación transparente y una información lo más completa posible.

La libertad es uno de los derechos fundamentales del ser humano y se encuentra consagrada en la Constitución de la República y es en ejercicio de ese derecho, que el individuo enfermo toma determinaciones libremente sobre su propia persona física y también espiritual.

El consentimiento informado debe estar acompañado del buen llenado de un documento de la más antigua data en la medicina: la historia clínica. Ambos

elementos constituyen la base sustantiva de la información referida al paciente.

FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES

III.1. TÉCNICAS CUBIERTAS

III.1.1. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria

La hemodiálisis y la diálisis peritoneal son dos técnicas alternativas que permiten a los pacientes con insuficiencia renal terminal, no sólo prolongar su vida significativamente sino, además obtener una buena calidad de vida. Si bien existe acuerdo en que en la mayoría de los casos se debería acceder a un trasplante renal, que permita al paciente prescindir de estos tratamientos, no siempre se cuenta con donantes suficientes.

La hemodiálisis consiste en la conexión periódica del paciente a una máquina (tradicionalmente conocido como "riñón artificial") que hace circular la sangre por un sistema de membranas en las cuales se realiza el intercambio y depuración que normalmente debería realizar el riñón.

La diálisis peritoneal crónica ambulatoria es una técnica basada en el mismo principio de exponer periódicamente la sangre del paciente a una superficie de intercambio que sustituya la función renal. En este caso, no se hace mediante una máquina sino a través de un catéter (dispositivo similar a una sonda) al que se conectan bolsas con solución de diálisis. En la diálisis peritoneal la superficie de intercambio es una estructura anatómica del propio paciente denominada peritoneo.

Hasta diciembre de 2005 se encontraban en Uruguay 2.404 pacientes en diálisis, tratados con cobertura del FNR, en 38 IMAE de hemodiálisis y 5 en diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

Desde el punto de vista económico, el gasto en diálisis representa un 32,5% de los egresos del FNR.

III.1.2. Estudios Hemodinámicos, Angioplastias Transcoronarias y Cirugías Cardíacas

Los procedimientos vinculados al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, tanto congénitas como adquiridas, también constituyen un grupo relevante de técnicas que son financiadas por el FNR.

Los estudios hemodinámicos permiten visualizar el aparato circulatorio mediante la inyección de sustancias de contraste en la sangre. De esta forma se observa (y se registra en imágenes inicialmente radiológicas y actualmente digitales) la circulación sanguínea, tanto a nivel de las cámaras

del corazón y los grandes vasos como a nivel de las coronarias (vasos sanguíneos que irrigan la pared del corazón).

A partir del diagnóstico realizado mediante estas imágenes, se debe seleccionar un plan de tratamiento. Esta instancia es uno de los puntos habitualmente críticos de la toma de decisiones en el FNR.

Buena parte de los casos estudiados son orientados a tratamientos médicos no intervencionistas, con los que es posible obtener excelentes resultados sin exponer al paciente a los riesgos de técnicas invasivas. Sin embargo, en algunos casos se requiere intervenir.

En las malformaciones congénitas puede ser necesaria una intervención paliativa y /o correctiva. El FNR otorga cobertura a los cateterismos terapéuticos y a la cirugía. Los primeros son una prolongación del estudio hemodinámico y permiten, utilizando la misma vía de acceso con la que se inyectó la sustancia de contraste, realizar canalizaciones o cierres mediante dispositivos. En el caso de la cirugía, se trata de una intervención sobre el tórax del paciente incluyendo, en algunos casos, el uso de circulación extracorpórea.

Si las patologías de los adultos no pueden ser resueltas mediante tratamiento médico no invasivo, pueden requerir técnicas intervencionistas. También en este caso existe una alternativa de prolongación del estudio hemodinámico en el cual, con el mecanismo ya descrito, es posible acceder al lugar donde se encuentra la lesión coronaria o valvular mediante la misma vía de acceso intravascular. Esta técnica es conocida como angioplastia o valvuloplastia según donde se aplique. En otros casos, el tipo de lesión orienta a realizar cirugía para restituir la circulación coronaria afectada, construyendo un "bypass" o "puente", utilizando vasos alternativos. La cirugía también es necesaria cuando se requiere sustituir las válvulas lesionadas mediante el implante de un dispositivo.

En 2005 se hicieron con cobertura del FNR 3.210 estudios hemodinámicos de adultos, 134 de niños, 2.682 angioplastias, 119 cateterismos terapéuticos, 1.859 cirugías cardíacas de adultos y 208 de niños.

Estas técnicas en conjunto representan un 34,6% de los egresos del Fondo.

III.1.3. Implante de Marcapasos y Cardiodesfibriladores

Son dos técnicas vinculadas a trastornos específicos del ritmo cardíaco.

El marcapasos implantable es un dispositivo electrónico destinado al tratamiento de enfermedades que determinan que la frecuencia cardíaca caiga a niveles muy bajos, dificultando las actividades normales de la vida y poniéndola en riesgo. Mediante la descarga de estímulos eléctricos programados sobre el músculo cardíaco, permite regular en forma estable su actividad contráctil.

En el año 2005 se realizaron 1.610 procedimientos de implante y recambio de marcapasos.

El cardiodesfibrilador es un dispositivo implantable destinado al tratamiento de cierto tipo de arritmias que ocasionan paro cardíaco. De hecho, se destina a personas que han padecido un síncope o muerte súbita de origen arrítmico y que han sido reanimadas. A efectos de evitar la reiteración de estos cuadros, una vez que se ha confirmado la naturaleza de la enfermedad y cuando se demuestra que se pueden esperar beneficios con esta técnica, se implanta un cardiodesfibrilador cuya descarga logra en cierto número de casos revertir la situación.

En 2005 los actos relativos a cardiodesfibriladores fueron 70, de los cuales 39 fueron nuevos implantes. El resto fueron recambios de dispositivos ya implantados.

En conjunto, el implante de marcapasos y cardiodesfibriladores representa el 5,8% del presupuesto del FNR.

III.1.4. Trasplantes

La cobertura financiera de los trasplantes por parte del FNR constituye un apoyo muy importante a la tarea que desarrolla el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Células, Tejidos y Organos (INDT), que es el organismo que a nivel nacional tiene la responsabilidad rectora sobre el tema.

La correcta articulación técnica y administrativa entre ambas instituciones ha permitido el desarrollo de programas de trasplante gracias a los cuales el país cuenta hoy con una posición destacada en la región. Mediante el financiamiento del FNR, toda la población accede en condiciones equitativas a trasplantes renales, renopancreáticos, cardíacos y de médula ósea, que se realizan en el país. De igual modo, pueden acceder a trasplantes pulmonares y hepáticos que se realizan en el exterior, a través de convenios del FNR con centros de la Argentina.

Los pacientes que se encuentran en lista de espera de trasplante o que ya han accedido a él cuentan con un seguimiento cuya cobertura está a cargo del FNR. Este seguimiento requiere del uso de medicamentos inmunomoduladores. En algunos casos, los pacientes retiran los medicamentos (que forman parte del acto médico cubierto) en su institución de asistencia o en el FNR.

En 2005 se han realizado 7 trasplantes cardíacos de adultos, 1 de niños, 95 trasplantes de médula ósea, 115 renales y 10 hepáticos. No se hicieron trasplantes pulmonares este año.

El conjunto de los trasplantes, incluyendo los que se realizan en el país y en el exterior, representan el 10,8% de los egresos del FNR.

III.1.5. Tratamientos de Grandes Quemados

Las personas que padecen de quemaduras severas como consecuencias de accidentes requieren una atención especializada, en virtud del grave riesgo para su vida así como por las importantes secuelas que pueden producirse. El paciente quemado grave es un paciente crítico que requiere la atención de un equipo interdisciplinario desde el momento del ingreso, e incluso después de obtener el alta. Por ese motivo, desde la creación del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) este tipo de tratamientos ha sido colocado bajo cobertura del FNR.

El tratamiento varía según las condiciones de cada paciente, lo que puede significar internaciones más o menos prolongadas en diversos niveles asistenciales. El FNR otorga cobertura para las etapas de asistencia en áreas críticas. Todos los pacientes son visitados diariamente por un médico evaluador, que realiza el seguimiento y evita la prolongación injustificada de las internaciones. Si en base a la normativa vigente el paciente no se encuentra en esa situación, se puede mantener la internación pero no con cargo del FNR.

En el caso de los niños, el FNR cubre también determinados dispositivos utilizados para la prevención y tratamiento de las secuelas de quemaduras, atendiendo a las importantes repercusiones sociales, estéticas y funcionales que tiene esta patología.

Se trataron 140 pacientes quemados adultos y 42 niños en el año 2005.

Esta técnica representa un 1,9% de los egresos del FNR.

III.1.6. Artoplastia de Cadera y de Rodilla (Prótesis)

Desde su creación, el FNR ha mantenido dentro de su cobertura el implante de prótesis de cadera, tanto en los casos de artrosis como de fractura. Posteriormente, se ha incluido también las prótesis de rodilla.

Las fracturas de cadera constituyen situaciones cuya gravedad reside especialmente en la necesidad de movilizar al paciente cuanto antes, a fin de evitar el deterioro de sus condiciones generales. Por ese motivo, el FNR ha ido estableciendo plazos máximos que pueden transcurrir entre la fractura y la cirugía, con la intención de acelerar los trámites de coordinación quirúrgica. Actualmente, ese límite se encuentra en seis días. Merced a este esfuerzo se ha obtenido la reducción de una demora injustificada y perjudicial que había llegado a ser de catorce días. Sin embargo, la situación dista de ser satisfactoria. La literatura coincide en que estos pacientes deberían recibir su prótesis u otra intervención para asegurar su movilidad, en un plazo de horas. La existencia de un número limitado de centros para realizar este tipo de cirugía constituye un problema que deberá ser encarado.

En el caso de las prótesis por artrosis (ya sea de cadera o de rodilla) la situación es precisamente la contraria. No es conveniente intervenir de urgencia ya que se trata de patologías crónicas, degenerativas, fuertemente vinculadas al estilo de vida y en muchos casos no tratadas correctamente y a tiempo. En estas circunstancias, el FNR realiza un esfuerzo diferente, tratando de que el paciente reciba antes de la cirugía el tratamiento higiénico-dietético indispensable para el éxito de la intervención. En caso contrario, las afecciones crónicas que padece pueden aumentar significativamente el riesgo de complicaciones e incluso provocar el fracaso de la operación. Con esa finalidad, el FNR ha creado un sistema de espera que permite poner en marcha acciones de prevención y tratamiento de la obesidad, el tabaquismo, controlar la diabetes, etc.

Diversos estudios de seguimiento realizados por el FNR en los cuales se comprobaron niveles preocupantes de complicaciones inmediatas y alejadas, vinculadas al mal tratamiento de dichos factores de riesgo, son el sostén de esta política.

Las prótesis de cadera con cobertura del FNR en el 2005 fueron 2.027 y las de rodilla 773.

El 6,3% de los egresos del FNR se destinan a actos de prótesis.

III.1.7. Implante coclear

El implante coclear consiste en la colocación de un dispositivo que sustituye al oído interno, permitiendo suplantar la función auditiva en los casos de pacientes con sordera neurosensorial. El FNR se hace cargo del costo del dispositivo en niños que son tratados antes del ingreso escolar.

Esta técnica aplicada en forma oportuna tiene un alto impacto social al permitir la rehabilitación del paciente incluyendo su inserción educativa y laboral. Actualmente, los actos quirúrgicos se llevan a cabo en un centro privado y en el Hospital Pereira Rossell.

En virtud de la importancia que tiene en este caso la adhesión del paciente y sus familiares a un programa de rehabilitación sin interrupciones, el FNR desarrolla acciones de apoyo a la asociación de padres con el equipo técnico, para mejorar los resultados de largo plazo.

En 2005 se implantaron 15 pacientes.

El costo de esta técnica significa el 0,3% de los egresos.

III.1.8. Litotricia de la Vía Urinaria

Más del 90% de los pacientes con cálculos renales son de tratamiento médico, lo que incluye un conjunto de indicaciones para la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, así como el uso de algunos medicamentos, medidas que facilitan la eliminación espontánea de los mismos. Sin embargo,

existen algunos cálculos que por su topografía, tamaño y repercusiones requieren de otros procedimientos para su remoción. De ellos la litotricia extracorpórea, la litotricia percutánea y la extracción endourológica han contado anteriormente con financiación del FNR.

En junio de 2006 el FNR dispuso excluirlas de su cobertura entendiendo que no constituían medicina altamente especializada, de acuerdo al dictamen de varias auditorías. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud Pública dispuso que debían ser asumidas con carácter obligatorio por parte de la asistencia médica pública y privada, de manera de asegurar que estuviesen disponibles para los pacientes cuando las requiriesen.

En el año 2005 se hicieron 1.190 tratamientos de litotricia con cobertura del FNR, de los cuales 773 correspondieron a extracorpórea y 417 a endourológica.

Hasta el momento de ser retirada de la cobertura, la litotricia significaba el 1,3% de los egresos del FNR.

III.1.9. Actos Médicos Cubiertos en el Exterior

Como se ha explicado anteriormente, existen algunas técnicas que, en virtud del bajo número de actos o por escaso desarrollo de la tecnología a nivel local, no se realizan en nuestro país. El FNR cuenta entre sus responsabilidades financiar estos tratamientos cuando la patología se encuentra dentro de un listado revisado periódicamente, de acuerdo a las normas legales.

Los actos que actualmente se cubren en el exterior son los siguientes: trasplantes hepático, trasplante pulmonar y algunos casos muy excepcionales de cardiopatías congénitas.

Hasta el mes de junio de 2006 se otorgan también cobertura en el exterior para técnicas de radioneurocirugía estereotáxica. En agosto de 2004, el Ministerio de Salud Pública había aprobado la habilitación de un centro para realizar esta técnica en el país. En aquel mismo momento, antes de tomar resolución al respecto, el FNR contrató una evaluación externa que formuló algunas recomendaciones. En junio de 2006, una vez que el centro de referencia acreditó haber dado cumplimiento a las mismas, el FNR consideró que no existían motivos para continuar enviando los pacientes al exterior, por lo cual no se justificaba mantener la técnica bajo su cobertura. Simultáneamente, el Ministerio de Salud Pública dispuso la obligatoriedad de cubrir la radioneurocirugía por acelerador lineal para todas las instituciones de salud públicas y privadas.

Los trasplantes hepáticos y pulmonares son realizados mediante convenios con instituciones de Argentina y las excepcionales cirugías cardíacas por enfermedad congénita son derivados a un centro en San Pablo.

Para autorizar la cobertura financiera de un tratamiento en el exterior del país es necesaria la participación de una Comisión Técnico Médica que evalúa la pertinencia de cada solicitud.

En 2005 se hicieron 10 trasplantes hepáticos con cobertura financiera del FNR. No se realizaron trasplantes pulmonares. En el mismo año los tratamientos de radiocirugía fueron 34.

La cobertura de actos en el exterior representó un 1,1% de los egresos del FNR en el período analizado.

III.2. LA AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

El FNR ha implementado un proceso estricto de controles con la finalidad de mejorar y fortalecer el proceso de toma de decisiones previo a otorgar cobertura financiera a un acto médico. Debe tenerse en cuenta que en todos los casos se trata de procedimientos invasivos no exentos de riesgos para los pacientes, motivo por el cual es imprescindible realizar caso a caso un análisis de riesgo-beneficio.

La finalidad de este proceso de autorización es procurar que las indicaciones se ajusten a la evidencia científica, sean oportunas, que tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes y la evaluación de riesgos. Eso se lleva a cabo a través de diversas etapas.

La evaluación previa permite tener un asesoramiento respecto a la indicación realizada y su oportunidad, las condiciones generales del paciente y su calidad de vida. Los programas de prevención y control de factores de riesgo colaboran para abatir riesgos elevados de complicaciones vinculadas sobre todo tabaquismo, diabetes y obesidad.

Luego que la autorización es emitida, se la envía al IMAE seleccionado por el paciente para que éste de cumplimiento al acto médico. Realizado el mismo, una vez otorgada el alta, el IMAE remite al FNR un informe de realización que es también sometido a un control médico, en el que se basan los pagos a los IMAE y a los proveedores. También en estas circunstancias los pacientes pueden ser incorporados a programas de seguimiento y prevención secundaria, destinados a evitar la reiteración de intervenciones.

III.3. EL CONTROL DE DOCUMENTACIÓN DE ACTOS YA REALIZADOS

Una vez otorgada el alta a un paciente tratado con autorización del FNR, el IMAE envía documentación en base a la cual se lleva a cabo el control de realización de actos médicos.

Dicha documentación consiste en:

- formularios pre codificados correspondientes al acto médico realizado; estos pueden enviarse en formato papel o por vía electrónica, para lo cual existe un sistema de acceso remoto;
- resumen de alta, documentación de los estudios y análisis realizados y copia de comunicaciones cursadas a los médicos tratantes;
- en el caso de los estudios hemodinámicos y angioplastias se deben enviar también los registros gráficos.

Esa documentación es recibida por Registros Médicos, que la vuelca al sistema informático si llegó en formato papel y revisa posibles inconsistencias si llegó en formato electrónico.

Una vez que se ha completado el volcado o la revisión de los datos enviados por el IMAE, el sistema deriva cada acto al control médico. Se cuenta con dos médicos dedicados a esta tarea cuya función es revisar caso a caso la documentación enviada, evaluar las condiciones en que se realizó el acto, comparar con los datos médicos informados en el momento en que se solicitó autorización, comparar con lo informado por los proveedores de dispositivos y, si se entiende necesario, elevar alguno de los casos a consideración de un ateneo o de evaluadores externos. La actuación del control médico culmina con la habilitación del pago, en el cual pueden introducirse o no algunos descuentos. Una vez habilitado el pago, el sistema lo deriva a la Administración a esos efectos.

Los médicos del FNR que tienen a su cargo el control de los actos ya realizados asumen también la atención de los pacientes que desean formular denuncias o quejas sobre la atención referida.

III.4. PROGRAMAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Uno de los cambios más notorios en la gestión del FNR se produjo con la puesta en funcionamiento de programas de prevención y control de factores de riesgo, lo que constituye un paso hacia la implantación de un nuevo modelo de atención.

Con participación de especialistas en investigación cualitativa, el FNR convocó a grupos de pacientes para identificar las fortalezas y debilidades del sistema desde su perspectiva.

Este material, que se encuentra registrado, permitió establecer los que pacientes experimentaban un “quiebre” entre los actos médicos cubiertos por el FNR y el proceso asistencial posterior. En opinión de los propios pacientes, el sistema les facilitaba la obtención de los más complejo y costoso pero no lograba solucionar las necesidades posteriores, como por ejemplo: dificultades para el acceso a la medicación, falta de continuidad en la consulta médica, ausencia de respaldo profesional para modificar ciertos factores de riesgo, etc.

Como respuesta a este problema, el FNR dispuso poner en marcha un conjunto de programas dirigidos a atender esas dificultades. Estas acciones

comenzaron siendo de prevención secundaria, en virtud de que se orientaron a pacientes que ya habían requerido tratamiento, pero luego incluyeron también actividades de prevención primaria y difusión de hábitos saludables en las áreas de responsabilidad del FNR.

La experiencia realizada por el FNR puso en evidencia la viabilidad práctica y económica de poner en marcha este cambio en el modelo de atención. Al día de hoy, los números demuestran la efectividad de las acciones y el costo de los programas es notoriamente menor que los gastos asistenciales que se evitan.

Los programas implementados son los siguientes:

- Control y abatimiento de los factores de riesgo de enfermedad vascular arterioesclerótica, en los pacientes coronarios que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR;
- Programa de detección de complicaciones y malos resultados en los actos cubiertos por el FNR, en el área cardiovascular y traumatológica;
- Programa de vigilancia de reacciones pirogénicas y otras complicaciones en pacientes cubiertos en tratamiento de hemodiálisis;
- Control de la programación de marcapasos implantados y de la situación en que se encuentran los dispositivos para cuyo recambio se solicita cobertura financiera;
- Control de la actividad de cardiodesfibriladores implantados y pertinencia de los recambios;
- Tratamiento para el cese de la adicción al tabaquismo en pacientes que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR o aguardan una autorización de cobertura;
- Control y abatimiento de los factores de riesgo nutricional demostrados en pacientes que aguardan una autorización de cobertura para tratamiento quirúrgico;
- Abatimiento del riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes que se encuentran bajo cobertura del FNR, mediante programas de vacunación.

III.5. PROGRAMAS DE PROMOCION, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

En el contexto de una nueva gestión que busca la sustentabilidad del sistema en base a equidad y calidad, se percibe como imprescindible que el FNR no permanezca en una actitud pasiva frente a los riesgos vinculados a los procedimientos que cubre. Es decir, que el FNR no debe limitarse a esperar que los pacientes lleguen a situaciones críticas para suministrarles actos médicos de alto costo.

En primer término, se implementaron programas de prevención secundaria, entendiendo por tales aquellos dirigidos a abatir los factores de riesgo en personas que ya tienen una enfermedad en curso, procurando enlentecer su evolución y mejorar su pronóstico.

Posteriormente, el FNR incorporó también programas de prevención primaria, es decir acciones dirigidas a personas que todavía no han tenido síntomas de enfermedad.

En este sentido se destacan el programa de apoyo para el cese de la adicción al tabaco a la población en general y el control y seguimiento del daño renal en pacientes en riesgo de ingreso a tratamiento dialítico.

III.6. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS ALEJADOS DE LOS ACTOS MEDICOS

Además de las actividades de promoción, prevención y control ya descritas, el FNR lleva a cabo un programa sistemático de evaluación de resultados alejados, mediante trabajos de seguimiento. Estos estudios se realizan en forma aperiódica sobre las diversas técnicas cubiertas y mediante la aplicación de instrumentos estadísticos que permiten comparar los resultados que se obtienen en Uruguay con los de otros países y los resultados de los IMAE entre sí.

III.7. ACTIVIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

El conjunto de actividades innovativas que puesto en marcha el FNR ha requerido, por un lado, promover la capacitación de su propio personal y por otro poner en marcha programas de capacitación hacia el medio.

A esos efectos, se ha dispuesto la creación de una comisión de educación continua cuyo plan de actividades fue puesto a consideración de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, la que concedió al FNR el carácter de Institución Acreditada para Capacitación Profesional Médica Continua.

La capacitación interna ha estado centrada en cursos de metodología, estadística y evaluaciones económicas sanitarias. Se ha puesto énfasis también en el conocimiento y profundización en las técnicas vinculadas al FNR, en particular el desarrollo de sus funciones de producción y costos. A esos efectos varios profesionales del FNR han sido enviados al exterior.

Una importancia especial tiene para el FNR la capacitación en funciones de evaluación y auditoría médica, para lo cual se han cumplido ya dos ediciones de un curso de capacitación dirigido a su propio personal y a los médicos evaluadores.

En lo externo, el FNR cuenta con un curso de control de infecciones con reconocido prestigio en el medio, que ya tiene varias ediciones. En el último

año, se agregó además, un curso sobre la misma temática dirigido a auxiliares de enfermería.

Se han llevado a cabo varias jornadas de capacitación sobre actividades de prevención dirigidas a residentes y médicos generales, con especial énfasis en salud cardiovascular y salud renal.

Se ha tenido una muy importante experiencia en capacitación de profesionales para programas de cesación del tabaquismo.

III.8. PREMIO “PACIENTE SEGURO”

En virtud de la importancia que tiene para el FNR el tema de la calidad y la seguridad de los pacientes, se ha dispuesto la creación de un premio anual a IMAES o equipos de trabajo que hayan puesto en marcha o desarrollen programas de mejora de la calidad de atención, por medio de prácticas seguras y de prevención de eventos adversos, en los pacientes sometidos a actos financiados por el FNR.

Este premio denominado “Paciente Seguro” ha permitido tomar contacto con varias actividades ya en curso en nuestro medio que merecieron el reconocimiento público.

A través de este programa “Paciente Seguro” el Fondo Nacional de Recursos destaca la importancia de los pasos intermedios hacia la acreditación, como forma de motivar y estimular a los equipos de trabajo de los IMAE.

III.9. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE COSTO Y DETERMINACION DE ARANCELES

El FNR ha diseñado una nueva matriz para el análisis de los costos, basada en una visión más integral y abarcativa de las diversas actividades que se cumplen en un IMAE. Esto ha permitido comprender mejor las funciones de producción inherentes a cada una de las técnicas financiadas. A partir del análisis de las estructuras logísticas de los diferentes servicios es posible extraer conclusiones respecto a protocolos, número de IMAE y aranceles adecuados para cada técnica, reconociendo una interdependencia entre estos conceptos.

Los estudios han mostrado la importancia que adquiere la fijación de precios para la sustentabilidad económica de estas unidades, que en algunos casos son de un bajo nivel de eficiencia. Esta situación puede generar incentivos hacia la captación de demanda con la finalidad de mejorar la ecuación económica de unidades ineficientes, restándola a otras estructuras competidoras que están más cerca de los niveles de eficiencia.

Tal como sucede con otros sectores de la economía, la optimización en la utilización de los recursos está definida por la consecución de escalas adecuadas de producción. Estas escalas o volúmenes mínimos de actuación de un servicio no sólo generan mayor pericia y especialización de los recursos humanos sino también un mejor aprovechamiento económico de la capacidad instalada y sus servicios de base, esto es, los recursos de naturaleza fija.

No tener en cuenta estos factores en la toma de decisiones genera el riesgo de que los aranceles actúen como un proceso que premia con niveles de rentabilidad relativamente alta, a los IMAE que se ubican en tramos de actividad más eficiente.

Con una determinación administrativa de los aranceles como precio de los actos médicos, la estimación de los costos de los distintos insumos es influenciada por los niveles de eficiencia exigidos a los involucrados en la utilización de los recursos, la cantidad de operadores y el nivel de servicio exigido por los protocolos de pertinencia y oportunidad de los actos.

III.10. COMPRA DE MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS

El FNR asegura a los pacientes el suministro oportuno de diversos insumos necesarios para los actos médicos autorizados, a través de diferentes mecanismos.

Ciertos medicamentos, que el paciente debe utilizar como parte de su control de seguimiento, son adquiridos por el FNR mediante mecanismos de compra por llamado público a oferentes.

Los dispositivos, que deben ser puestos a disposición del equipo médico que realiza el acto, son incorporados a la cobertura del Fondo mediante llamados públicos para integrar listas de dispositivos autorizados. En estos casos no se trata de compras dado que no existe un compromiso de uso ni de cantidad, sino que el consumo queda supeditado a las decisiones que adopten los equipos médicos durante los procedimientos.

Como queda dicho, salvo excepciones en las cuales existen precios administrativos fijados por el FNR, en casi todos se realizan llamados para la presentación de ofertas en acto público. Los precios administrativos son pocos y sólo se utiliza este mecanismo para situaciones en las cuales se habían detectado niveles anormalmente altos, respecto a la región.

Como resultado de esta estrategia se han obtenido mejoras muy significativas en todos los casos.

**COMPONENTES DEL TURISMO
SOCIAL Y ASPECTOS
INTERNACIONALES
(Primera parte)**

Lic. T.S. Inés Nuñez

COMPONENTES DEL TURISMO SOCIAL Y ASPECTOS INTERNACIONALES

1. INTRODUCCIÓN

Este documento es una primer entrega de otros módulos que se piensa abordar en el tema de Turismo Social.

En este sentido, y a efectos de lograr una mejor comprensión de la temática, se entiende oportuno desarrollar los siguientes módulos:

- I. Componentes del Turismo Social y Aspectos Internacionales.
- II. Turismo Social en el ámbito del Banco de Previsión Social y
- III. Estudio Comparativo entre el Programa de Turismo Social en España y Uruguay – Propuestas de líneas a desarrollar.

En esta primera instancia, se expondrá una conceptualización sobre Turismo y Turismo Social, definiendo los aspectos que comprenden; se informará en forma general sobre la Organización Mundial del Turismo, Declaraciones Internacionales y una breve reseña respecto al Programa de Vacaciones y Termalismo para Mayores en España.

En una segunda entrega, se continuará abordando el tema en nuestro país, exponiendo sobre antecedentes normativos, entre los que se destaca los “regímenes de vacaciones”, se señalará la creación del Ministerio de Turismo, para llegar luego a la experiencia concreta del Programa de Turismo Social del Banco de Previsión Social.

En un último documento, se realizará una serie de consideraciones comparativas y generales sobre la experiencia de España y Uruguay, a fin de que puedan servir de insumos para incursionar posteriormente en otros aspectos de este tema.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE TURISMO

2.1. Aspectos que componen el Turismo

Si bien existen diversas definiciones sobre Turismo, y aquellas que consideran diferentes aspectos que lo comprenden, parece oportuno referir a la que plantea el autor Oscar De la Torre Padilla, concepto que también ha sido integrado por nuestro Ministerio de Turismo, que expresa lo siguiente:

“El Turismo es un fenómeno social que consiste en el desplazamiento voluntario y temporal de individuos o grupos de personas que, fundamentalmente por motivos de recreación, descanso, cultura o salud, se trasladan de su lugar de residencia habitual a otro, en el que no ejercen ninguna actividad lucrativa ni remunerada, generando múltiples interrelaciones de importancia social, económica y cultural.”

El descanso es una necesidad fundamental en los seres humanos, y el efecto que la actividad turística puede tener sobre la salud psíquica de la población son significativos.

La búsqueda del equilibrio social y cultural, lleva sin lugar a dudas a tener personas con mejores estándares de bienestar individual y colectivo, por tanto ayuda al mejoramiento de las relaciones humanas, familiares y de productividad laboral.

Por otra parte, desde otra perspectiva del tema, es necesario señalar que el Turismo es un conglomerado muy extenso que abarca una amplia variedad de servicios e industrias.

La actividad turística es un rol que no solo le compete al Estado, sino que también es importante la participación de los sectores privados, y que en forma conjunta lo público y lo privado, permite un desarrollo equilibrado de la actividad turística.

Si se apunta a un desarrollo de este sistema es posible generar una mayor oferta laboral, obteniendo una cantidad de puestos laborales y más estables, una mayor y mejor aprovechamiento de la infraestructura ociosa, una mejor oferta del mercado, producida por una mejora en la competitividad de los sectores y mayor sostenimiento durante todo el año, y así podríamos seguir enumerando.

2.2. Concepto de Turismo Social

Si bien el turismo tiene factores muy significativos en el desarrollo personal, social, económico y otros, es importante destacar en este tema el concepto de **Turismo Social**. Se puede precisar que la diferencia fundamental con el simple Turismo, radica en que mediante subvenciones o rebajas sustanciales en las tarifas, permite que distintos tipos de personas participen de la actividad en baja temporada y con costos más accesibles.

En este sentido la modalidad que implementó el Banco de Previsión Social fue dentro del marco de un Programa de Turismo Social, el que trataremos más adelante en este documento, y que permitió que personas con escasos recursos económicos, pudieran acceder y disfrutar de estadías vacacionales en diferentes lugares del país y con costos accesibles.

Incursionando sobre la definición del término Turismo Social se ha podido apreciar diferentes conceptualizaciones, donde algunas de ellas están referidas en documentos de estudio, declaraciones y leyes nacionales:

El Foro europeo de turismo social (Budapest, abril de 2005) organizado por la Fundación Nacional de Ocio de Hungría en colaboración con el BITS, ha definido el nuevo turismo social como “..... un turismo para todos, solidario y sostenible”. En sentido amplio, el concepto de turismo social lleva implícito la

democratización del turismo, es el disfrute generalizado y sin exclusiones de toda la población a un tiempo de ocio y turismo.¹

Turismo para todos: El Turismo Accesible se ha concebido como aquel que garantiza el uso y disfrute del turismo a las personas que padecen alguna discapacidad física, psíquica o sensorial. Sin embargo el Turismo Social parte de una concepción más amplia de sus potenciales beneficiarios al tener por objeto de lucha contra las desigualdades y exclusión de todos aquellos que tienen una cultura diferente, poseen menos medios económicos o habitan regiones menos favorecidas. En definitiva la concepción de estos dos conceptos, turismo accesible y turismo social, hacen posible la consecución de un verdadero turismo para todos.

El Turismo social supone, una nueva modalidad de turismo basado en la inclusión de la oferta de aquellos menos favorecidos por razones económicas, sociales, etc., propiciando su propio desarrollo y el de las comunidades visitadas. El turismo social, como cualquier forma o modalidad turística, debe y tiene que aplicarse bajo valores de armonización, equilibrio y respeto al medio ambiente.²

Por su parte, una editorial mexicana plantea que se ha denotado un avance en la definición de Turismo Social, dado que de ser un término referido a aquellos visitantes provenientes de sectores de escasos recursos, considerados en su mayoría carentes de educación, de instrucción y, por consiguiente, insensibles e irrespetuosos en la conservación de la región que se visita y su medio ambiente, ahora se enfoca a un Turismo para Todos, es decir, el acceso de todos los componentes de la sociedad al derecho al descanso, al ocio; derecho en el que también subyace un principio de salud y de fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias y, lo más importante, actividad turística que tiene como meta brindar a todo visitante un beneficio social, cultural, deportivo, como valor agregado.³

2.3. Declaración internacional y norma legal que complementan el enfoque de Turismo Social

En la línea de declaraciones internacionales, específicamente consideradas para las personas mayores, en la publicación “Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, se establecen dentro de sus objetivos, aspectos a considerar para el desarrollo de turismo para las personas de edad.

¹ Documento del Gobierno de las Islas Baleares denominado “Un partenariado para fomentar el turismo social en la Unión Europea (documento para la reflexión y el debate)- Junio 2005.

² Turismo Accesible “Hacia un Turismo para Todos” 2003 Año Europeo de las Personas con Discapacidad - Daniel Marcos Pérez- Diego J.González Velasco – MAZARS.

³ Editorial Turismo Juvenil de México- 2004- Lic. Mría Guadalupe Gómez Mont Urueta- Directora de Turismo Social- Secretaria de Turismo.

En este sentido, se transcriben algunos de los puntos que tienen relación con el turismo social:

- La creación de condiciones políticas, económicas, físicas, sociales y culturales adecuadas para las personas mayores, es fundamental para el desarrollo social y el ejercicio de los derechos, deberes y libertades de la vejez (Capítulo IV Creación de un entorno propicio y favorable N° 38).

- Integrar el envejecimiento demográfico en los planes de desarrollo nacional y en la planificación de las intervenciones de los Ministerios de Hacienda, Planificación, Desarrollo Social, Salud, Educación, Vivienda, Transporte, Trabajo, **Turismo** y Comunicación, así como en los programas de cobertura a nivel de la seguridad social. ... Trabajar para asegurar el apoyo presupuestario necesario para la aplicación de las medidas que se contemplen en las políticas y programas a favor de las personas mayores (Capítulo V –Aplicación y seguimiento de la estrategia regional, se establece en la meta general D, en el Objetivo 1 numeral a-).

- Por último, en la Ley Nacional de Turismo de Argentina, se plantea el concepto de Turismo Social, y se establece que “ ... comprende a todos aquellos instrumentos y medios que otorguen facilidades para que todos los sectores de la sociedad puedan acceder al ocio turístico en todas sus formas, en condiciones adecuadas de economía, seguridad y comodidad”.

- Asimismo, se declara que “ ... la autoridad de aplicación tiene a su cargo elaborar el Plan de Turismo Social y promover la prestación de servicios accesibles a la población privilegiando a los sectores vulnerables, mediante la operación de las unidades turísticas de su dependencia y ejerciendo el control de gestión y calidad de los servicios”.

- Finalmente se plantea que se “... podrán suscribir acuerdos con prestadores de servicios turísticos, organizaciones sociales y empresas privadas a fin de analizar, evaluar y determinar precios y condiciones especiales”.⁴

3. MARCO INTERNACIONAL

3.1 Organización Mundial de Turismo

En el ámbito mundial es importante destacar que existe la Organización Mundial del Turismo (OMT), la cual ha sido conferida por las Naciones Unidas como la principal organización internacional en materia turística.

En relación a su estructura, los principales órganos son: la Asamblea General, Consejo Ejecutivo, Comisiones Regionales, Comités especializados y una Secretaría, siendo su sede en Madrid-España.

La OMT intenta a través del Turismo, estimular el crecimiento económico y la creación de empleo, incentivar la protección del medio ambiente y el

⁴ Ley Nacional de Turismo de Argentina N° 25.997 de 16/12/2004, publicada oficialmente el 7/1/2005 – Título V Art. 38 al 40.

patrimonio cultural y promover la paz, la prosperidad y el respeto por los derechos humanos.

Desde el año 1977, Uruguay es uno de los países miembros de esta Organización.

En el año 1979 ha quedado establecido que el día 27 de setiembre se celebrará el "Día Mundial del Turismo".

3.2. Declaraciones Internacionales

Con relación a Declaraciones Internacionales de Turismo, si bien existen diversos enunciados, citamos la Declaración de Montreal.

Está compuesta por tres capítulos: "Turismo Social: un alto ideal frente a la discriminación y el reto de la integración"; "Turismo Social: ventajas para el futuro y un forjador de la sociedad" y "Criterios para una definición de Turismo Social".

Si bien contiene 15 artículos, es importante citar algunos de ellos:

Art. 1º : "La Declaración Universal de los Derechos Humanos expresa que todos los seres humanos tienen derecho a descansar, tiempo de ocio, un límite en las horas laborales, y a vacaciones pagas ...".

Art.2º: "El objetivo primario de todas las iniciativas de desarrollo turístico debe ser la realización plena de las potencialidades de cada individuo, tanto como persona que como ciudadano".

Art. 3º: "La meta de hacer que el ocio turístico se accesible a todos - incluyendo familias, jóvenes y mayores- necesariamente significa involucrarse en la lucha contra la desigualdad y la exclusión de los diferentes culturalmente, de aquellos con medios o capacidades limitadas, o de aquellos que viven en países en desarrollo ...".

Art. 12º: "En todo el mundo, son, y serán, esenciales nuevas formas de cooperación y sociedad, ya que el desarrollo turístico requiere el apoyo de muchas autoridades locales, organizaciones sociales, sindicatos, asociados financieros, movimientos familiares, de jóvenes, culturales, deportivos y ecológicos, y, desde luego, profesionales en la industria turística, entre los cuales los operadores de turismo social que sirven al bien público".

Art.13º: "Cualquier organización turística (asociación, cooperativa, sociedad mutual, fundación, federación, organización sin fines de lucro, compañía, etc.) que, por sus artículos de asociación o declaración de objetivos, se identifique claramente con los objetivos sociales y la meta de hacer los viajes y el turismo sean accesibles al mayor número, -diferenciándose así del único objetivo de maximización de los beneficios- puede reclamar su membresía en el movimiento de turismo social.

La palabra “social” puede evocar un sentido incrementado de solidaridad y fraternidad, y ser una fuente de esperanza para todas aquellas personas en el mundo de hoy que todavía no disponen de tiempo de ocio.

3.3. Experiencia de Programas de Vacaciones y Termalismo para Mayores desarrollado por IMSERSO en España

3.3.1 Antecedentes del IMSERSO

El Instituto se creó en el año 1978, denominado Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), dirigiendo sus acciones a los colectivos de personas mayores, con discapacidad y a refugiados.

En 1997 se transformó en el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), ampliando las competencias en materia de inmigración.

En el año 2000 la inmigración pasó a ser competencia del Ministerio del Interior y en el 2002 se modifica la estructura del IMSERSO y queda adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTyAS), a través de la Secretaría General de Asuntos Sociales.

3.3.2 Nueva Estructura

En el 2004 cuando se desarrolla la estructura orgánica del MTyAS, se cambia el nombre por el de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y se establece su adscripción como Entidad Gestora de la Seguridad Social a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Mayores y Discapacidad.

En el 2005 se establece la estructura orgánica y funciones del IMSERSO, atribuyéndole competencias en materia de personas mayores, incorporando entre ellas, las que se deriven de la creación y puesta en funcionamiento del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población.

Asimismo, le corresponde:

- la gestión de los servicios sociales complementarios del sistema de la Seguridad Social
- la gestión de los planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y para personas con dependencia
- elaboración de propuestas normativa básica que garanticen la igualdad de los ciudadanos y el desarrollo de políticas de cohesión social interterritorial, en relación con las materias antes mencionadas⁵.

⁵ Informe de la Delegación del Organismo en el marco de cooperación entre la TGSS y el INSS con el BPS, Diciembre de 2005.

3.3.3 Inicio y creación del Programa de Vacaciones para Mayores

Este programa en España, se puso en marcha en el año 1986, en forma experimental, para una población de 25.000 personas mayores, que incluía los servicios de alojamiento, manutención y desplazamiento, por un período de 15 días.

Previamente se tuvo en cuenta la situación de las personas mayores, las cuales por motivos culturales y no tanto por razones económicas, no tenían por costumbre conocer lugares de este país, por ejemplo la inmensa mayoría no conocía el mar, por lo que no existía un hábito turístico de estas generaciones.

El programa ha crecido paulatinamente y actualmente cuenta con 900.000 usuarios.⁶

Se procura por un lado la mejora de la calidad de vida, mediante la realización de viajes y actividades turísticas a colectivos de personas mayores y con cierto grado de discapacidad que sean de menores recursos. Además el fomento del empleo en zonas turísticas en temporada baja.

El programa ofrece:

- a) Turnos de Vacaciones de ocho a quince días en zonas de clima cálido en España (costa mediterránea, Baleares y Canarias) o de ocho días en Portugal.
- b) Circuitos culturales de seis días por zonas de marcado interés turístico cultural
- c) Turismo Naturaleza de cinco días en zonas que cuenten con espacios naturales que permitan llevar a cabo actividades recreativas y contemplativas.

Se está diseñando un programa experimental con tres nuevas modalidades:

- a) estadias amplias de 29 días en uno o dos lugares combinados
- b) asistencia a grandes eventos
- c) viajes sin transporte

Con relación al Programa de Termalismo Social, el mismo está orientado a actuar en forma preventiva, curativa o rehabilitadora de enfermedades crónicas o invalidantes. Las estancias en establecimientos termales, que son parcialmente subsidiadas, se ofertan a quienes por prescripción facultativa lo requieran.⁷

⁶ Exposición en sesión de Directorio del BPS de fecha 06/10/2005 del Sr. Héctor Maravall – Ex Director del IMSERSO, impulsor del Programa de Turismo Social en España -

⁷ Informe de la Delegación del Organismo en el marco de cooperación entre la TGSS y el INSS con el BPS, Diciembre de 2005.

3.3.4 Desarrollo y evolución del sistema vacacional

Se comenzó por alojamientos en Hoteles, y luego se le fue anexado al propio hotel nuevos programas de apoyo que van desde bailes, actividades artesanales, visitas a empresas de las zonas o lugares históricos, museos, etc., comprometiendo así a la iniciativa privada, local y regional, y contemplando las demandas de diferentes espectros de población.

De acuerdo a investigaciones que se fueron realizando, también fueron adecuando el programa a las necesidades de las personas del medio rural, dado que al tener mayor responsabilidades en su entorno (cuidado de animales, plantas, etc.) se pudo ofrecer una semana opcional o los quince días como estaba establecido.

El programa también ha sufrido cambios en cuanto a su modalidad, pasó de ofrecer un único *“turismo de playa”*, a otro de *“turismo cultural”*, donde inicialmente tuvo una pequeña demanda y actualmente se deben sortear las solicitudes por lo elevado de su demanda.

Asimismo, recientemente se diseñó e incluyó un programa de *“turismo rural”*, por detectarse una población que tiene mayor interés por el tema ecológico, y además por encontrar una red de casas rurales que al igual que los otros servicios (hoteles, lugares históricos, etc.) tenían menor demanda en los meses de invierno.

Otro tema que se vino contemplando fue el *“intercambio con otros países”*, que si bien no estaba muy claro, porque había interés de mantener la actividad en España y en otros países no existen estos programas, se decidió empezar con Portugal, y ha despertado mucho interés.

3.3.5. Estructura y funcionamiento del programa

Con respecto al funcionamiento del Programa, todos los años se presenta un paquete turístico en el cual el Estado establece una cantidad de dinero y condiciones técnicas (cantidad de plazas, determinación de ciertos lugares, duración, calidad, etc) y se realiza un llamado público a empresas.

Inicialmente fue un sistema complejo porque los servicios hoteleros no se correspondían con las actividades del transporte y por lo tanto había que poner en relación empresarios de transporte y hotelería.

Esa necesidad de vinculación generó una entidad que se denominó “Mundo Social” que aglutina empresas hoteleras y del transporte. Esta empresa es la que adjudica el programa y lo gestiona, de esta manera existe solo un interlocutor con la administración y facilita el funcionamiento del programa. Si bien han existido reclamos de otras empresas, jurídicamente se ha solventado el tema y sigue organizado de esta manera.

En cuanto a la ejecución del Programa, a partir del mes de setiembre de cada año se realiza la convocatoria, el usuario va a cualquier Agencia de Viajes que está registrada y efectúa la solicitud. Si bien es un programa informático complejo, funciona muy bien, y se van ingresando las solicitudes y las fechas.

En el caso que exista mayor solicitudes que ofertas, se hace una selección en función de dos criterios: nivel de pensión y viajes realizados en los años anteriores por este programa. En el caso de tener alta pensión y haber viajado por este sistema, se mantiene en lista de espera o se le ofrece otra oportunidad en otras fechas.

3.3.6. Procedimiento en cuanto al uso y Control de los servicios

Este sistema informático permitió solucionar algunas situaciones que se venían presentado por parte de los usuarios. Por ejemplo, personas con mayor recurso querían viajar en varias oportunidades, enviando nota con la satisfacción del programa, generando un malestar en aquellas personas que no podían participar del programa. Otro de los temas era el acuerdo que los usuarios lograban con la empresa para permanecer más días a su cargo; la ventaja para la empresa era que ahorraba el traslado, contabilizaba como una estancia más y solamente le costaba la estadía.

Estas situaciones planteadas se fueron corrigiendo, y los avances en el sistema informático, facilitaron mucho el control del programa.

Respecto al control de calidad de los servicios de alojamiento, alimentación, transporte y actividades complementarias, el IMSERSO ha enfrentado diferentes problemas, que planteamos a continuación:

- Con relación al control de alojamiento y alimentación se instrumentó en los hoteles registrados un "libro de reclamaciones" específico para los viajeros de este programa, y mensualmente remiten las que se han presentado. Analizadas las mismas, se encuentra que en general están vinculadas al tema de la "comida" y responden al mismo colectivo que las presentan. Si bien en la mayoría de los casos no tienen un fundamento, se optó de todos modos por un bufete libre, que también está teniendo otros problemas.
- En las actividades complementarias, se observaron algunos problemas en aquellas empresas que ofrecían visitas guiadas y existía presión para comprar, por lo que se intentó evitar a través de inspecciones.
- A nivel del transporte se decepcionaron quejas respecto a la demora del servicio lo que retardaba el ingreso al hotel. Otro tema detectado fue la seguridad en el transporte, existiendo al principio algunos accidentes carreteros sin fallecimientos, pero que impactó mucho en la opinión pública, posteriormente se ha evitado este tipo de incidentes.

- Se utiliza como herramienta de valoración del programa, una hoja de evaluación que se le entrega al beneficiario, y si bien la mayoría no la remite, existe un grado de satisfacción muy alto por el programa, y una voluntad de mantenerse en futuras convocatorias.

Por otra parte se ha realizado un estudio con el Instituto Nacional de Salud, del cual surgió que después de disfrutar el período de vacaciones, había un descenso muy acentuado durante unos meses del consumo de medicinas por parte de las personas que habían participado. Por lo tanto el efecto placentero que tienen las vacaciones es muy evidente, esto ha llevado que junto con el bajo consumo de productos farmacéuticos, hayan sido instrumentos para solicitar más recursos para el crecimiento del Programa.

En otro aspecto se ha podido evaluar que se han creado nuevas infraestructuras hoteleras, se han ampliado los servicios de transporte y incrementado las actividades comerciales.

Con relación al empleo, no solo se ha mantenido, sino que se ha ampliado. Anualmente se han creado 25.000 empleos directos y aproximadamente 50.000 indirectos, lo cual tiene repercusiones positivas en un país con tasas de desempleo elevadas.

Desde el punto de vista económico se puede inducir que el programa no cuesta dinero al conjunto de la administración pública. Esto se basa en que si bien hay que financiarlo inicialmente, con los ahorros que se obtienen en seguro por desempleo y los ingresos por cotizaciones de nuevos trabajadores, IVA e IRPF, compensan en gran medida el gasto.

Pero lo más importante es que las personas mayores han descubierto el turismo, y pasó de ser un sector que no viajaba a ser el segmento de población que hace más turismo en España. Además este programa se ha extendido a varias localidades de España y se han integrado con otros grupos etareos.

Respecto al Programa de Termalismo, la red termal había entrado en una decadencia muy fuerte, habían balnearios que se encontraban en pequeñas localidades del Interior, y constituían la fuente de empleo por lo que al cerrar se generaba un efecto muy negativo.

Se propuso al IMSERSO crear un programa de termalismo con precios fuertemente subvencionados, se les pagaba alojamiento y el tratamiento quedando a cargo de la persona el traslado. Esta financiación es más cara para la Administración, la aportación del Estado y del usuario es mucho más alta. Tiene un menor alcance, atiende por año a 120.000 usuarios. Los criterios de selección están pautados por un informe del médico de cabecera respecto a sus dolencias o limitaciones y el tipo de balneario que corresponde, por otro lado se tiene en cuenta el correspondiente ingreso de

pensión (es lo que configura el derecho) y a partir de allí con esta baremación se obtiene un informe final de selección.

Había empresas termales que no tenían un tratamiento acorde, por lo cual no fueron seleccionados y en esto se utilizó los informes técnicos que garantizaban la utilidad del tratamiento. Por otro lado se logró una valorización de estos lugares por parte de la población que no tenía una visión positiva sobre el mismo. Se ha ampliado a otra población, ya que sus padres comentan a sus hijos y a utilizar estadias vacacionales en estos mismos lugares.

Este programa recuperó la industria termal, que es hoy floreciente en España. Ha tenido una gran eclosión de tal forma que los empresarios están tratando de limitar los períodos de estadias del IMSERSO (octubre – mayo), para atender a una suficiente cobertura privada.

Evaluando el programa en cuanto al tipo de usuarios que utiliza el servicio, se ha observado que al programa acceden los sectores con mayores pensiones, por lo que se está debatiendo con el sistema de salud para debatir si se debe considerar el tratamiento termal como una prestación del sistema nacional de salud.

Con respecto al financiamiento del programa se está valorando si es posible que las corporaciones locales o los gobiernos regionales paguen una parte y que a la vez otorguen una ayuda especial al usuario que tenga una renta más baja.⁸

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este primer módulo se planteó la temática de “Turismo”, en cuanto a su grado de importancia, tanto en el plano económico, como generador de nuevos puestos de trabajo e incidencia en las finanzas de un país, como del beneficio que produce a nivel personal, en el entorno de las relaciones familiares y sociales. Asimismo la importancia de preservar el medio ambiente, a efectos de poder propiciar en forma responsable la práctica de un turismo armonizable con el entorno inmediato.

Se realizó un primer acercamiento al concepto de “Turismo Social”, destacando de esta nueva modalidad, la inclusión de aquellas personas menos favorecidos en los planos económico, social, y otros, generando así una situación de equidad.

Dentro de esta línea, se tomó en cuenta la concepción de un turismo accesible, que garantiza la participación de las personas que padecen alguna discapacidad, así como la declaración internacional sobre Envejecimiento, que propone el desarrollo de un turismo para personas mayores.

⁸ Exposición en sesión de Directorio del BPS de fecha 06/10/2005 del Sr. Héctor Maravall – Ex Director del IMSERSO, impulsor del Programa de Turismo Social en España -.

Del plano internacional, se entendió importante destacar la labor de la Organización Mundial de Turismo, enunciar la Declaración de Montreal, que se destaca dentro de las declaraciones internacionales.

Por último se desarrolló la experiencia sobre Turismo Social que España viene implementado desde el año 1986, teniendo en cuenta que sobre esta modalidad se realizará estudios comparativos con el programa del Banco de Previsión Social del Uruguay.

Finalmente, se puntualiza que ha sido necesario realizar un recorrido por los temas expuestos, como forma de introducirnos en la temática, poder articular con los otros que se expondrán en los siguientes artículos, y además como insumo teórico para efectuar el análisis final respecto a la importancia del Turismo.

**RIESGO Y BIENESTAR:
REFLEXIONES EN TORNO
A LAS METAS DEL MILENIO**

Artículo publicado en revista PRISMA
“Dilemas sociales y alternativas
distributivas en Uruguay” N°21,2005

Rubén Kaztman

*Máster en Sociología (Universidad de Berkeley).
Fue director de la Oficina de la CEPAL (Montevideo)
y oficina principal de la División de Desarrollo Social
de la CEPAL (Santiago de Chile), Director del
Programa IPES, Universidad Católica del Uruguay*

RIESGO Y BIENESTAR: REFLEXIONES EN TORNO A LAS METAS DEL MILENIO

Las reflexiones siguientes se derivan de la lectura de los documentos preparados por el sistema de las Naciones Unidas en Uruguay para la discusión de los objetivos del milenio (ODM)¹

De la lectura de los documentos se puede inferir que, además de los beneficios que para cada país se derivan del hecho de participar en un esfuerzo mundial que busca definir y alcanzar objetivos compartidos por la mayoría de los países, las actividades generadas alrededor de los ODM tienen otras muchas virtudes. En primer lugar, la de discutir, a través de una amplia convocatoria nacional, los principales problemas de cada sociedad, los desafíos que de allí se derivan y las metas que en términos realistas se pueden plantear para los próximos diez años.

Segundo, la de aprovechar la experiencia comparada para canalizar hacia los países información sobre experiencias exitosas, así como diagnósticos e instrumentos técnicos que permitan identificar y sortear los obstáculos que se interponen en el logro de las metas propuestas.

Tercero, la de promover la construcción de una plataforma estable desde la cual instituciones nacionales e internacionales pueden apuntalar la voluntad política de los gobiernos y exigirles responsabilidad de cara a los compromisos asumidos.

Dicho lo anterior, cabe señalar que el carácter virtuoso de esta iniciativa se puede potenciar o debilitar según cómo se resuelvan algunos desafíos que surgen, o bien de las características mismas de esta convocatoria, o bien del análisis de lo que hoy día constituye la cuestión social en Uruguay. Lo que les voy a exponer a continuación explora la naturaleza de tres de esos posibles desafíos. El primero tiene que ver con el nivel de expectativas que se genera alrededor de las metas específicas; el segundo, con las características de las nuevas estructuras de riesgo, y el tercero, con el peligro de cristalizar lo que se podría llamar una ciudadanía de segunda.

Expectativas y recursos

Con respecto a las expectativas que se generan alrededor de logros específicos, es posible que, en parte como producto de la amplitud de la convocatoria, éstas resulten mucho más ambiciosas de lo que

¹ Me refiero al documento base para la discusión nacional y a la relatoría de las mesas de diálogo. Este último describe de manera clara y precisa la metodología seguida, las lecciones aprendidas, cómo se organizaron las mesas y los resultados de los intercambios en cada una de ellas. Véase *Objetivos de desarrollo del milenio en Uruguay*, Montevideo: Trilce 2003.

razonablemente cabría esperar si se tienen en cuenta al menos dos antecedentes. Un primer antecedente es la experiencia del continuo desajuste que ha debido sufrir el país frente a las turbulencias desatadas por la globalización. La lectura de esa experiencia hace sospechar que, en el mejor de los casos, Uruguay va a necesitar un largo período para que sedimente una economía capaz de resistir los shocks externos y que pueda brindar un soporte estable a los esfuerzos por alcanzar las metas fijadas en este ejercicio. Un segundo antecedente importante para matizar las expectativas en cuanto al logro de metas se refiere al reconocimiento de que en las últimas décadas y con escasas excepciones, las políticas sociales del país se han caracterizado más por ir a la retaguardia de los problemas, colocando parches allí donde estos surgían, que por aprovechar diagnósticos existentes que hubieran permitido desviar o amortiguar el impacto de ciertas tendencias.²

Por otra parte, la satisfacción de expectativas supone disponibilidad de recursos y sabemos que esa disponibilidad de recursos está fuertemente acotada en Uruguay. Dos son los factores limitantes más significativos: el peso de los intereses de la deuda y los gastos en jubilaciones y pensiones. Estos últimos reflejan la prioridad que se ha dado al mantenimiento de las condiciones de vida de los mayores, en una sociedad envejecida, con una relación claramente desventajosa entre activos y pasivos y con la más amplia cobertura de prestaciones sociales en la región. En estas circunstancias, el país enfrenta – y es muy probable que siga enfrentando en un futuro próximo – una dramática escasez de recursos. De ahí que se pueda anticipar que, para avanzar hacia los objetivos del milenio, los gobiernos de la próxima década se van a ver forzados a ser muy cuidadosos en la definición de prioridades en la asignación de fondos, y eso implica tener acceso al menos a dos tipos de conocimientos. Por un lado, una evaluación precisa de la significación del aporte que cada una de las metas del milenio hace al logro de los objetivos de largo plazo de la sociedad, entendiendo por tales, en el caso uruguayo, la promoción de un desarrollo sustentable e incluyente en el que se maximicen, para toda la población, las oportunidades de integración sobre bases de equidad. Por otro lado, un conocimiento detallado de cómo interactúan las distintas metas propuestas para el milenio y de cuáles son los encadenamientos causales que vinculan una con otras.

Como aprendimos de los documentos y presentaciones del sistema de Naciones Unidas en Uruguay, el cumplimiento de cada meta demanda una gama de intervenciones específicas. En última instancia, los gobiernos deberán identificar, entre los múltiples puntos de intervención propuestos, aquellos que resultan cruciales para cumplir con los objetivos de largo plazo en la forma más eficiente posible. Pero además del reconocimiento del carácter más o menos crucial de las distintas intervenciones, los que toman las decisiones deberán considerar sus costos relativos, incluyendo en ello los

² Se pueden tomar como ejemplos los trabajos de Juan Pablo Terra y de la oficina de la CEPAL en Montevideo, en la década de los ochenta, sobre la situación de la infancia y los problemas de reproducción biológica y social de las nuevas generaciones, así como los trabajos sobre cambios en la morfología social urbana y sus afectos sobre el endurecimiento de la pobreza de los noventa.

costos de la negociación con los grupos de interés que resisten los cambios en cada campo, así como también la insoslayable necesidad de eliminar cualquier costo adicional para aquellos sectores que ya no resisten un agravamiento de sus condiciones de vida.

Un problema que se plantea es cómo compatibilizar estas necesidades de los gobiernos con el mecanismo utilizado en este caso, esto es, la convocatoria a mesas de diálogo que procuran establecer prioridades para áreas específicas. Una buena señal a este respecto se desprende de la relatoría, cuando se afirma que los participantes asumieron el carácter integral del tratamiento de los objetivos del milenio aportando miradas sistémicas a los problemas. Pero la relatoría también afirma que una de las lecciones aprendidas de este ejercicio fue la necesidad de construir visiones compartidas del país.

Ahora bien, las mesas de diálogo se formaron con representantes de organizaciones de la sociedad civil que atendían las problemáticas específicas de cada área, y representantes del gobierno en distintos niveles, incluidos los funcionarios responsables de las políticas sectoriales que lidiaban con el problema que se trataba. Es razonable anticipar que la mayoría de las organizaciones civiles afectadas a una problemática (salud, educación género, vivienda, alimentación, etcétera), la hayan elegido justamente por estar convencidos de la importancia que tiene el trabajo en esa área para superar los problemas de pobreza, exclusión e inequidad social que afectan al país. También parece razonable asumir que los funcionarios públicos sectoriales que asistieron a las reuniones se encuentren particularmente sensibilizados por las necesidades de la población en el área donde trabajan. Intuyo que, si se hubiera colocado a los participantes en cada una de las mesas ante la situación que enfrenta cualquier gobierno, esto es, frente al ejercicio hipotético de tener que distribuir fondos escasos entre intervenciones que hacen al logro de las distintas metas, lo más probable es que en cada una de las mesas encontráramos una inclinación casi "natural" a asignar la máxima prioridad al tema que tratan o, al menos, una prioridad mayor que la que le otorgarían la mayoría de los participantes en las otras mesas. Y seguramente cada mesa ofrecería argumentos muy atendibles para defender sus propias prioridades.

En resumen, el ejercicio promovido por la Naciones Unidas permite identificar y legitimar un conjunto de metas específicas para la próxima década en distintas áreas sociales, y ello ciertamente representa un insumo muy valioso para el diseño y la implementación de políticas sociales de los gobiernos nacionales y departamentales, para fortalecer la voluntad política para esas acciones y también para orienta los aportes de las organizaciones de la sociedad civil. Pero tampoco hay duda de que el valor final de esos insumos dependerá básicamente de la capacidad del Estado para asignar prioridades para el logro de cada meta específica en función de una visión de la sociedad uruguaya que refleje las aspiraciones y capture la imaginación de las grandes mayorías de la población. Para ello los equipos técnicos responsables deberán acumular conocimientos precisos acerca del modo en que el logro de cada meta fortalece la capacidad de la sociedad para enfrentar las nuevas

estructuras de riesgo a las que está expuesta la población, así como el grado en el que el actual régimen de bienestar uruguayo se adecua a las exigencias que plantea la protección contra esos riesgos. Este señalamiento me sirve como introducción al segundo desafío antes mencionado, referido a las nuevas estructuras de riesgo.

2. Nuevas estructuras de riesgo

El país ha experimentado alteraciones profundas en la naturaleza de la cuestión social, pero lo ha hecho sin modificar mayormente la arquitectura de un régimen de bienestar que se consolidó a mitad del siglo pasado en el marco de un proceso activo de sustitución de importaciones. ¿Cuáles son las características principales de las nuevas estructuras de riesgo?. Tal como se plantea en el Informe de desarrollo humano de 1999, las nuevas estructuras de riesgo están estrechamente asociadas a transformaciones importantes en, al menos cuatro ámbitos o dimensiones: en el mercado de trabajo, en las estructuras familiares, en el perfil demográfico de la población y en la forma en que se distribuyen las clases sociales en los espacios urbanos.

En cuanto a las transformaciones en el mercado de trabajo, existe entre los expertos un amplio consenso que ubica en el centro del nuevo escenario económico una dinámica que tiende al estrangulamiento del empleo y al repliegue de las conquistas laborales. Aun cuando la incertidumbre laboral parece ser una característica inherente a las nuevas modalidades de acumulación que afecta a toda la población, también es cierto que los cambios en los requerimientos de acceso a las oportunidades de trabajo implican una fuerte desventaja relativa para los trabajadores de baja calificación. Evidencia de ello es la brecha creciente que se puede observar entre calificados y no calificados en cuanto a desempleo, precariedad e ingresos. El reconocimiento de un marcado aumento de la proporción de pobres con un vínculo precario con el mercado de trabajo exige un giro hacia un régimen de bienestar que no ate las prestaciones sociales básicas a la inserción laboral, y que además permita disociar la flexibilidad laboral de la precariedad laboral.

Con referencia a las transformaciones en las formas de constitución y disolución de las familias, se puede afirmar que la familia actual sufre un deterioro de su pool de recursos, respecto a aquel con que enfrentó tradicionalmente su rol en la reproducción biológica y social. El aumento de la inestabilidad de las uniones, de los divorcios y separaciones, así como de la proporción de hogares monoparentales con jefatura femenina, combinado con el continuo incremento de la participación laboral de las mujeres, coloca una fuerte tensión sobre la capacidad de las familias para socializar a las nuevas generaciones. Máxime si se tiene en cuenta que, a los efectos de que esas generaciones se incorporen sin mayores problemas a sociedades de economías cuyo funcionamiento gira más y más en torno al conocimiento, esa socialización tiene que satisfacer requerimientos rápidamente cambiantes y crecientemente exigentes en cuanto a habilidades cognitivas y destrezas sociales. Las consecuencias para los niños de estos déficit en la capacidad de socialización son más agudas entre los pobres que en el resto

de la sociedad, justamente por la ausencia de recursos que puedan sustituir o compensar la ausencia o debilidad de dichas capacidades. Los regímenes de bienestar anclados en el supuesto de familias estables y de una división tradicional por género entre el trabajo doméstico y el trabajo remunerado deben hacer un rápido giro para enfrentar estos nuevos riesgos.

Del análisis de la evolución del perfil demográfico de la población también emergen nuevas áreas de riesgo. Por un lado, la relación numérica entre adultos mayores y población en edad activa se ha vuelto crítica, especialmente cuando se toma en cuenta que los primeros cuentan con la cobertura de prestaciones sociales más alta entre las economías de mercado de la región. Por otro lado, en la comparación latinoamericana, el Estado uruguayo también se caracteriza por la distribución generacional más desbalanceada de la protección social, cuyos efectos son fácilmente observables cuando se contrastan los porcentajes de pobres en la infancia y en la tercera edad. La situación resultante, además de cuestionar fuertemente el mantenimiento de las viejas estructuras de protección social, anticipa fuertes obstáculos para la conformación futura de una sociedad integrada sobre bases de equidad, así como para la formación de los recursos humanos necesarios para la sustentabilidad del crecimiento. Un régimen de bienestar que se gestó en el contexto de una relación mucho más favorable entre activos y pasivos, y de un ensamble mucho más armonioso entre la escuela y las familias (y, como veremos, también el barrio), debe necesariamente transformarse para enfrentar estos nuevos desafíos.

Finalmente, se han producido cambios en la morfología social de las ciudades que han llevado a una creciente aglomeración de los sectores de población que acusan más fuertemente las desventajas asociadas con cada una de las tres fuentes de riesgo antes comentadas. Esto es, las personas con los vínculos más débiles con el mercado de trabajo, con las configuraciones familiares que muestran una menor capacidad de socialización, así como los hogares con mayor cantidad de niños, se han ido concentrando en barrios que muestran una creciente densidad de carencias. Mi impresión es que este fenómeno, que se estudia bajo el nombre de segregación residencial, ha añadido un riesgo de aislamiento y de exclusión social que modifica radicalmente la situación de la pobreza urbana. Ello es así porque la segregación residencial activa dinámicas de endurecimiento de la pobreza, de fortalecimiento de los mecanismos de su reproducción intergeneracional y de fractura del tejido social de las ciudades. Aquí también se requiere un giro del régimen de bienestar nacional que tradicionalmente estuvo dirigido a individuos incorporados al mercado de trabajo, para dar cabida a la consideración de intervenciones de base territorial.

Ciudadanía de segunda

El tercer desafío que debe enfrentar el régimen de bienestar uruguayo es el riesgo de consolidación de lo que podríamos llamar una ciudadanía de segunda. Es posible que la inercia de un fuerte legado de justicia social (quizás combinado con cierta incapacidad para imaginar e implementar alternativas viables) haya incidido en una actitud tolerante del sistema político

y de los responsables del control del uso de los distintos servicios y facilidades ante estrategias de supervivencia de los hogares más acosados por los riesgos anteriores, permitiendo que dichos hogares hicieran uso de esos servicios y facilidades sin tomar en cuenta los costos que ello implica para el resto de los ciudadanos. Me refiero a hogares que, inhabilitados para conseguir avales para un arrendamiento, para pagar un alquiler o los costos de cualquier tipo de impuesto relacionado con la propiedad de una vivienda, recurren a la ocupación de terrenos, se cuelgan de la luz, encuentran formas de acceso gratuito al agua, utilizan los servicios de comedores escolares y comunales, tiene acceso a alimentos provistos por el INDA, logran reducir en forma significativa el costo de la televisión por cable explotando conexiones ilegales, y al mismo tiempo conocen y hacen buen uso de sus derechos en cuanto a asignaciones familiares, pensiones por incapacidad y subsidios a la pobreza. Estas situaciones plantean al menos dos nuevos riesgos. El primero es el de la posibilidad de que muchos de estos hogares tiren la toalla aceptando la dependencia de soportes relacionales externos y renunciando a los esfuerzos por aumentar la propia capacidad para mejorar sus niveles de bienestar y, por ende, para resistir la desafiliación a una sociedad que los excluye. El segundo riesgo se refiere a las señales que emiten estas situaciones para aquellos que luchan todos los días por superar su situación de pobreza o por mantenerse fuera de ella a través del trabajo. El desafío para las nuevas política sociales es cómo rescatar a los que tiraron la toalla sin que ello implique un debilitamiento de la motivación de los que resisten la desafiliación.

Hay en todo esto un fuerte componente de privación relativa. Uruguay es una de las pocas sociedades latinoamericana donde el pasado ha sido, para una mayoría de la población, mejor que el presente. Y en ese pasado de sociedad incluyente, con un legado de integración social sobre bases de equidad, es donde los uruguayos han construido su identidad ciudadana y el que, por ende, opera como el marco de referencia desde el cual los uruguayos, incluyendo a los pobres, evalúan su situación actual. O sea que, si bien el malestar social de hoy tiene que ver obviamente con el deterioro de las condiciones materiales de vida, también tienen que ver con el hecho de haber quedado fuera de la vieja sociedad de cercanías y de la participación universal en los espacios sociales y económicos principales de la sociedad. Es decir, el problema no es simplemente que haya aumentado el número de los que están abajo y la distancia entre ellos y los que están arriba, sino que también ha aumentado el número de los que están afuera y la distancia con los que están dentro.

Para terminar, a mi juicio, las actividades para el cumplimiento de las metas del milenio, y la ineludible fijación de prioridades en las intervenciones, deberán asumir estos desafíos, reconociendo la naturaleza de las nuevas estructuras de riesgo y el desacople que se ha producido con respecto al régimen de bienestar que el país fue capaz de construir en sus mejores tiempos.

**FONDONACIONAL DE RECURSOS
MEDICINA ALTAMENTE
ESPECIALIZADA**

PARTE II

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD
Y SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS
MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA**

PARTE II

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD Y SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

I. EVOLUCION ECONOMICO FINANCIERA

I.1. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN PATRIMONIAL

Hacia el año 2001 el FNR mantenía una crítica situación económico financiera que ponía en riesgo su viabilidad. La introducción de herramientas que modernizaron la gestión administrativa del FNR, la disminución del número de actos médicos, el fortalecimiento de sus posiciones a la hora de negociar, y el cambio en la política de compras, permitieron revertir un déficit que persistió a lo largo de una década y comenzó a disminuir el patrimonio negativo del Instituto.

Activos M/Nal.	al 31/12/2001	al 31/12/2004	al 31/12/2005
Corrientes	361.138.801	652.579.436	733.068.483
No corrientes	27.441.288	54.116.025	47.876.275
Totales	388.580.089	706.695.461	780.944.758
Pasivos M/Nal.	al 31/12/2001	al 31/12/2004	al 31/12/2005
Corrientes	1.124.999.985	739.013.735	790.231.141
No corrientes	13.992.602	315.392.532	176.423.624
Totales	1.138.992.587	1.054.406.267	966.654.765
Patrimonio M/Nal.	-750.412.498	-347.710.806	-185.710.007

Es posible resumir esta evolución en base a los resultados de los balances comparados 2001, 2004 y 2005 (cuadro anterior) y a la definición patrimonial básica (Activos – Pasivos = Capital).

Las conclusiones que se desprenden son las siguientes:

I.1.1. El último balance auditado del FNR al 31 de diciembre de 2005 permite observar la existencia de Activos, valuados en moneda nacional, por un importe de \$ 780.944.758 y Pasivos Corrientes por un importe de \$ 790.231.141, lo que determina que por cada peso propiedad del Fondo se debe aproximadamente una cifra equivalente. En el año 2001 esta relación era de 1 a 3, por lo que puede observarse que hubo un cambio significativo en una relación que determinaba en la lectura del balance de 2001, lo que técnicamente se define como una “quiebra virtual”.

I.1.2. Un aspecto significativo a destacar es la disminución operada en los pasivos corrientes al 31/12/05, es decir los que se cancelan en los doce meses subsiguientes al cierre del ejercicio. Se observa que de una cifra de \$ 1.124.999.985 en el año 2001 se redujo a \$ 790.231.141, que en términos porcentuales representa una disminución del 30%. La baja se produjo por los convenios de reprogramación de obligaciones, efectuado entre las autoridades del Fondo Nacional de Recursos y sus proveedores. Esta circunstancia permitió reconstituir el capital de trabajo del Fondo, el que si bien no se sitúa en niveles óptimos ha permitido, en la lectura de los estados contables por parte de sus usuarios, una notable mejoría respecto a ejercicios anteriores.

I.1.3. El patrimonio al 31/12/2001 expresado como valor residual de activos totales y pasivos totales, mostró un valor negativo de \$ 750.413.218 el que fue sucesivamente reduciéndose hasta situarse en un importe monetario negativo de \$ 185.710.007 al 31/12/2005.

I.1.4. En el cuadro siguiente se visualiza la evolución de los resultados del Fondo Nacional de recursos de los últimos siete años.

ESTADO DE RESULTADOS DEL FNR
Años 1999 a 2005 en millones de pesos contantes promedio 2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ingresos operativos netos	2.769,45	2.666,21	2.529,83	2.350,76	2.294,88	2.320,14	2.383,00
Costos por actos médicos	-2.966,66	-3.041,07	-2.769,29	-2.277,08	-2.109,73	-2.067,81	-2.127,00
Resultado bruto	-197,21	-374,86	-239,46	73,68	185,15	252,33	256,00
Gastos de Gestión	-23,80	-29,21	-34,21	-39,57	-44,57	-57,58	-56,00
Otros Ingresos	8,50	11,36	18,66	49,12	33,14	51,30	11,00
Otros Gastos	-27,20	-47,06	-31,10	-68,22	-19,43	-30,36	-41,00
Resultado	-239,71	-439,77	-286,11	15,01	154,29	215,69	170,00
% s/Ingresos	-8,66%	-16,49%	-11,31%	0,64%	6,72%	9,30%	7,13%

El año 2002 marca el quiebre de una tendencia negativa que se arrastraba desde el año 1995, en forma ininterrumpida. A partir del punto de inflexión los resultados obtenidos, todos positivos en términos de porcentajes sobre ingresos, han permitido el inicio del proceso de sustentabilidad económico financiera que permitirá en el año 2006 obtener un patrimonio positivo, luego de casi una década de patrimonio negativo.

El FNR ha tenido un equilibrio ligeramente positivo, se han logrado cambios organizativos en la gestión, se ha efectuado un seguimiento en los aspectos vinculados a los resultados económicos y a los resultados asistenciales con énfasis en el control, mejora en la calidad de los resultados y se ha acentuado la vigilancia respecto a los destinos de los recursos de la sociedad, que esta administración debe gerenciar en un contexto de máxima cristalinidad en el uso y eficiencia de los mismos. Consideramos que los objetivos expresados en forma voluntarista se han plasmado en resultados

reales, señalando la senda que indefectiblemente debe mantenerse y profundizarse.

II. DATOS BÁSICOS DE GESTIÓN DE ACTOS MÉDICOS - PERIODO 2000-2005

En este capítulo se presentan los principales indicadores de actividad del FNR de los últimos seis años de gestión, lo que permite visualizar su evolución:

- II.1. Actos médicos autorizados
- II.2. Actos médicos realizados
- II.3. Diálisis crónica
- II.4. Actos en el exterior
- II.5. Evaluación previa
- II.6. Programas de control de factores de riesgo

II.1. ACTOS MÉDICOS AUTORIZADOS

La evolución del número de actos autorizados se observa en el cuadro siguiente donde se exponen las diferentes técnicas, a excepción de la diálisis que se presenta por separado. En términos generales, de destacarse el significativo descenso en el número de actos ocurridos a partir del año 2003.

ACTOS AUTORIZADOS POR AÑO

ACTO MEDICO	AÑO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hemodinamia adulto	6.359	4.751	4.155	3.411	3.075	3.215
Hemodinamia infantil	277	263	203	159	182	134
Angioplastia coronaria	2.559	2.348	2.229	2.327	2.301	2.683
Cateterismo terapéutico	94	74	49	98	104	119
Cirugía cardíaca-adulto	2.243	2.120	2.005	1.809	1.753	1.859
Cirugía cardíaca-infantil	239	215	225	209	203	208
Marcapasos-Implantes	1.241	1.164	996	929	904	942
Cardiodesfibrilador-Impl.	0	0	0	38	44	39
Trasplante cardíaco	12	9	9	7	13	8
Prot. cadera-Artrosis	1.226	1.125	1.051	1.117	1.229	1.248
Prot. cadera-Fractura	950	825	881	868	798	844
Prot. cadera-Recambio	143	120	103	107	128	119
Prot. rodilla-Implante	775	730	697	586	892	765
Prot. rodilla-Revisión	25	20	14	8	12	8
Implante coclear	0	0	0	4	12	17
TILU-T. Endourológico	299	359	356	264	414	417
TILU-L. Extracorpórea	1.564	1.283	821	880	844	773
Quemados	195	150	156	179	168	182
TMO - Autólogo	113	103	88	83	80	77
TMO - Alogénico	21	13	17	22	27	18
Trasplante renal	*	*	*	74	103	116

En el caso de las técnicas traumatológicas se observa también un descenso en los años 2003 y 2004 con una recuperación en el último año. Se mantienen estables los actos de recambio y revisión.

Las litotricias (que actualmente no se encuentran dentro de la cobertura del FNR) experimentaron un notorio decrecimiento a partir del año 2001, en particular las extracorpóreas.

En cuanto a los trasplantes de médula ósea, debe destacarse el descenso ocurrido a partir del año 2000, seguramente vinculado a cambios introducidos por el FNR en los protocolos de cobertura. Los trasplantes alogénicos, luego de una tendencia al crecimiento, han descendido en el año 2005.

Las cifras de trasplante renal se han incrementado notoriamente en los últimos dos años. También se incrementó el ingreso de pacientes nuevos a diálisis.

El número de pacientes quemados tratados con cobertura del FNR se mantuvo estable en todo el período.

En el cuadro siguiente nos permite valorar la evolución del número de actos realizados en los últimos seis años discriminados según la procedencia institucional de los pacientes.

**ACTOS AUTORIZADOS POR AÑO
DISTRIBUIDOS SEGÚN INSTITUCION DE ORIGEN DE LOS PACIENTES**

ORIGEN DEL PACIENTE	AÑO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
IAMC	14.520	12.752	11.706	10.380	10.071	11.089
MSP	5.261	4.730	4.737	4.159	4.444	4.811
SFFAA	0	1	1	360	459	437
BPS	0	0	0	13	90	80
TOTAL	19.781	17.483	16.444	14.912	15.064	16.417

Se debe destacar que la cobertura para pacientes provenientes de Salud Pública (que han sido siempre menos que los provenientes de las IAMC) se ha mantenido estable, mientras que entre los pacientes provenientes de las IAMC es donde se ha observado el mayor descenso. En los últimos años se han incorporado pacientes derivados de las FFAA y un grupo de pacientes del BPS que no están incluidos entre los asistidos por la IAMC a través de la ex DISSE.

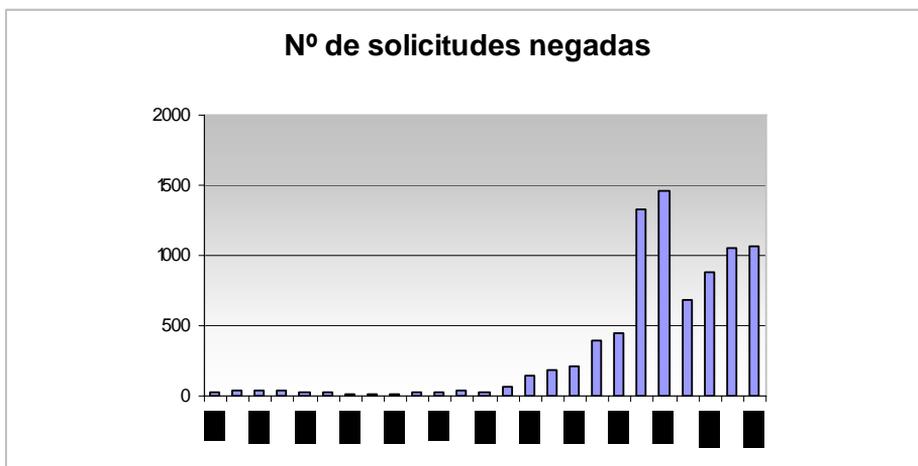
En el cuadro siguiente se presenta la evolución del número de actos de los últimos años según los principales tramos de edad de los pacientes.

**ACTOS AUTORIZADOS POR AÑO
DISTRIBUIDOS SEGÚN RANGOS DE EDAD DE LOS PACIENTES**

RANGO DE EDAD	AÑO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0 a 14 años	690	633	599	529	623	564
15 a 44 años	1.990	1.668	1.453	1.321	1.398	1.486
45 a 74 años	12.663	11.115	10.181	9.338	9.391	10.207
75 y más años	4.438	4.067	4.211	3.724	3.652	4.160
TOTAL	19.781	17.483	16.444	14.912	15.064	16.417

Como puede apreciarse, para el promedio del período analizado, el 62,8% de los pacientes con actos autorizados tenían entre 45 y 74 años seguidos de los mayores de 75 años que representan el 24,2% del total. En el extremo opuesto se encuentran los pacientes de hasta 14 años que participan, en promedio, con un 3,7% y los que tenían entre 15 y 44 años con una incidencia del 9,3%.

A continuación se presenta una gráfica donde se puede visualizar la evolución del número de solicitudes negadas.



Como puede apreciarse en los años 2000 y 2001 se verificó el mayor número de denegatorias con 1.329 y 1.461 respectivamente. A partir de ese año se produce un marcado descenso para luego estabilizarse en los dos últimos años.

Un interés especial presenta el número de actos con cobertura autorizada por el FNR según la procedencia geográfica del paciente. Debe destacarse que, mientras Montevideo tiene una tasa de 61,6 actos por 10.000 habitantes, Cerro Largo tiene menos de la mitad de esa tasa. Dichas cifras se presentan en el cuadro que se expone a continuación.

**ACTOS MEDICOS AUTORIZADOS
TASA DE UTILIZACION POR DEPARTAMENTO**

DEPARTAMENTO	N°	TASA	DEPARTAMENTO	N°	TASA
Montevideo	8.308	61,6	Paysandú	440	38,2
Florida	371	53,4	Salto	463	36,8
Colonia	638	52,7	Durazno	219	36,4
Flores	129	50,5	Tacuarembó	336	36,0
Maldonado	670	46,5	Artigas	260	32,8
Canelones	2.232	44,8	Treinta y Tres	160	32,0
San José	467	44,2	Rivera	341	31,7
Soriano	379	43,9	Río Negro	175	31,7
Rocha	310	43,7	Cerro Largo	256	28,9
Lavalleja	263	42,5			

Tasa por 10.000 habitantes

Población proyectada por el INE al 30/06/05.

II.2. ACTOS MÉDICOS REALIZADOS

En cuanto a los actos efectivamente realizados en los últimos 6 años, debe destacarse que los números son consistentemente más bajos que las coberturas autorizadas. Algunas de las diferencias tienen explicación porque los informes de realización de procedimientos autorizados sobre el final de un año pueden llegar al FNR al siguiente. De todas formas las tendencias son similares a las ya expuestas.

En el cuadro siguiente se muestra la evolución ocurrida a partir del año 2000 en el número de realizaciones discriminadas según la procedencia institucional del paciente.

ACTOS REALIZADOS SEGÚN ORIGEN DE LOS PACIENTES

ACTO MEDICO	AÑO											
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	IAMC	MSP	IAMC	MSP	IAMC	MSP	IAMC	MSP	IAMC	MSP	IAMC	MSP
Hemodinamia adulto	4.576	1.783	3.283	1.467	2.873	1.282	2.247	1.054	2.030	927	2.115	1.001
Hemodinamia infantil	111	166	110	153	83	120	56	91	56	92	41	65
Angioplastia coronaria	1.971	588	1.785	563	1.681	548	1.613	615	1.586	634	1.827	789
Cateterismo terapéutico	40	54	39	35	20	29	39	53	31	56	44	61
Cirugía cardíaca-adulto	1.667	576	1.554	566	1.465	540	1.235	528	1.167	510	1.225	553
Cirugía cardíaca-infantil	101	138	92	123	92	133	74	120	68	97	65	99
Marcapasos-Implantes	953	288	887	277	775	221	687	241	663	239	707	222
Cardiodesfibrilador-Impl.	0	0	0	0	0	0	26	12	25	19	24	15
Trasplante cardíaco	11	1	5	4	7	2	4	3	8	5	6	1
Prótesis de cadera	1.722	597	1.603	467	1.499	536	1.559	510	1.587	502	1.590	564
Prótesis de rodilla	656	144	630	120	575	136	483	107	705	180	608	148
TILU	1.569	294	1.379	263	931	246	898	209	953	254	907	249
Quemados	38	157	34	116	18	138	32	143	31	134	45	135
TMO	96	38	72	44	75	30	63	40	71	33	55	38
Trasplante renal	1	1	1	2	2	4	44	30	47	56	61	55

Realizaciones no ingresadas al nuevo sistema informático

Debe destacarse que la hemodinamia la cirugía cardíaca infantiles, así como los tratamientos de quemados son las únicas técnicas en las cuales el

número de pacientes del sector público es superior a los provenientes de IAMC.

En la hemodinamia infantil se encuentra un notorio descenso resultado de la sustitución de este método de diagnóstico por otros procedimientos menos invasivos.

II.3. DIÁLISIS CRÓNICA

En el cuadro siguiente se presenta el número de pacientes en diálisis a diciembre de cada año durante los últimos 10 años, detallando el número de pacientes nuevos, los trasplantados y los fallecidos. Se incluye el cálculo de la mortalidad estandarizada cada 1000 pacientes expuestos.

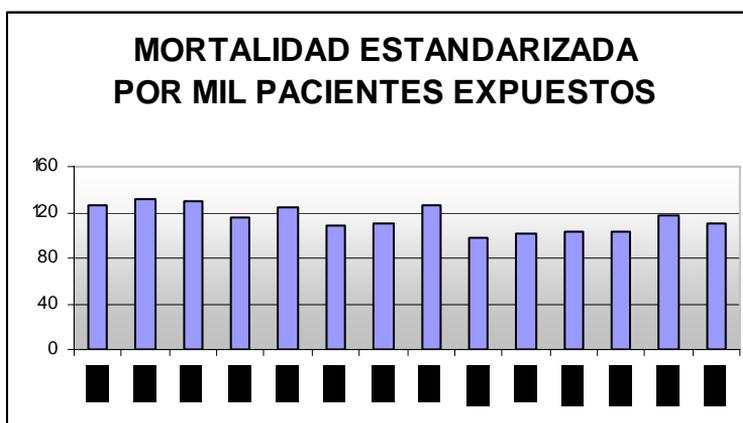
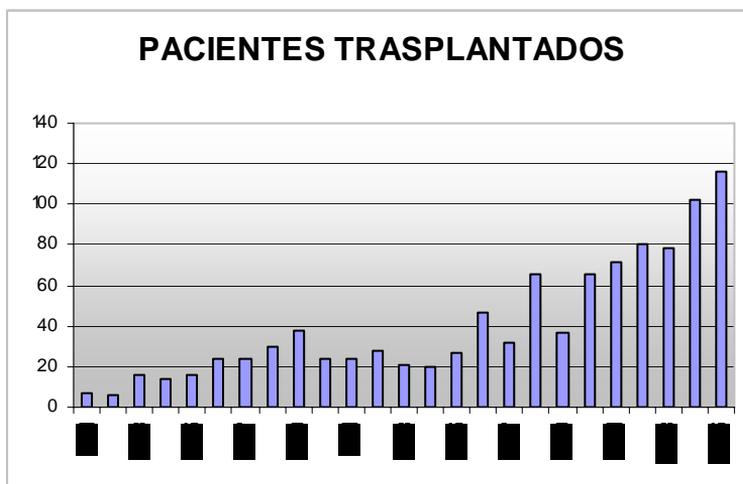
DIALISIS CRONICA 1996 - 2005
(A DICIEMBRE DE CADA AÑO)

AÑO	PACIENTES	FALLECIDOS	NUEVOS	TRASPLANTES	ME x 1000 PAC. EXP.
1996	1.743	236	396	47	125
1997	1.899	227	420	32	109
1998	1.986	262	423	55	111
1999	2.092	312	452	37	126
2000	2.171	247	394	55	98
2001	2.236	266	402	61	102
2002	2.262	281	425	89	104
2003	2.315	292	447	76	103
2004	2.343	317	493	102	117
2005	2.404	345	495	115	110

ME= Mortalidad estandarizada por edad y nefropatía

Los pacientes nuevos han crecido en los últimos años al igual que el número de trasplantados. La mortalidad ha vuelto a descender luego de haber aumentado en los últimos cuatro años.

Las gráficas siguientes presentan las principales tendencias de los pacientes trasplantados y la mortalidad estandarizada.



II.4. ACTOS EN EL EXTERIOR

En cuanto a los actos en el exterior, se observa un crecimiento en el número de pacientes evaluados para ingreso a lista de trasplante hepático con una disminución en el número de trasplantes efectivamente realizados. Las radio-neurocirugías han crecido significativamente hasta junio de 2006 cuando fueron retiradas de la cobertura del FNR. Las demás técnicas, como se observa, tienen cifras notoriamente menores.

II.5. EVALUACIÓN PREVIA

RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS AÑO 2005

OPINION DEL EVALUADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
INDICADO	9.739	70,2%
NO INDICADO	528	3,8%
POSTERGABLE	3.162	22,8%
NO ES POSIBLE EMITIR OPINION	435	3,1%
TOTAL	13.864	100,0%

En el año 2005 recibieron evaluación externa previa (segunda opinión médica) 13.864 pacientes. El 70% de los casos fueron considerados correctamente indicados y menos de un 4% recibieron la calificación de “no indicados”; en el 3,1% de las situaciones no se emitió una opinión por falta de información y el 22,8% fueron considerados postergables tal como se aprecia en el cuadro anterior.

II.6. PROGRAMAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

- Programa de control del tabaquismo

Los principales datos del programa de control de tabaquismo dirigido a pacientes que tuvieron algún procedimiento de revascularización coronaria con cobertura del FNR se presentan en el cuadro siguiente.

PROGRAMA CONTROL DEL TABAQUISMO PACIENTES CON ACTOS CARDIOLÓGICOS

SITUACION EN LA ENTREVISTA INICIAL	Cantidad	Porcentaje
Fuma	439	73,2%
Abstinencia < 6 meses	161	26,8%
Total	600	100,0%

SITUACION A LOS 6 MESES	Cantidad	Porcentaje
Fuma	104	28,5%
No fuma	261	71,5%
Total	365	100,0%

Pacientes entrevistados entre el 01-07-04 y el 30-06-05

El cuadro que sigue presenta cifras del programa de control del tabaquismo dirigido a la población en general. Han pasado 4.371 pacientes por este programa ya sea directamente en el FNR o a través de convenios con diversas instituciones.

PROGRAMA CONTROL DEL TABAQUISMO PROGRAMA ABIERTO

RADICACION DEL PROGRAMA	Cantidad	Porcentaje
FNR	1.178	27,0%
Instituciones de Salud Públicas	781	17,9%
Instituciones de Salud Privadas	1.518	34,7%
Otras Instituciones	894	20,5%
Total	4.371	100,0%

- **Programa de Salud Cardiovascular**

El programa de control de factores de riesgo cardiovascular se presenta en el cuadro siguiente. Se han captado 958 pacientes cuyos niveles de permanencia en el programa aparecen discriminados para cada caso.

PROGRAMA DE CONTROL DE SALUD CARDIOVASCULAR
--

LUGAR DE ATENCION	N°	% DE ADHESION
FNR	500	91,1
AMECOM	5	25,0
A.M. SAN JOSE	29	38,5
CAAMEPA	21	0,0
CAMOC	12	11,1
CAMS DOLORES	10	100,0

LUGAR DE ATENCION	N°	% DE ADHESION
CAMS MERCEDES	32	100,0
CASMU	294	76,6
COMTA P. TOROS	9	75,0
COMTA	28	8,3
IAC	12	100,0
A.M. JUAN LACAZE	6	40,0

- **Programa de Salud Renal**

En los cuadros siguientes se muestran las principales cifras del programa de salud renal. Como se ha explicado este programa capta a pacientes con daño renal ya constituido e implementa acciones dirigidas a abatir el riesgo del ingreso a diálisis. Se detallan los lugares en los que el programa está funcionando con sus respectivos números. Ingresa un promedio de 30

pacientes mensuales al programa. La notable variación en los indicadores biológicos de la insuficiencia renal se muestra en los mismos registros.

PROGRAMA DE SALUD RENAL

GRUPOS	N° DE PACIENTES	%
MDEO OESTE (MSP)	521	73,8
MDEO ESTE (MSP)	116	16,4
SAN JOSE (MSP-MUTUAL)	32	4,5
FLORIDA (MSP-MUTUAL)	19	2,7
CANELONES (MSP-MUTUAL)	12	1,7
PAYSANDU (MSP)	6	0,8
TOTAL	706	100,0

PROGRAMA DE SALUD RENAL

Variación de la creatininemia

Inicio:	1.83 mg/dl	
Evolución:	1.67 mg/dl	N°= 245 pac. p = 0,000

Variación del filtrado glomerular

Inicio:	41.2 ml/min	
Evolución:	47 ml/min	N°= 245 pac. p = 0,000

Proteinuria

Inicio:	0.52 g/l	
Evolución:	0.31 g/l	N°=133 pac. p = 0,005

- **Programa de vigilancia de complicaciones**

Se expone en el cuadro anterior el porcentaje de pacientes con complicaciones en las cuatro técnicas en las que se hace seguimiento continuo.

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE COMPLICACIONES

PROGRAMA	DERIVADOS	CONTACTADOS	% C/COMPLICACIONES
Artroplastia	2.900	2.068	7.9 %
Angioplastia	2.701	703	6.8 %
Cirugía Cardíaca	1.948	802	3.4 %
Marcapasos	1.656	152	2.6 %

NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACION- DISTRIBUCION

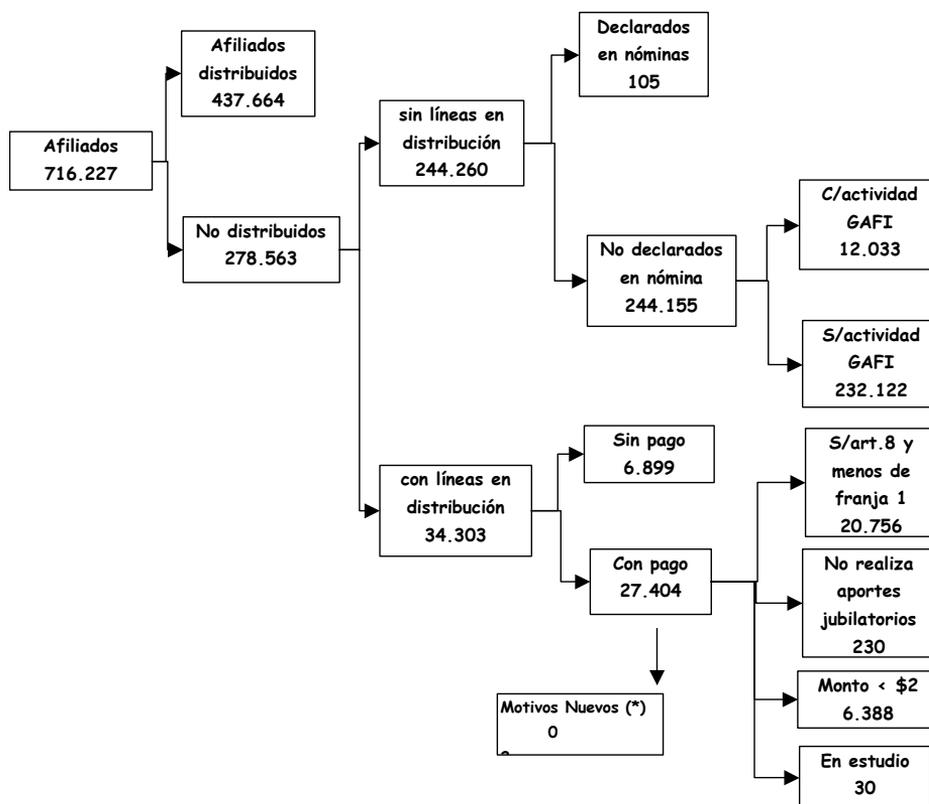
Retribuciones de Julio/06 con
aportes asociados distribuibles a
las AFAP a partir de Setiembre/06

Enero/07

NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACION -
DISTRIBUCION PARA AFILIADOS A LAS AFAP A JULIO DE 2006

De acuerdo con el informe recibido de ATYR sobre "Afiliados Afap vs Distribuciones Efectivas" para el mes de cargo Julio/2006, a tres meses de la

ESQUEMA DE SITUACIONES DE AFILIADOS



(*) Corresponde a :Transferencias filtradas, transferencias generadas pero aun no enviadas y haberes generados pero aun no transferidos

primera distribución, la situación de los afiliados sería:

A partir de estos datos se confeccionaron los indicadores de comportamiento para el mes de cargo Julio/2006 y se efectuó el estudio de evolución de los mismos.

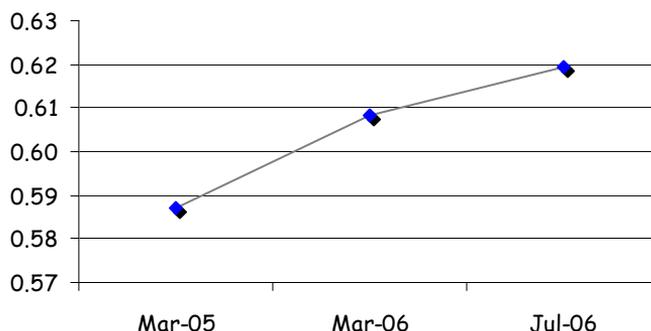
Resultado y evolución de los indicadores de comportamiento

	Mes de Cargo			Variaciones	
	03/05	03/06	07/06	Período (*)	Acum. (**)
I ₁ -Afiliados Con Distribución / Afiliados Totales a AFAP : Máximo Mínimo	0.5873 0.5836	0.6082 0.6036	0.6194 0.6140	1.83% 1.72%	5.47% 5.22%
I ₁₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Afiliados Totales a AFAP: Máximo Mínimo	0.6260 0.6221	0.6449 0.6400	0.6582 0.6524	2.06% 1.94%	5.13% 4.88%
I ₂ -Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS	0.8976	0.8991	0.9041	0.55%	0.72%
I ₂₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Registrados en BPS	0.9569	0.9533	0.9607	0.77%	0.40%
I ₃ -Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas	0.9227	0.9235	0.9271	0.39%	0.48%
I ₃₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Incluidos en Nómina	0.9836	0.9792	0.9852	0.61%	0.16%
I ₄ -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización	0.9236	0.9243	0.9278	0.38%	0.45%
I ₅ -Afiliados con Distribución / Activos con Aportes Distribuibles	0.9993	0.9995	0.9997	0.02%	0.04%

(*) Corresponde a la variación del período julio/06 con respecto a marzo/06

(**) Corresponde a la variación acumulada del período julio/06 con respecto a marzo/05

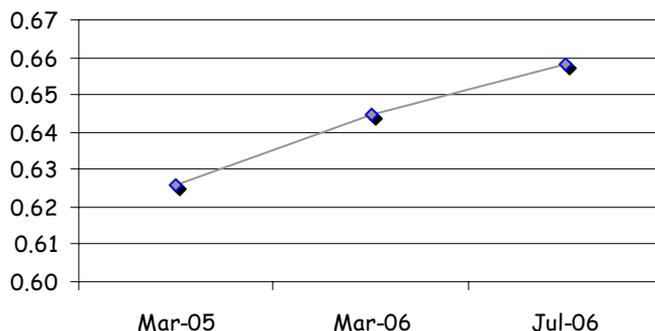
- **I1-Afiliados con distribución / Afiliados Totales a las AFAP**



En el mes de cargo julio/06 existe una variación positiva del indicador, tanto respecto al período anterior como en el acumulado. Dicha variación se encuentra en el entorno del 1.8% para el período anterior y del 5.5% en el período acumulado, y es prácticamente la misma tanto en la definición del máximo como del mínimo del indicador.

Este comportamiento se debe a que si bien tanto los “Afiliados con Distribución” como los “Afiliados Totales a las AFAP” aumentan en el período considerado y en el período acumulado, el crecimiento de los primeros es superior. Así los “Afiliados con Distribución” crecen en el entorno del 3.6% en el período julio/06 – marzo/06 y un 12.0% si se considera el período acumulado de julio/06 respecto a marzo/05; frente a un crecimiento de los “Afiliados Totales a las AFAP” que se encuentra en el entorno del 1.7% y 6.2% según se considere el período en estudio o el acumulado.

- **I11-Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Afiliados Totales a AFAP**

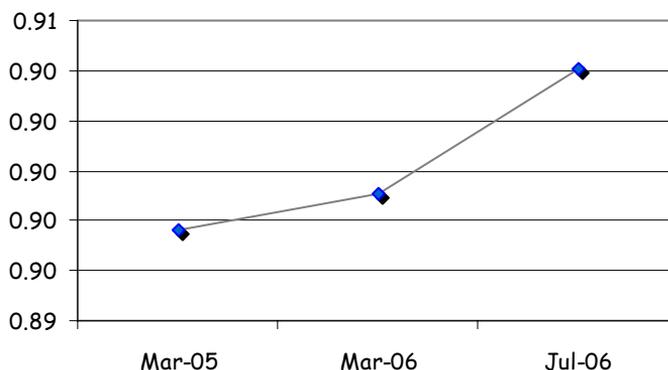


Al ser este indicador un derivado del anterior, su comportamiento es similar. En el período estudiado como en el acumulado el indicador tiene un ascenso que se ubica en el entorno del 2.1% y en 5.1% respectivamente, tanto en la definición del mínimo como del máximo.

La diferencia entre este indicador y el anterior se encuentra en la definición del numerador, “Afiliados con distribución” y “Afiliados con distribución y con líneas de Pago”. A los primeros se le suma aquellos afiliados para los cuales existen líneas en el sistema de distribución, pero no recibieron depósito en su cuenta de ahorro individual, a pesar de existir pago de la empresa para ese mes de cargo por diferentes motivos (no haber efectuado la opción del artículo 8 de la Ley 16.713 y el total de sus remuneraciones imponibles no superan el tope de la franja 1 de la citada Ley, no aportan a la seguridad social, el total de sus transferencias no superan lo \$2 y otros que están en estudio).

En los períodos estudiados ambos numeradores evolucionan en forma similar, lo que hace que los indicadores definidos evolucionen dentro del mismo entorno.

- **I2-Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS**



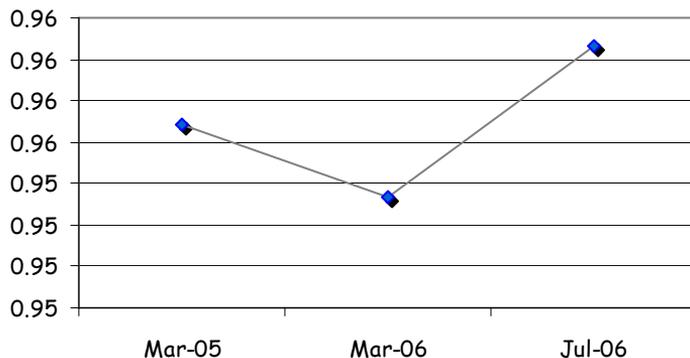
El total de personas afiliadas a las AFAP, que figuran con actividad abierta en el BPS, las cuales tuvieron distribución de aportes por el mes de cargo julio/06 ha aumentado un 0.6% en relación con las existentes en marzo/06 y un 0.7% si las comparamos con el mes de cargo marzo/05.

La explicación del comportamiento del indicador se debe a la conducta de los componentes del mismo.

Al analizar el período julio/06 respecto a marzo/06 el aumento del indicador se debe a que el crecimiento del denominador del indicador (“Activos registrados en el BPS”) es menor al del numerador (“Afiliados con distribución”); mientras el crecimiento del primero se ubica en un entorno de 3.0% el del segundo es de 3.6%.

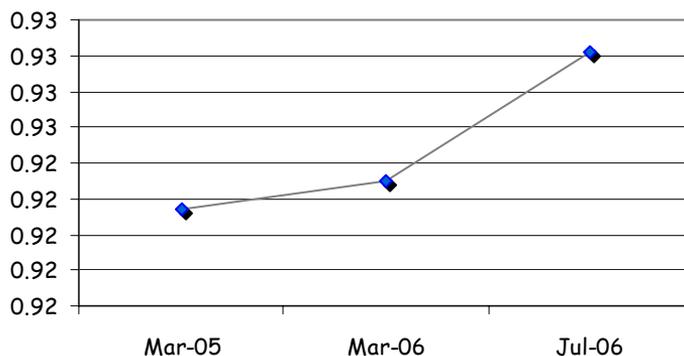
En el período acumulado (julio/06 – marzo/05) mientras los “Afiliados con distribución” tienen un crecimiento que se encuentra en el entorno del 12.0%, los “Activos registrados en el BPS” aumentan en un 11.2%.

- **I21-Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Registrados en BPS**



Al ser este indicador derivado del anterior, en el que se incluye en el numerador a los afiliados con distribución y aquellos que acreditan aportes pero que no corresponde su distribución, el comportamiento es prácticamente similar. En este caso también existe un crecimiento en el entorno del 0.8% en el período julio/06 con respecto a marzo/06 y del 0.4% en el período julio/06 – marzo/05.

- **I3-Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas**

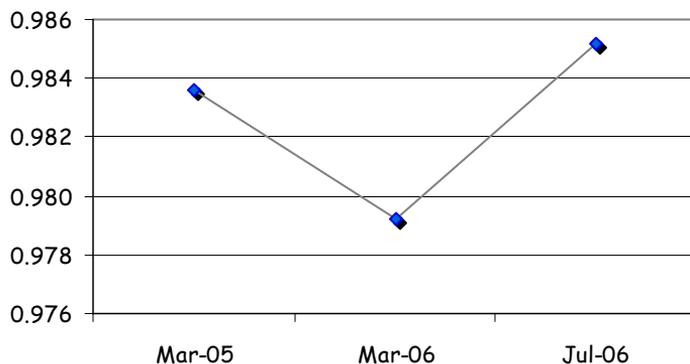


El indicador ha tenido una variación positiva del 0.4% en el período julio/06 respecto a marzo/06 y un crecimiento del 0.5% en el período acumulado julio/06 respecto a marzo/05.

Este comportamiento se debe a que en el mes en estudio los “Afiliados con distribución” tienen un crecimiento del 3.6% frente al aumento de los “Activos incluidos en nómina” de un 3.2%; en tanto en el período acumulado los

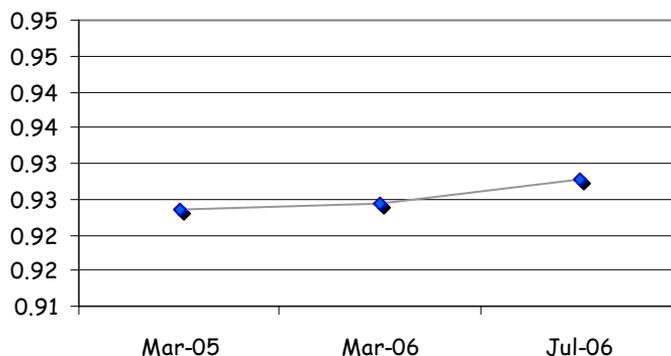
primeros crecen un 12.0% frente al crecimiento de 11.5% de los “Activos incluidos en nómina”.

- **I31-Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Incluidos en Nómina**



Al ser este indicador derivado del anterior, el comportamiento es prácticamente similar. En este caso también existe un crecimiento en el entorno del 0.6% en el período julio/06 con respecto a marzo/06 y del 0.2% en el período julio/06 – marzo/05.

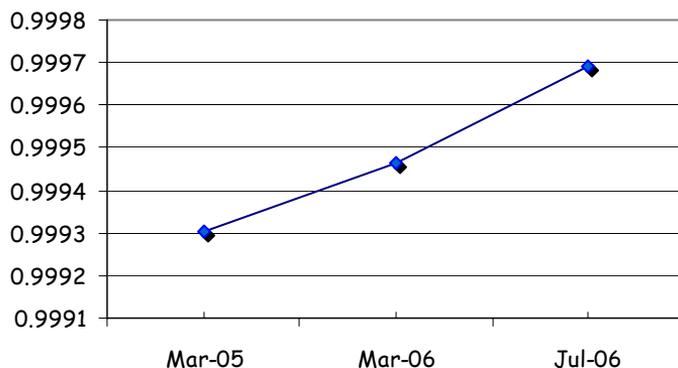
- **I4 -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización**



La distribución de aportes por parte del BPS de los afiliados a las AFAP por los cuales existieron aportes jubilatorios ha tenido una evolución positiva del orden del 0.4% en el período julio/06 – marzo/06 y un 0.5% en el período julio/06 - marzo/05.

En el período julio/06 – marzo/06, el numerador ha tenido un crecimiento del orden de 3.6% frente a un crecimiento del denominador de 3.2%. En el período acumulado “Afiliados con distribución” ha tenido un crecimiento del 12.0% frente a un crecimiento de 11.5% de los “Activos con cotización”.

• **I5 -Afiliados con Distribución / Activos con Aportes Distribuibles**



El porcentaje de afiliados que tuvieron aportes jubilatorios para el régimen de ahorro, a los cuales se les efectuó la distribución ha crecido levemente en ambos períodos. El aumento se ubica en el entorno de 0.02% en el período julio06 – marzo06 y en un entorno de 0.04% en el período julio06 – marzo05. El leve aumento se debe a que si bien ambos integrantes del indicador han crecido, el numerador, “Afiliados con distribución”, ha crecido un poco más. Para poder comprender mejor, veremos la evolución de cada uno de los componentes de los “Activos con Aportes distribuibles” en el siguiente cuadro.

	Mes de Cargo			Variaciones	
	03/05	03/05	07/06	Período (*)	Acum. (**)
1. Afiliados Con Distribución	390.837	422.519	437.664	3.58%	11.98 %
2. Activos con aportes distribuibles	391.110	422.746	437.799	3.56%	11.94%
2.1 Afiliados con Distribución	390.837	422.519	437.664	3.58%	11.98%
2.2 Declarados en nómina	250	190	105	-44.74%	-58.0%
2.3 En estudio	23	37	30	-18.92%	30.43%

Como podemos observar, los “Activos declarados en nómina”, que son aquellos afiliados que no tuvieron distribución y para los que no existen líneas en el sistema de Distribución, pero si fueron incluidos en las nóminas y la información permanece en error o ha sido validada tardíamente (rezagos), han decrecido en un entorno de -44.7% en el período julio/06 – marzo/06, y un -58.0% en el período acumulado julio/06 – marzo/05.

Los afiliados “En estudio”, aquellos para los cuales existen líneas en el sistema de Distribución pero se está analizando el motivo por el cual no fueron distribuidos, han disminuido con respecto al período en estudio en un entorno del -18.9% y han tenido una variación positiva del 30.4% en el período acumulado.

Hay que tener en cuenta que estos crecimientos relativos al observarlos en términos absolutos se transforman en un total de 105 activos declarados en nómina y 30 en estudio, lo que nos está dando un total 135 afiliados para el mes de cargo julio/06 los cuales no han sido distribuidos.

ANEXO: Descripción de los indicadores

I₁-Afiliados Con Distribución / Afiliados Totales a AFAP:

Para la determinación específica del nivel de los indicadores de afiliación y distribución es necesario ajustar el número de afiliados a las AFAP a computar.

Como no es posible establecer, sin la realización de nuevos cruzamientos, el número exacto de afiliados con derecho a distribución de fondos, consideramos dos guarismos que permiten fijar el rango de variación de los indicadores correspondientes. Así obtendremos los valores máximos y mínimos del indicador.

Máximo – Se computan como afiliados al mes “n” a quienes figuran en el sistema de información como registrados en el mes “n”

Mínimo - Se computan como afiliados al mes “n” a quienes figuran en el sistema de información como registrados en el mes “n+2”.

Con estos dos valores obtendremos la proporción de afiliados que tienen distribución de aportes sobre el total de afiliados.

I₁₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Afiliados Totales a AFAP

Este es un derivado del anterior, en el que se incluye en el numerador no sólo a los afiliados con distribución sino aquellos que acreditan aportes pero que no corresponde su distribución (afiliados con líneas de distribución y con pagos)

Hay que tener en cuenta que no todas las personas que figuran como Afiliados a las AFAP son trabajadores o patrones con actividad amparada por el BPS, por lo que el indicador tiene un valor relativo. Una vez que la base de datos de Afiliaciones sea depurada de fallecidos, inactivos y con actividad no amparada por el BPS, el indicador será de suma importancia

I₂-Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS

Esta relación nos indica el porcentaje del total de personas afiliadas a las AFAP que figuran con actividad abierta en el BPS, que tuvieron distribución de aportes.

I₂₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Registrados en BPS

Indicador derivado del anterior, en el que se incluye en el numerador a los afiliados con distribución y que acreditan aportes pero que no corresponde su distribución.

I₃-Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas

Esta relación nos indica el porcentaje de afiliados a las AFAP que tuvieron distribución y que fueron incluidos en las nóminas que las empresas debieron presentar respecto a las contribuciones devengadas.

I₃₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Incluidos en Nómina

Indicador derivado del anterior en el que se incluye en el numerador no sólo a los afiliados con distribución sino aquellos que acreditan aportes pero que no corresponde su distribución (afiliados con líneas de distribución y con pagos).

Estos indicadores pretenden medir el comportamiento conjunto de los sistemas de recaudación y de distribución del BPS respecto al cumplimiento en la transferencia de aportes de quienes tienen registrada su actividad y contribuciones mensuales al sistema previsional.

I₄ -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización

Esta relación nos indica el porcentaje de distribución de aportes por parte del BPS de los afiliados a las AFAP por los cuales existieron aportes jubilatorios.

I₅ -Afiliados con Distribución / Activos con Aportes Distribuibles

Porcentaje de afiliados que tuvieron aportes jubilatorios para régimen de ahorro, los cuales tuvieron distribución de aportes por parte del BPS.

RECURSOS HUMANOS
Investigaciones Realizadas
1996-2006

Psic. Alicia Marotti

Abreviaturas

- IM 1996: Investigación Motivacional del personal del B.P.S. a Nivel Nacional – Agosto 1996
- EN 1998: Encuesta Recursos Humanos del B.P.S. – Mayo 1998
- CI 2001: La opinión de los clientes internos del B.P.S. – Noviembre 2001
- FU 2006: Investigación social de carácter cualitativo - cuantitativo a nivel de los funcionarios del B.P.S. – Marzo 2006

RECURSOS HUMANOS

Investigaciones Realizadas 1996-2006

Antecedentes

El Banco de Previsión Social ha incorporado la investigación a través de encuestas de opinión para evaluar su gestión tanto a nivel de la población en general, como de los usuarios externos y también de sus propios funcionarios.

La primera investigación de recursos humanos es de 1996 y desde esa fecha se han realizado réplicas en dos estudios posteriores, uno en 1998 y el tercero en el 2001. En el año 2006 se realiza una nueva investigación que releva la opinión de los recursos humanos que propone ser línea de base de estudios futuros, pero que por sus características no tiene posibilidades de comparación con resultados pasados.

En cuanto al análisis comparativos de los datos el antecedente más reciente es de 2001 cuando se realiza una síntesis y comparación de los resultados relevados hasta esa fecha en el documento Cliente Interno 2001 (a disposición en Carpetas Públicas).

Objetivo

Este documento tiene por objetivo realizar una sistematización y un análisis comparativo de los Estudios de opinión realizados a los Recursos Humanos del B.P.S. entre 1996 y 2006.

En la primera parte se realiza una comparación de las técnicas de relevamiento como herramientas metodológicas utilizadas en cada caso.

En la segunda parte se explican las dificultades que imposibilitan la comparación de datos concretos entre los diferentes estudios y se incluye un análisis de los resultados relativos expresados en las conclusiones y recomendaciones de estos estudios.

En el Anexo I se describen los ítems relevados comunes en los cuatro cuestionarios de encuesta.

En el Anexo II se presentan las Unidades y empresas que realizaron los estudios, las referencias documentales de cada uno de ellos y la difusión realizada en cada caso.

Comparativo de características de los estudios

Objetivos de las investigaciones

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Identificar los rasgos básicos de la cultura Organizacional, el tipo de identificaciones elaboradas, los valores, motivaciones y la satisfacción laboral. ▫ Caracterizar las percepciones sobre los cambios, evaluando el grado en que se perciben como oportunidades o amenazas. ▫ Identificar los mecanismos movilizadores e inhibidores de los procesos de cambio y aprendizaje a nivel personal y organizacional. ▫ Caracterizar las percepciones sobre la reforma jubilatoria y su implementación. ▫ Identificar oportunidades para inducir procesos de cambio mediante acciones comunicacionales, o de reforma de las condiciones de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medir diferentes factores que inciden en el clima organizacional ▫ Evaluar la incidencia en el público interno de las diversas acciones llevadas a cabo por la institución ▫ Conocer las necesidades y expectativas del público interno. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Conocer los diferentes factores que actualmente inciden en el clima institucional ▫ Evaluar la incidencia en el funcionario de las diversas acciones llevadas a cabo por la institución, (reingenierías, introducción masiva de la tecnología, etc.) ▫ Conocer las necesidades y expectativas del público interno. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Conocer las características y rasgos básicos de la cultura organizacional: imaginario social como servidores públicos, nivel de identificaciones, hábitos, relacionamiento, principales motivaciones, grado de satisfacción laboral. ▫ Caracterizar las percepciones prevalentes sobre la incidencia de los cambios percibidos por los funcionarios y sus expectativas ante los mismos en lo que hace al enfoque de la gestión y propósito. ▫ Identificar mecanismos movilizadores o inhibidores y potenciadores de este proceso de cambio como oportunidades para orientar las acciones o como facilitadores de la implementación y desarrollo del mismo. ▫ Testear instrumento de trabajo con colectivos (Grupos Operativos) que permitiera gestionar cambios, sobre la base del Supuesto de que la institución podía estar pretendiendo realizar algún cambio en la gestión actual o por lo menos, investigar la subjetividad de los recursos humanos existentes en el BPS.

Contexto institucional ¹

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mejora de gestión ▫ Consolidación de la Historia Laboral de los trabajadores ▫ Implementación de la ley 16.713 ▫ Incorporación masiva de tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Implementación del Plan de Calidad ▫ Descentralización de pagos ▫ Continúa la incorporación masiva de tecnología ▫ Descentralización Montevideo/Interior ▫ Consolidación del servicio de Teleconsultas ▫ Consolidación de la Intranet corporativa ▫ Comienzo el proyecto "Delfín": cambio de milenio 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Definición de las directrices estratégicas para el período 2000 – 2004 ▫ Consolidación de nuevos sistemas de administración (SUEP, SESP) ▫ Continuación de la implementación de la reingeniería de Prestaciones ▫ Implementación de la nueva ley de Asignaciones Familiares ▫ Recaudación nominada ▫ Inicio de la Base corporativa de personas y empresas ▫ Elecciones para representante de los pasivos en el directorio ▫ Comienza la definición de un sistema de ventanilla única para contribuyentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Cambio de administración ▫ Implementación del Plan Nacional de Emergencia ▫ Primeras elecciones de todos los directores sociales del B.P.S. ▫ Consolidación de las Gerencias únicas Departamentales del Interior

¹ Fuente: Memoria y Balance anual 1999 a 2004

Metodología

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
<p>1) Fase cualitativa</p> <p>Doce grupos focus, reclutados entre gerencias intermedias y personal operativo definidos por dependencia y localización. Los grupos fueron conducidos por profesionales integrantes del equipo de proyecto.</p>	<p>1) Fase cualitativa</p> <p>Cinco talleres con funcionarios seleccionados al azar del universo establecido coordinados por personal de la Sección Investigaciones y Mediciones</p>	<p>1) Fase cualitativa</p> <p>Once entrevistas con diferentes agentes calificados de la institución y trece talleres con funcionarios en Montevideo e Interior. Esta etapa es llevada a cabo por profesionales de la Unidad de Análisis e Investigación de Servicios.</p>	<p>1) Fase cualitativa</p> <p>Se realizaron nueve entrevistas individuales a directores y gerentes del BPS y referentes temáticos externos. Adicionalmente se realizaron siete grupos de discusión, en los cuales Participaron 54 funcionarios, y treinta y dos entrevistas en Profundidad.</p>
<p>2) Fase cuantitativa</p> <p>a) Marco muestral</p> <p>Gerentes medios y personal operativo del B.P.S. a nivel nacional</p>	<p>2) Fase cuantitativa</p> <p>a) Marco muestral</p> <p>Funcionariado del B.P.S. de todo el país hasta grado 22 que efectivamente cumple funciones en el Banco de Previsión Social, (exceptuado suplentes y residentes). Se tomó como marco muestral la base de datos de Recursos Humanos</p>	<p>2) Fase cuantitativa</p> <p>a) Marco muestral</p> <p>Clientes internos del Banco de todo el país hasta grado 22 inclusive; de relación funcional presupuestado, contratado, pasante o suplente. Se tomó como marco muestral la base de datos de Recursos Humanos</p>	<p>2) Fase cuantitativa</p> <p>a) Marco muestral</p> <p>Todos los funcionarios a enero de 2006, con exclusión de los siguientes grupos: residentes en localidades con menos de 5 funcionarios, integrantes del Directorio y pasantes.</p>
<p>b) Diseño muestral</p> <p>La encuesta se realizó sobre una muestra seleccionada a partir de un diseño aleatorio y estratificado en función de escalafón, dependencia y localización. Se utilizó una muestra de 800 casos, lo que implica un margen de error máximo de +/- 3.5 para el 95% de las muestras.</p>	<p>b) Diseño muestral</p> <p>El tipo de muestreo utilizado fue el estratificado proporcional, con azar sistemático dentro de cada estrato. Los estratos seleccionados fueron: Ubicación geográfica (Montevideo e Interior); Repartición y Tramos de edad. Se trabajó con un nivel de confianza del 95.5% y un margen de error de +/- 4%, ya que el número de casos de la muestra</p>	<p>b) Diseño muestral</p> <p>Para el diseño de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes factores: área geográfica, escalafón, dependencia. (Se establecieron tres categorías para la variable escalafón y cuatro categorías para dependencia).</p>	<p>b) Diseño muestral</p> <p>Muestra estratificada no proporcional Montevideo – Interior y aleatoria simple al interior de cada estrato. El tamaño muestral fue de 635 casos. El error estadístico para esta muestra es de +/- 3,6 puntos.</p>

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
	alcanzó a 566.	El tamaño muestral fue de 657 casos. Este tamaño, además de cumplir con el estándar fijado por el Banco (menos del 5% al 95% de confianza), permite una apertura razonable por área geográfica (Montevideo – Interior). El error estadístico para esta muestra es de +/- 3,53 puntos.	
c) Técnicas de relevamiento	c) Técnicas de relevamiento	c) Técnicas de relevamiento	c) Técnicas de relevamiento
Encuestas cara a cara desarrolladas en dos ámbitos diferentes: un 80% del total de entrevistas se realizó en lugares de trabajo y el restante 20% en los hogares de los encuestados. El cuestionario estructurado, con una proporción equivalente de preguntas abiertas y cerradas.	Para realizar el relevamiento se aplicó una encuesta por muestreo, en forma autoadministrada, es decir, que los encuestados completaron por sí mismos un cuestionario que se les hizo llegar a través de las Oficinas Delegadas de RRHH y Coordinación del Interior.	Encuestas cara a cara en base a un formulario con preguntas abiertas y cerradas elaborado en base principales temas surgidos en las entrevistas y los talleres con funcionarios.	Encuestas cara a cara fuera del lugar de trabajo realizada en fin de semana, previo contacto telefónico en base a un formulario con preguntas cerradas sobre las dimensiones teóricas aportadas por la empresa.

Módulos temáticos

Se mencionan a grandes rasgos los módulos temáticos que cada estudio preveía evaluar en sus propuestas.

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Aspectos Generales sobre los funcionarios y el B.P.S. ▫ Fortalezas y debilidades del B.P.S. ▫ Satisfacción Laboral ▫ La cultura en transición ▫ La percepción sobre la calidad de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Identificación con la Institución ▫ Satisfacción y Motivación laboral ▫ Cambios 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Satisfacción y Motivación laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Misión de la Institución ▫ Compromiso e involucramiento con la institución ▫ Satisfacción y motivación ▫ Conocimiento y percepción

<ul style="list-style-type: none"> ▫ Percepción frente a cambios ▫ La mejora de gestión (concursos) ▫ La implementación de la ley 16.713. ▫ Oportunidades e instrumentos de cambio (capacitación) ▫ Como mejorar el funcionamiento del B.P.S. ▫ Percepción sobre el futuro 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Concursos ▫ Capacitación ▫ Comunicación ▫ Perspectivas de Futuro 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Evaluación frente a los cambios ▫ Capacitación ▫ Como mejorar el funcionamiento del B.P.S. ▫ Percepción sobre el futuro ▫ Clima laboral ▫ Los nuevos sistemas informáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ sobre los cambios Carrera funcional ▫ Capacitación ▫ Perspectivas sobre el futuro ▫ Recursos materiales y mobiliario ▫ La infraestructura informática ▫ Funciones y actividades ▫ Relaciones interpersonales
--	---	--	--

Comparativo de Resultados

Imposibilidad de comparación de resultados

Si bien los objetivos de los cuatro estudios y las metodologías utilizadas presentan coincidencias en algunos aspectos, esencialmente se trata de estudios diferentes.

Antes del 2001, ex profeso, se busco la réplica de algunos ítems preguntados de la misma forma aunque cada estudio agrega elementos imperantes en cada momento en el clima organizacional.

En el año 2006 se realiza un estudio que se considera línea de base para futuras investigaciones, que sí bien tiene unos pocos ítems que coinciden con los evaluados en los estudios anteriores, son encuestados de forma completamente diferente, lo que surge del análisis de los cuestionarios (Anexo I).

De éste análisis se concluye que no es posible comparar resultados cuantitativamente por las siguientes razones:

- Son muy pocos los ítems evaluados en todos los estudios
- Sería necesario realizar una conversión de las variables de los relevamientos y no se dispone la base de datos de 1996.
- Hay conceptos evaluados de forma diferente y sería incorrecto realizar una comparación:
 - Satisfacción versus acuerdo con frases que refieren a satisfacción.
 - Temas preguntados en forma específica versus temas en una categoría de respuesta. (Por ejemplo incertidumbre sobre los cambios aparece en el 2006 como frase y en estudios anteriores como una categoría de la pregunta sobre percepción sobre los cambios.)

No obstante se pueden analizar cualitativamente las conclusiones y recomendaciones elaboradas por cada uno de los ejecutores de los estudios buscando coincidencias y/o diferencias significativas.

Para la lectura del siguiente análisis es importante tener presente el contexto institucional en el que se realizó cada uno de los estudios que se puntualizó en el primer capítulo.

Análisis de Resultados

Cultura y clima Organizacional

Las organizaciones poseen una cultura, entendida esta como un sistema de creencias y valores relativamente fijos en el tiempo, compartidos por los seres humanos que la integran.

Esa permanencia de valores culturales en el tiempo es detectada por los diferentes estudios realizados en el B.P.S. a los recursos humanos puesto que en un período de diez años se encuentra similitudes culturales: una institución que prima la atención a usuarios pero que en lo intrínseco afronta dificultades de integración entre sus partes.

En las conclusiones del estudio realizado en el 2006 se afirma que para los funcionarios el B.P.S. es una Institución con Fines Sociales: *“es muy frecuente y reiterada en forma espontánea entre los funcionarios, la idea de que el B.P.S. es un organismo de seguridad social que cubre todas las contingencias a todos los ciudadanos desde que nacen hasta que mueren.”*

Son coincidentes los hallazgos de la investigación realizada en 1996 y las siguientes en este sentido, ya que los estudios indicaban que las fortalezas del B.P.S. radica en la variedad de las prestaciones que brinda y en el volumen de los recursos que recauda.

Esta perspectiva es subrayada en los resultados de 2006 aunque ya se veía en 1998 al afirmar que: *“Lo que identifica a la organización, es decir lo que la caracteriza como única y diferente a las demás, es ser la institución más importante de la Seguridad Social en el Uruguay y como tal tiene una enorme responsabilidad social.”*

Mientras en 1996 se detectaba que *“los funcionarios tienden a pensar que en el B.P.S....‘cada repartición funciona como una chacra’”,* y tanto en 1998 como en el 2001 esta valoración se reafirma con la heterogeneidad cultural como rasgo predominante, en 2006 se consolida la afirmación de las “otredades”.

La diferenciación entre uno y otro, entre “ellos y nosotros” estará dada en mayor medida por: la diferenciación de funciones (Prestaciones, A.T.y R., Salud); la región geográfica (Montevideo, Interior), aunque no exclusivamente.

Mientras en el 2001 se afirma que la existencia de “chacras” hace que en algunos sectores existan privilegios; en la reciente investigación se apunta que este tipo de corte en la cultura organizacional es necesario para lograr una identificación entre los integrantes de cada parte.

Por el contrario a la persistencia de los valores culturales, los elementos del clima institucional adquieren características diferenciales con el correr del tiempo. Así como cambia el clima meteorológico de una región geográfica,

varía el clima imperante en una organización debido a factores intrínsecos a ella o elementos contextuales, de su entorno.

Opinión frente a los Cambios

En esta temática resulta difícil realizar un análisis integrador ya que cada conclusión desarrollada por los estudios debería analizarse en función de los cambios en implementación en cada momento.

En cada estudio se destaca la actitud moderada de los funcionarios frente a los cambios. Es decir, en los distintos estudios se observa una importante porcentaje de opiniones neutrales, los funcionarios no se ponen de acuerdo en considerarlos negativos o positivos, más bien prima su sentido crítico en juzgar los cambios por sus consecuencias en cuanto a los servicios que brinda a la población, así como también a sus propias posibilidades de desarrollo personal.

En este mismo sentido independientemente del período al cual nos estemos refiriendo entre las opiniones más reticentes existen tendencias en las que prima la incertidumbre por desconocer lo nuevo y el miedo a quedar fuera de la estructura, que más que reacciones del funcionariado son actitudes presentes en los seres humanos.

En las conclusiones elaboradas en 1996 se hace énfasis en las resistencias generadas ante el proceso de implementación de la ley 16.713, destacando la percepción de que los beneficios del proceso no recaen en la masa del funcionariado y que no se sienten involucrados en el proceso. En esa época tanto la mejora de gestión como la implementación de la ley de seguridad social eran caracterizados como procesos que *"vienen de afuera"*, en el sentido de ser liderados por los niveles de mayor autoridad del organismo y percibirse como impuestos. En cierta medida esta tendencia permanece en el 2001 cuando se detecta que una de las razones más fuertes del rechazo es la ausencia de instancias de participación. Hoy por hoy (2006) si bien el relevamiento no detecta importantes niveles de participación, las afirmaciones son más relativas en este sentido: *"...los funcionarios sienten que tienen poca influencia en las iniciativas de la institución"* y entre las recomendaciones se menciona estimular la participación de los funcionarios en los procesos de toma de decisiones.

Una de las conclusiones que está presente en cada uno de los estudios hace referencia a las comunicaciones relativas a los procesos de cambio. Mientras en estudios anteriores se afirma que es necesario incrementar el esfuerzo en las acciones de comunicación sobre la dirección del cambio, en el estudio de 2006 se afirma que ante la situación de cambio permanente *"...existen dificultades para asociarlos a un proceso concreto y ordenado."* *"...la realidad percibida se resquebraja ante cambios no explicados en el entorno cotidiano de trabajo..."*. Es decir que actualmente la dificultad radica en traducir la visión macro en una práctica concreta del funcionario.

Capacitación

En cuanto a la capacitación es una constante en estudios anteriores al 2006 el reclamo de los funcionarios de iguales oportunidades de capacitación y la sugerencia de continuar en las acciones de formación tanto tecnológicas como en el conocimiento general de la Institución.

En el estudio de 2006 aparece la necesidad de un plan integral de formación como marco de un institución que atiende al desarrollo de sus recursos humanos, pensada como parte de un ciclo de vida funcional completo y para todos los niveles.

Recursos Materiales y tecnológicos

El acceso a los recursos materiales así como las comodidades ambientales han sido en todo los estudios destacadas como fuente de diferenciación entre funcionarios, contribuyendo a percibir la existencias de “elites” en esta materia.

Por otra lado, la incorporación de tecnología ha ido variando en la opinión de los funcionarios desde ser resistida en los primeros estudios, pasando por ser reconocida por su utilidad en el desarrollo de la tarea y exigiendo cada vez mayores avances, hasta llegar en el 2006 a constituirse en un motivo de orgullo institucional y operar como *“diferenciador contribuyendo a destacar al B.P.S. dentro del universo de empresas públicas.”*

Carrera funcional

El estudio de 1998 afirmaba que a pesar de que los funcionarios consideran que los concursos le han dado dinamismo a la estructura, aún cuando seguían siendo la mejor forma de promoción, algunos funcionarios sentían que no habían tenido las mismas posibilidades de participación. Mientras que en el estudio del 2001 es importante la percepción de que la carrera funcional estaba trancada; la investigación más reciente arroja que la carrera funcional *“...con excepción de los cargos altos, aparece en el discurso de los funcionarios como un signo vacío de contenido. No forma parte de su realidad laboral ni tampoco de su estructura de expectativas por lo que en ningún caso adquiere valor transformador”*

En este último estudio se detecta la existencia de un *“sistema perverso de promociones y ascensos”*, donde los malos funcionarios son promovidos para sacarlos de la sección, donde la movilidad es vista como una forma de sanción y donde la denuncia de un comportamiento incorrecto está “mal vista”.

Comunicación

En 1996 se sugería un “programa integral de comunicaciones institucionales” como un instrumento estratégico. En 1998 se identificaban la existencia del

rumor como máximo exponente de las comunicaciones informales y se recomendaba la necesidad de uniformizar el acceso a la información.

En el 2006 el estudio arroja que se aprecia un importante esfuerzo comunicacional por parte de las autoridades al que le falta orden y jerarquización para que transmita lo más relevante. En este sentido se recomiendan espacios de consulta públicos sobre los contenidos de la información que se les ofrece.

Relaciones Interpersonales

En general en todos los estudios se concluye la existencia de satisfacción en el relacionamiento entre los pares de los micro lugares de trabajo. Mientras en el 2001 se detectan problemas en la “comunicación vertical”: escasa información por parte de las jerarquías y dificultades para hacerse oír, en el 2006 se aprecia que existe una fuerte horizontalidad en la relación con los jefes lo que genera una pérdida de las capacidades de liderazgo necesarias para la consecución de los objetivos.

Recomendaciones

Son tres las temáticas que se destacan en las recomendaciones en los cuatro estudios realizados:

Capacitación: mientras años anteriores se ponía énfasis en realizar una capacitación específica para la tarea que se realiza así como profundizar en conocimientos generales sobre el Banco, en el año 2006 se propone realizar un Plan de formación integral pensada para los distintos ciclos de vida de los funcionarios en la institución.

Comunicaciones: en los primeros estudios se sugería realizar acciones de comunicación institucional tendientes a informar sobre la dirección del los cambios, los procesos involucrados, y los logros obtenidos en los mismos. En el 2006 se considera necesario además, jerarquizar la información transmitida y abrir espacios de consulta ante cada acción comunicativa.

Reconocimiento: aunque en 1998 se mencionaba a los ingresos como la principal fuente de satisfacción, en todos los estudios se manifiesta que el reconocimiento por la labor cumplida de parte de los usuarios de los servicios, así como de las autoridades y los niveles jerárquicos de la institución, siempre han sido considerados la mejor forma de motivación de los funcionarios.

Anexo I

Cuestionarios de encuesta

Temas

Solo se presentan aquellas temáticas que son abordadas en más de un cuestionario.

Temática	1996	1998	2001	2006
Satisfacción con los ingresos	P15-b	P8-b	P24-b	T2 F9
Me gustaría trabajar en otra cosa dentro del Banco	--	--	P15	T2 F3
Capacitación acorde a lo que exige mi trabajo	--	P11	P12	T2 F4
Satisfacción con beneficios	--	--	--	T2 F10
Tarea que realiza	--	--	P14	P6
Satisfacción con el entorno físico	--	P8-g	P24-f	Varias
Posibilidades de promoción	--	--	P25 F6	T2 F12
Satisfacción con los superiores	--	P8-c	P24-c	T3 var
Satisfacción con los pares	P15-d	P8-e	P24-d	T3 var
Compromiso con la institución	--	P17		T3.3 F1
Miedo a los cambios por incertidumbre	P36	P6	P5 C2	T5 F3
Los funcionarios no se involucran con los cambios	P41	--	P10	T5 F1
Los cambios producen beneficios a los funcionarios	P33	--	P6 C	T5 F9
Desconocimiento de los cambios	P39 F2	P25 F1	P25 F1	T6 F3
Se sabe más por rumores que por comunicación formal	--	P25 F14	--	T6 F7

Preguntas Concretas

Solo se presentan los ítems que se repiten en forma similar o muy similar en los cuatro estudios.¹

Satisfacción con los ingresos

1996:P8- b = 1998:P15-b = 2001:P24-b

Si Ud. tuviera que evaluar cuán satisfecho se encuentra con algunos aspectos específicos de su trabajo, utilizando siempre la misma escala de 0 a 10:

▫ *Satisfacción con los ingresos*

Máxima insatisfacción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima satisfacción
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

2006:T2 F9

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases,

▫ *Me siento satisfecho con el **sueldo** que recibo*

¹ Ningún ítem relevado antes del 2001 fue relevado en el 2006 en la misma forma.

Satisfacción con los pares

1996:P15- d = 1998:P8-e = 2001:P24-d

Si Ud. tuviera que evaluar cuán satisfecho se encuentra con algunos aspectos específicos de su trabajo, utilizando siempre la misma escala de 0 a 10:

- Satisfacción con los pares

□

Máxima insatisfacción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima satisfacción
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

2006:T3 F9

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases,

- Tengo confianza con mis compañeros de trabajo
- Con mis compañeros es difícil trabajar en equipo
- Soy realmente franco con mis compañeros de trabajo cuando estoy desconforme con algo
- Algunos compañeros carecen de los conocimientos suficientes para la tarea
- En mi grupo de trabajo nos ayudamos mutuamente
- Me gustaría seguir trabajando por mucho tiempo con mis actuales compañeros de trabajo.

Miedo a los cambios por incertidumbre

1996: P36 = 1998:P6 = 2001:P5

¿por qué cree Ud. que los funcionarios no aceptan el cambio?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Temor a no poder adaptarse al cambio
<input type="checkbox"/> 2. Incertidumbre por desconocer lo nuevo
<input type="checkbox"/> 3. Temor a quedar fuera de la estructura
<input type="checkbox"/> 4. Miedo a perder una situación personal | <input type="checkbox"/> 5. Otro, especificar _____
<input type="checkbox"/> 6. No sabe _____ |
|---|--|

2006: T5 F3

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases,

- Las personas tienen miedo a los cambios por la incertidumbre que generan los nuevos métodos de trabajo

Desconocimiento de los cambios

1996: P39 F3 = 1998 P25 F1

De las siguientes afirmaciones que he recogido en entrevistas como esta quisiera que me dijera sí está de acuerdo o en desacuerdo con ellas:

- No hemos recibido información ni comunicación sobre los objetivos del cambio

2001: P25 F1

- *Los funcionarios recibimos información adecuada sobre los cambios*

2006: T6 F3

- *No se sabe muy bien todavía en que consistirán los cambios dentro del Banco*

Anexo II

Realización de los estudios

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
Equipos consultores S.A.	Investigaciones y Mediciones – B.P.S.	CIFRA Análisis e Investigación de Servicios – B.P.S.	CIESU (Centro de información y estudios del Uruguay

Referencia documental

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
<ul style="list-style-type: none"> ▫ INV_MOT_996_CUANTI_V0.doc ▫ INV_MOT_996_EXPLOR_V0-doc 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ IMED-DO199806-02_Informe de encuesta mayo 98.doc 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ CIFRA- Cliente interno 2001.doc ▫ AISE-DO200115-04_Investigacion cliente interno completo AISE-4.doc 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Informe_Final_CIESU.pdf

Difusión realizada

IM1996	EN 1998	CI 2001	FU 2006
No se conoce	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Presentación a Gerentes de Repartición. ▫ Artículo en Revista Nexo 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Presentación a Gerentes de nivel I ▫ Artículo en Portón @nexo ▫ Publicación de resultados comparativo en Carpetas Públicas y 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Presentación a Directorio ▫ Presentación a Gerentes de Nivel I ▫ Presentación a Gerentes de Interior ▫ Publicación del “Marco Conceptual del Estudio”, Capítulo II del Informe, en “Comentarios de Seguridad Social” N° 12. Julio – setiembre 2006 ▫ Otros (pendientes)

ENCUESTAS DE PANEL

T/I Rosanna López

ENCUESTAS DE PANEL

INTRODUCCIÓN

Previo a entrar en el tema de encuestas de panel, deberíamos establecer algunas puntualizaciones teóricas generales.

¿Que es una investigación?

“La investigación por encuestas consiste en establecer reglas que permitan acceder de forma científica a lo que las personas opinan (Leon y Montero, 1993). Con esta metodología se presentan a un conjunto de individuos, de los que se presume que son representativos de su grupo de referencia, para conocer sus actitudes con respecto al tema o temas objeto de estudio.”¹

El investigador tiene que diseñar una estrategia para llevar adelante su trabajo, donde establece las etapas que realizará y como las llevará a la practica.

¿Que es una encuesta?:

“Es una investigación que pretende conocer una realidad de un universo a través de información obtenida a partir de una parte del mismo”.²

Dentro de los diseños de investigación en encuestas, se pueden diferenciar dos formas de realizar investigaciones mediante encuestas teniendo en cuenta la temporalidad.

1. Las que se realizan en un solo momento temporal
2. Las que recogen información periódicamente.

Las que se realizan en un solo momento temporal se conocen como investigaciones transversales y las que se realizan periódicamente se conocen como longitudinales.

Las investigaciones transversales se recogen en un único momento temporal, lo cual permite realizar una descripción en una población en un espacio temporal determinado. Son menos costosas que las investigaciones longitudinales pero pueden estas influenciadas por variables concurrentes en el tiempo.

En cambio las investigaciones longitudinales estudian el mismo grupo de sujetos en diversos momentos distintos a lo largo del tiempo, permiten observar el cambio de eventos específicos que se produce en una población.

Hay tres tipos de diseños longitudinales: diseños de muestras sucesivas independientes, diseños de panel y diseños de cohorte.

¹ Fuente: Diseño y Análisis de Encuestas de África Borges del Rosal.

² Fuente: Programa de capacitación estadística INE 2003-2005

El primero se aplica el mismo cuestionario a muestras sucesivas de sujetos en momentos temporales distintos, lo cual permite evaluar el efecto del tiempo en las variables medidas.

En los diseños de panel se entrevista más de una vez al mismo conjunto de personas, se busca observar y medir los cambios en el comportamiento de un conjunto de variables de interés.

En los diseños de cohorte se observan los cambios producidos en grupos de individuos que están dentro de un periodo de nacimiento común.

ENCUESTAS DE PANEL

Como se aclaró antes el Análisis longitudinal permite realizar un seguimiento a un mismo grupo de individuos (panel) por un periodo de tiempo, permitiendo encontrar las diferencias y cambios de eventos específicos en la vida de los individuos pertenecientes al panel.

El panel es una herramienta que permite hacer descripciones sociales y físicos de una población que no pueden ser inferidos en la aplicación de una investigación transversal.

Permite analizar variables micro-económicas de una población, por lo cual permite evaluar el efecto de las acciones de la implantación de políticas económicas y sociales realizadas por los gobiernos.

“Las encuestas de panel o de corte longitudinal resultan de gran utilidad para el diseño y definición de políticas, así como para la evaluación de programas que inciden en los niveles de vida de la población. De hecho, para aquellas investigaciones cuyo objetivo es evaluar el cambio en la situación de un indicador en un grupo social entre dos instantes consecutivos de tiempo, los estudios longitudinales resultan ser el mecanismo más apropiado, a pesar de que no están exentos de error”.³

Los datos que provienen de encuestas de panel deben ser tratados con un análisis especial y se deben utilizar métodos estadísticos específicos que consideren la estructura de correlación entre las variables estudiadas.

Ventajas	Desventajas
Permite mejorar la precisión de los estimadores	Costo elevado
Permite una buena identificación y estimación de modelos econométricos.	Limitaciones en el tratamiento sobre todo en el caso de modelos no lineales.
Permite medir la evolución de cambios específicos dentro de una sociedad donde los resultados obtenidos no son influenciados por los efectos del tiempo de medida.	No permite variar el cuestionario
“La información del cambio bruto que está detrás del cambio neto se obtiene solo a través de las muestras de panel” (Kish, 1979)	Perdida de elementos en la muestra en la medida que pasa el tiempo.
	En las situaciones de gran movilidad de los elementos de la muestra se eleva el costo de campo y se puede llegar a aumentar la tasa de no respuesta incidiendo en el error de estimación y la calidad de los resultados.

Existen diferentes tipos de encuestas de panel donde se pueden realizar paneles con rotación parcial de los elementos de la muestra los cuales pueden tener algunas bondades con respecto al panel total desde el punto de vista práctico, pero presentan limitaciones en algunos fenómenos.

ALGUNAS EXPERIENCIAS DE ENCUESTAS DE PANEL

Fuente: Internet

En el INE aplican una encuesta de panel con empresas pero la alta movilidad de las mismas les está provocando un gran desafío.

En Chile la aplicación de la encuesta de Protección Social que BPS está tomando como antecedente fue aplicada por primera vez en el 2002, y replicada en el 2004 y 2005 con algunas modificaciones.

En Ecuador se aplicó una encuesta para generar bonos de Desarrollo Humano y su objetivo era aliviar la pobreza en el 2002.

En México se realizó una encuesta de panel con respecto a las elecciones presidenciales 2005 y 2006 co-patrocinado por el Grupo Reforma.