

Comentarios de Seguridad Social N° 35

Enero - Marzo

2012

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

Montevideo, Uruguay

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

Contenido

EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS.

Psic. Cristina Kluver	9
INTRODUCCION	11
1. Envejecimiento poblacional.....	11
2. La población latinoamericana y caribeña	12
3. Derechos humanos en los asuntos de población.....	16
4. Enfoque de derechos humanos a los asuntos de las personas de edad	17
5. Las personas de edad desde el enfoque de derechos	18
6. Protección de las personas de edad en el Uruguay	19
7. La seguridad social desde el enfoque de derechos	21
S I N T E S I S.....	22
Anexo I:.....	26
Indicadores para América Latina y el Caribe.....	26
Anexo II.....	27
El sistema de las Naciones Unidas y los Derechos Humanos.....	27

NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACION-DISTRIBUCION. Retribuciones de Julio/11 con aportes asociados distribuibles a las AFAP a partir de Setiembre/11

I ₁ -Afiliados con distribución / Afiliados Totales a las AFAP.....	33
I ₁₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Afiliados Totales a AFAP	33
I ₂ -Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS.....	34
I ₂₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pago / Activos Registrados en BPS.....	35
I ₃ -Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas.....	35
I ₃₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Incluidos en Nómina	36
I ₄ -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización	37
I ₅ -Afiliados con Distribución / Activos con Aportes Distribuibles	37
ANEXO: Descripción de los indicadores	39
I ₁ -Afiliados Con Distribución / Afiliados Totales a AFAP:	39
I ₁₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Afiliados Totales a AFAP	39
I ₂ -Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS.....	39
I ₂₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Registrados en BPS	39
I ₃ -Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas.....	39
I ₃₁ -Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Incluidos en Nómina	40
I ₄ -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización	40
I ₅ -Afiliados con Distribución / Activos con Aportes Distribuibles	40

PROYECTO: “Encuesta Longitudinal de Protección Social”. Ec. Orestes Venancio Lacurcia.

Unidad Ejecutora ELPS	41
Encuesta longitudinal: características e importancia	43
Principales encuestas longitudinales socio-económicas a nivel mundial	47
Observatorio Regional de Protección Social	53
Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) – Uruguay	54
Consideraciones finales	56
Bibliografía	57

ENVEJECIMIENTO, PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS. Psic. Cristina Kluver 59

1. Introducción.....	61
2. Protección Social Inclusiva	62
3. Envejecimiento de la Población	63
3.1 Transición demográfica y envejecimiento	63
3.2 Relación de dependencia económica	63
3.3 ¿Ventana de oportunidades: aún abierta en Uruguay?.....	65
4. Protección Social, Ingresos y Envejecimiento	67
5. PROTECCION SOCIAL. Propuestas para un debate	70
6. Síntesis	70
7. Bibliografía	71

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS DE JUBILACIÓN DE LOS AÑOS 2002 AL 2011. Cra. Carolina Colombo 73

1. Introducción.....	75
2. Metodología.....	75
3. Resultados.....	75
4. Análisis de las altas totales	75
5. Análisis de las altas por invalidez	76
5.1 Evolución del número de altas.....	76
5.2 Evolución de la edad de retiro promedio	77
5.3 Evolución de los años de servicio promedio.....	78
5.3.1 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial	78
6. Análisis de las altas por vejez	80
6.1 Evolución del número de altas.....	80
6.2 Evolución de la edad de retiro promedio	81
6.3 Evolución de los años de servicio promedio.....	82
6.3.1 Incidencia de la última reforma en los años de servicio	83
6.3.2 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial	84
6.4 Evolución de la tasa de reemplazo promedio	86
6.4.1 Incidencia de la última reforma en la tasa de reemplazo	87
7. Análisis de las altas por edad avanzada	88
7.1 Evolución del número de altas.....	88
7.2 Evolución de la edad de retiro promedio	89
7.2.1 Incidencia de la última reforma en la edad de retiro.....	90
7.3 Evolución de los años de servicio promedio.....	91
7.3.1 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial.....	92

7.4 Evolución de la tasa de reemplazo promedio.....	93
8. Consideraciones finales	95

SUBSIDIO POR DESEMPLEO. Análisis por Actividad y por Departamento 2011/2010.

Cr. Alex Fernández	99
I. Introducción.....	101
II. Régimen Legal, Financiamiento y Cobertura	101
III. Evolución Anual del Subsidio por Desempleo.....	102
IV. Subsidio por Desempleo por tipo de Actividad	104
IV. 1. Industria Manufacturera	106
IV. 2 Construcción	109
IV. 3. Producción Agropecuaria, Forestal y Pesca.....	110
IV. 4. Comercio.....	112
V. Subsidio de Desempleo por Departamento.....	113
VI. Conclusiones	115

BALANCE ACTUARIAL DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO ADMINISTRADO POR EL BANCO DE PREVISION SOCIAL. Cra. Maria Luisa Brovia.....

1. Introducción	119
2. Objetivo del trabajo	119
3. Balance Actuarial	120
3.1 Características del Balance Actuarial Clásico	120
3.2 Características del Balance Actuarial de nuestro régimen	122
4. Resultados del Balance Actuarial del sistema contributivo administrado por el Banco de Previsión Social	125
5. Análisis de Sensibilidad de los Resultados	128
5.1 Cambios en la proporción de IVA afectado	129
5.2 Cambios en la tasa de interés de descuento de los flujos de fondos	130
6. Consideraciones Finales	132

ATENCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE JUBILADOS DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL.

Actualización con información a 2010. T.S. Ines Núñez	135
1. Introducción	137
2. Sistema de Salud en el Uruguay	137
3. Análisis de resultados.....	143
4. Atención de Salud y nivel de ingreso.....	156
5. ¿Quién paga la cuota de salud?.....	159
6. Tipo de Cobertura de Salud en jubilados del BPS que se atienden en salud.....	161
7. Consideraciones Generales	162

ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL: Ejemplos de Modelos Institucionales y de

Intervención. Psic. Cristina Kluver	165
1. Introducción	167
2. Modalidades institucionales y estrategias de intervención	167
3. Participación y políticas públicas. España	168
4. La atención de las personas de edad. Suecia	170

5. Metodología de intervención y espacio local. Argentina	172
6. Síntesis.....	173
Bibliografía	176

**EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS
MAYORES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS**

Psic. Cristina Kluver

EL ENVEJECIMIENTO, Y LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS

“El aumento de la longevidad está otorgándole a la humanidad una nueva frontera, un paisaje mental y físico cada vez más amplio.”

ONU, Mensaje del Secretario General
en el día internacional de las personas de edad, 1999

INTRODUCCION

El curso internacional “Envejecimiento y Estrategias de Protección Social en América Latina organizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL realizado en su sede en Chile desde el 15 de noviembre al 7 de diciembre 2010 , tenía como propósito mejorar las capacidades técnicas de los países de América Latina, con el fin de prepararlos para un cambio de perspectiva en los asuntos del envejecimiento y la protección social, y fortalecer la aplicación del enfoque de los derechos humanos en las políticas dirigidas a las personas mayores.

A través de un amplio abanico temático - transición demográfica, aspectos sociodemográficos de la población adulta, derechos humanos , protección social, políticas públicas, intercambios intergeneracionales, familia y sociedad, cuidados, participación y políticas públicas, sistema de bienestar sueco, metodologías de intervención – diferentes especialistas analizaron el envejecimiento poblacional, la situación y atención de las personas mayores, pudiéndose observar el estado de este tema a nivel regional y principalmente la propuesta de avanzar hacia una convención de los derechos humanos en los asuntos de las personas de edad.

Bien interesante fue, que si bien Uruguay posee una amplia y fuerte historia de cobertura en protección social lo que explica, en gran parte, la situación actual de los adultos mayores, está entre los países que no figuran en la bibliografía especializada, - ni considerado como los expertos en este tema -, como un país que aborda los asuntos de las personas mayores desde un enfoque de derechos. El interés de este comentario es observar algunos datos del envejecimiento poblacional y las personas de edad, aproximarnos al enfoque de derechos en los asuntos de la personas de edad, en un intento de identificar en líneas generales - desde lo aportado en el curso y otras lecturas realizadas sobre el tema - cuál sería el camino a transitar por nuestro país, o acciones a concretar para la inclusión en la agenda internacional como un país que aborda los asuntos de las personas mayores desde ese enfoque.

1. Envejecimiento poblacional

Los principales cambios en las tendencias demográficas de los países de América Latina, en particular, el fenómeno de mayor impacto en la actualidad es el envejecimiento de la población. Definido como el aumento de la proporción de las personas de edad avanzada - 60 años o más - con respecto a la población total, proviene de la acción combinada de

dos connotadas transiciones, con fuerte relación entre sí: la demográfica¹ y la epidemiológica.²

Si bien el tránsito de una sociedad hacia la madurez demográfica es consecuencia lógica de factores altamente positivos, por lo que debería considerarse un dato más de la evolución de las sociedades, es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentarán los países de la región en el siglo XXI, - expresan los especialistas en temas de población - en tanto ejercerá una presión importante en los sistemas de seguridad social, e implica una serie de dificultades si no se han previsto con anticipación las reformas de protección social que han de ponerse en práctica para enfrentar este fenómeno demográfico.

Y en ese sentido en lo que respecta a las personas de edad habría algunas coincidencias en que para garantizar la seguridad económica de las personas de edad, es necesario aumentar la cobertura de la seguridad social, incluso mediante pensiones no contributivas o asistenciales. Se trata en todo caso de decisiones políticas que deberían ser tomadas con la participación no solo del gobierno, del sector privado, sino también de la sociedad en su conjunto. Veamos algunos datos. (CEPAL, 2007 Observatorio Demográfico No.3)

2. La población latinoamericana y caribeña

2.1 El aumento proporcional de las personas de edad.

Según datos de la CEPAL, durante las últimas décadas, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región. Las estructuras demográficas se han modificado y las personas de edad adquieren una mayor representación numérica.

La región muestra una marcada heterogeneidad. Para captarla el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE,2007) , - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL) - propone clasificar a los países en cuatro categorías, según la etapa del proceso de envejecimiento en la que se encuentran: envejecimiento incipiente, envejecimiento moderado, envejecimiento moderado avanzado, envejecimiento avanzado.

¹ Es el proceso por el cual las poblaciones pasan de un equilibrio de bajo crecimiento producto de alta natalidad y mortalidad a otro equilibrio, con bajo crecimiento producto de la baja natalidad y mortalidad que ha operado modificando significativamente las estructuras de la población de la región desde mediados del siglo pasado. Este proceso es el reflejo de otros cambios: transformaciones económicas, sociales, políticas y culturales. La transición demográfica refleja, en el comportamiento reproductivo y en la mortalidad otros procesos de transformación, asociados a la modernización y el desarrollo de los países. En Uruguay, ese proceso comenzó mucho antes que en el promedio de América Latina y el Caribe. El avance de la transición demográfica, ha sido y continúa siendo heterogéneo entre países y al interior de los mismos.

² La transición epidemiológica alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes (Huenchuan, p 16 y 17)

Cuadro 1. América Latina y el Caribe: población total y de 60 años y más, según etapas del envejecimiento 1975-2050 (países seleccionados)

Etapas del envejecimiento	Países	Población total				Población de 60 años y más			
		1975	2000	2025	2050	1975	2000	2025	2050
Envejecimiento Incipiente	Bolivia	4.758.881	8.427.789	13.268.462	16.734.338	264.090	537.452	1.191.151	2.786.304
	Nicaragua	2.621.818	4.956.964	6.854.662	8.007.746	114.638	263.681	672.506	1.569.275
	Paraguay	2.658.859	5.496.450	8.059.681	10.063.363	156.619	344.727	869.057	1.815.323
Envejecimiento Moderado	Brasil	108.167.353	174.719.024	230.516.095	256.159.659	6.541.030	14.031.549	35.076.146	63.117.213
	Colombia	25.380.952	42.321.386	55.695.915	62.445.673	1.425.447	2.854.086	8.125.841	14.918.105
	México	59.287.101	100.052.484	123.784.363	131.585.757	3.320.844	7.342.634	18.444.919	35.262.511
	Perú	15.161.146	25.939.329	33.765.043	39.035.532	433.205	843.213	1.854.445	
Moderadamente avanzado	Argentina	26.049.353	36.783.859	45.732.274	50.603.679	2.971.006	4.941.660	7.749.566	12.476.798
	Chile	10.413.219	15.397.784	19.128.758	20.204.779	814.176	1.568.467	3.846.562	5.698.093
Envejecimiento avanzado	Cuba	9.250.612	11.112.635	11.165.504	9.957.282	928.847	1.635.230	2.918.713	3.733.718
	Uruguay	2.238.505	3.337.062	3.552.439	3.730.531	399.476	569.632	746.032	988.086
Fuente: El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe Publicación de Naciones Unidas, 2009 CEPAL-CELADE - UNFPA									

En 2000 la población regional de 60 años y más era de 43 millones de personas, cifra que irá en aumento hacia el año 2025, cuando las personas de edad alcancen los 101,1 millones. Para 2050, en tanto, la población de esta edad podría llegar a los 186,0 millones de latinoamericanos y caribeños, superando ampliamente las cifras observadas hacia fines del cuarto de siglo

2.2 El envejecimiento y las personas de edad

El aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en los países de la región. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de un 6,5% a un 8,3% en América Latina y el Caribe. Para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15,1% lo que sin duda hará que este grupo adquiera una mayor notoriedad al interior de la población. Ya para 2050 las personas de edad representarán aproximadamente el 25,5% de la población, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más.

Cuadro 2. América Latina y el Caribe: proporción de población de 60 años y más, 1975-2050. En % (países seleccionados)

Países	1975	2000	2025	2050
Argentina	11.4	13.5	17.1	24.8
Bolivia	5.5	6.5	9.5	17.5
Brasil	6.0	8.1	16.6	29.4
Chile	7.8	10.2	20.1	28.2
Cuba	9.8	14.3	26.1	37.1
Nicaragua	4.4	5.9	9.8	19.6
México	5.5	7.5	15.1	27.4
Paraguay	5.6	6.5	10.8	18.3
Uruguay	14.1	17.3	21.2	26.9
Barbados	13.8	12.6	26.7	36.4
Jamaica	8.4	9.9	14.5	22.5
América Latina y el Caribe	6.5	8.3	15.1	25.5

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008 En: El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Separata. CEPAL

Tales cifras, que muestran el incremento absoluto de las personas mayores está acompañado de un aumento en el peso relativo de este grupo respecto del total de la población, son categóricas acerca del proceso de envejecimiento que está experimentando la región.

Según se observa en el cuadro, en los países donde el proceso de envejecimiento se encuentra más avanzado – tales como Uruguay, Cuba, Chile, y varios caribeños – la proporción de personas mayores de 60 años será superior al 20% en 2025. En tanto que en aquellos con un envejecimiento más tardío – Bolivia, Paraguay, Nicaragua, entre otros – el porcentaje de personas de edad se ubicará alrededor del 10% para esa misma fecha.

2.3 Población de personas de edad en Uruguay

Conocido es que Uruguay tiene los mayores índices de envejecimiento de toda la región de América Latina y el Caribe. El número de personas mayores de 60 años residentes en Uruguay alcanza a 574.438 (un 17,7% de la población total). La proporción que suponen

las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende al 13.3% y la de los mayores de 85 al 1.4%.

Cuadro 3. Uruguay Población de Personas de 60 y más, según censo 2004 (en miles y %)

	Total	Hombres	Mujeres	% sobre Población total	% Hombres	% Mujeres
Población	3.241.003	1.565.533	1.675.470			
60 y +	574.438	239.174	335.264	17.7	41.6	58.4
60-64	141.457	65.586	75.871	4,4	46,4	53,6
65-69	122.377	54.233	68.144	3,8	44,3	55,7
70-74	118.627	49.919	68.708	3,7	42,1	57,9
75-79	87.848	34.928	52.920	2,7	39,8	60,2
80-84	58.887	21.269	37.618	1,8	36,1	63,9
85-89	29.133	9.112	20.021	0,1	31,2	68,7
90-94	12.689	3.331	9.358	0,4	26,2	73,7
95 y más	3.420	796	2.624	0,1	23,3	76,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo Población 2004

Los datos son muy claros. El paulatino pero inexorable envejecimiento de la población presenta dos características que preocupan a los expertos: un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, una institucionalidad social con una fuerte orientación subsidiaria, rezagos en la adaptación de las políticas públicas a la nueva realidad demográfica y una institución familiar con apoyo insuficiente para cumplir con las funciones de seguridad y protección.

Las personas mayores de 60 años, son - y deben seguir siendo plantea la CEPAL - un factor importante en el desarrollo de las sociedades de la región. Deben ser ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, que al igual que cualquier otro grupo de la población, requieren medidas específicas que garanticen, especialmente a los más vulnerables, una vida con dignidad y seguridad.

La preocupación por el aumento de este colectivo poblacional, estaría principalmente en que se acompaña, - además de la disminución en la protección social - , de la disminución de su participación social activa.

Las proyecciones de población pronostican que en el futuro próximo Uruguay presentará una estructura con una alta proporción de personas de la tercera edad. También se experimentará un proceso que puede denominarse envejecimiento del envejecimiento. Significa que en el grupo de mayores de 60 años se incrementará la proporción de personas de 75 años y más.

Cuadro 4. Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población total, por sexo y grupos quinquenales de edad. 1975-2050

	1975	2000	2025	2050
Población total	2.828.542	3.314.038	3.552439	3.730.531
Ambos sexos				
60-64	127.282	141.791	187.524	219.321
65-69	99.136	136.951	168.182	192.811
70-74	76.207	117.934	136.115	188.773
75-79	50.939	85.462	108.060	156.887
80 y más	45.912	87.494	146.151	230.294
	339.476	569.632	746.032	988.086

Fuente: CEPAL América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico 2007 p: 161

Si bien Uruguay posee una importante tradición de protección de las personas mayores y presenta los menores niveles de pobreza continental en ese tramo de edad - Banco de Previsión Social - Instituto de Seguridad Social, el Sistema de Salud y las políticas de protección localizadas en otros organismos claves del Estado han sido fundamentales en estos logros - hoy , ante esta nueva cuestión social que se presenta trae consigo situaciones a considerar no sólo fiscales y de cobertura en materia de salud y pensiones, sino también de cuidados. El desafío es extender y repensar la red de protección para la población de mayor edad.

3. Derechos humanos en los asuntos de población

Aunque el imaginario colectivo alberga distintas visiones sobre el significado de los derechos humanos, referirse a ellos remite en gran medida a la labor de las Naciones Unidas³ en cuya Carta se expresa que la Organización promoverá “el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”. Este fue el primer paso para definir un sistema internacional de protección de los derechos humanos y representa un gran logro de la humanidad.

Años más tarde, la misma Organización reconoce que esta tarea sigue pendiente y define como prioritario en su Programa de reformas la ampliación de actividades relacionadas con los derechos humanos “mediante la reorganización y reestructuración de la secretaría de derechos humanos e integración de los derechos humanos en todas las actividades y programas importantes de las Naciones Unidas” (Naciones Unidas, 1997).

Desde entonces los organismos de la Organización han desarrollado diversas estrategias para incorporar el enfoque de derechos humanos en sus actividades, y han realizado

³ Ver Anexo II. Para mayor claridad, en este anexo el lector encontrará las principales acciones e instrumentos que las Naciones Unidas identifica y denomina comisiones, pactos, comités, e hitos sobre los derechos humanos asociadas a las personas de edad. En www.un.org y las direcciones asociadas es posible ampliar y profundizar información.

actividades de promoción para lograr que los gobiernos suscriban la legislación internacional de derechos humanos, la respeten e incorporen dicho enfoque en las políticas públicas.

La aplicación del enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población es una respuesta a este llamado, que en la región de América Latina y el Caribe es encabezada por el CELADE de la CEPAL. Y si bien hace mucho tiempo que se reconocen las intersecciones⁴ entre población, desarrollo y derechos humanos, su comprensión y aplicación a las políticas públicas sigue siendo una enorme tarea, que no es ajena a la incorporación del enfoque de derechos en el marco del desarrollo con sus “encuentros y desencuentros” (Abramovich, 2006)

La relevancia que ha cobrado hoy en varios fenómenos sociodemográficos se debe a su vinculación con situaciones de vulnerabilidad, directamente relacionadas con el desarrollo y los derechos humanos entre los que se encuentran el envejecimiento y las personas de edad.

4. Enfoque de derechos humanos a los asuntos de las personas de edad

Como punto de partida este enfoque plantea que no es la existencia de personas con necesidades que deben ser *asistidas*, sino *sujetos con derechos* que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Huenchuan, 20). La persona, es el sujeto central del desarrollo y son las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos quienes constituyen el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo. Se trata de proporcionarles protección y cuidados.

Ahora ¿qué se entiende específicamente por un enfoque de derechos? Es un marco conceptual para el desarrollo humano basado en normas internacionales de derechos humanos y operativamente dirigidos a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. Requiere incluir el desarrollo y la aplicación de conceptos y contenidos particulares en base a tres dimensiones; normativa, procesal y de contenidos.

Es así que la expresión constitucional, debe establecer explícitamente la jerarquía constitucional, de manera de otorgarles exigibilidad en el derecho interno, y hacer uso - además - de la jurisprudencia y doctrina de los comités de los tratados, los cuales, por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos. (Dimensión normativa) (Huenchuan, 22).

Deben crearse también las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales específicas, - leyes especiales de promoción y de protección de los derechos y libertades en la vejez - que permitan su desarrollo. (dimensión procesal) y finalmente deben aplicarse acciones concretas, puestas en práctica mediante programas específicos dirigidos exclusivamente a las personas mayores, teniendo en cuenta en forma especial

⁴ Se entiende por intersecciones los puntos de vinculación entre los comportamientos de carácter demográfico y los procesos de desarrollo, vistos desde una perspectiva de derechos.

que su orientación y prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez (dimensión de contenidos).

Llegado a este punto podemos expresar que es la concepción de la persona como sujeto de derechos, y un consenso político basado en derechos, que incluya las dimensiones normativa, procesal, de contenidos, el eje central para abordar los asuntos de las personas de edad desde el enfoque de derechos.

5. Las personas de edad desde el enfoque de derechos

En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas de edad y sus problemas parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales (Huenchuan, 15). Las intervenciones se concentran entonces en lo que las personas mayores no poseen en comparación con otros grupos, de acuerdo a un modelo androcéntrico de la organización y el funcionamiento de la sociedad.

Los instrumentos de política más comunes ofrecerían paliativos para superar esas pérdidas o carencias, y su explicación residiría en que las instituciones no se han adaptado a la nueva composición por edades en la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando en base a un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas.

En este contexto el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

Otro aspecto importante, reside en que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos, - como ocurre en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos y en las mismas legislaciones nacionales - , no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores, puesto que la estructura e ideología dominante impiden su realización práctica. En consecuencia obtienen una protección limitada, asociada principalmente a la seguridad social y al derecho de un nivel de vida adecuado.

Una interpretación progresiva realizada por el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha reforzado los instrumentos relacionados con los derechos genéricos de las personas de edad. En 1995, dicho Comité aprueba su Observación General N° 6 en la que se detallan en forma específica las obligaciones de los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵ con las personas de edad , que pueden observarse en el cuadro siguiente.

⁵ Naciones Unidas, Observación General N° 6(E/C.12/1995/16/Rev.1) Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1995

Cuadro 5. Contenido de la Observación General N° 6

Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) Artículos	Interpretación del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC)
Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3)	Los Estados partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas que, con independencia de su género, carezcan de recursos
Derecho al Trabajo (artículo 6,7 y 8)	Los estados parte deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión, garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, otorguen empleo a trabajadores de edad avanzada que les permita hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas de jubilación reparatorios
Derecho a la seguridad social (artículo 9)	Los Estados parte deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos.
Derecho a la protección a la familia (artículo 10)	Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.
Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 12)	Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida.
Derecho a la educación y la cultura (artículo 13)	Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos, y ii) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes

Fuente: Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Huenchuan, S. Rodríguez-Piñero, L. P:29 CEPAL-Colección Documentos de proyectos

Pero hasta la fecha, los derechos de las personas de edad carecen de un instrumento internacional vinculante, no han sido reconocidos específicamente en la forma de una Convención o tratado concreto como sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas, como sucede con otros grupos particulares⁶, como las mujeres, los niños, o las personas con discapacidad.

6. Protección de las personas de edad en el Uruguay

La protección de las personas de edad en Uruguay, tiene, en primer lugar, tiene rango constitucional,⁷ se rige también por las normas internacionales⁸, y una legislación que pretende amparar a las personas de edad desde diversos puntos de vista.

⁶ Ver textos de las Convenciones de estos grupos en mujer: www.unwomen.org niños: www.unicef.org y discapacidad: www.un.org, y páginas asociadas.

⁷ Artículos: 7 y 72 (2), protegen los derechos fundamentales del hombre, entendido por éste a toda persona de la especie humana. Y protegen a los que están expresamente consagrados en el texto normativo de nuestra Carta

Tiene mucho camino en materia de protección social y envejecimiento y puede ser un ejemplo para la región en muchos aspectos - por un lado por ser el país más envejecido de América Latina y por otro por tener un nivel avanzado de institucionalización en políticas públicas y de desarrollo avanzado de organizaciones de la sociedad civil (NIEVE:9)

También a nivel académico se ha asumido que las repercusiones de las consecuencias del cambio demográfico, ofrecen nuevas demandas, y exigen construir nuevas formas de protección social para todas las edades, y se han realizado los primeros diagnósticos.

En términos de protección de las personas de edad , puede expresarse que Uruguay contempla las tres dimensiones que debe incluir un enfoque de derechos en los asuntos de las personas de edad - normativa, procesal y de contenidos - aún así, mantendría importantes brechas en la protección de las personas de edad en el sentido que las normas establecidas se traducirían sólo en disposiciones programáticas, y no repercutirían en la realidad de las personas de edad, al no aplicarse en la práctica las disposiciones del Derecho Constitucional y del Derecho Internacional (Gutiérrez, 2010).

Magna, y a los que no lo están, por aquello de que también se consideran derechos fundamentales a los que "son inherentes a la persona humana o se derivan de nuestra forma republicana de gobierno".

art. 195 (3) dispuso la creación del Banco de Previsión Social como ente autónomo encargado de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social, y en la letra "M" de las Disposiciones Transitorias y Especiales (4), previó la integración de su Directorio disponiendo que uno de sus integrantes será electo por los afiliados pasivos, con lo cual, nuestro constituyente ha sido conciente de que, por lo menos en éste aspecto de la organización estatal, los pasivos deben tener necesariamente participación en las decisiones que tome el Organismo estatal que regula las pasividades en el Uruguay; y que además, ese representante, debe ser elegido en elecciones libres, controladas por la Corte Electoral, en la cual participen todos los pasivos en forma obligatoria. El art. 40 (5), también es extensivo a los pasivos, en la medida que protege a la familia en su sentido global y amplio, familia de la cual obviamente forman parte los adultos de la tercera edad.

El art. 44 (6) obliga al estado a procurar mediante leyes, el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del Uruguay; previendo además el deber de cuidar la salud, y la obligación estatal de proporcionar en forma gratuita a indigentes y carentes de recursos todos los medios de prevención y asistencia.

El art. 45 (7) prevé el derecho de todo habitante de gozar de vivienda higiénica y decorosa, obligando al Estado – como contrapartida- propender a asegurar tal derecho, facilitando la compra y estimulando la inversión de capitales privados para tal fin.

El art. 46 (8) prevé la obligación del Estado de dar asilo a los indigentes o carentes de recursos suficientes, cuando estén inhabilitados para el trabajo por su inferioridad física o mental de carácter crónico.

Finalmente, el art. 67 (9), prevé todo lo relacionado a la previsión social, y dispone la obligación del Estado de establecer la pasividad (jubilación o pensión) a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros; así como los subsidios en casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc., lo que hace extensiva a la familia, en caso de muerte, disponiendo también la forma de actualización de los montos de esas pasividades.

⁸ Desde el punto de vista del Derecho Internacional Público, el Uruguay se rige por la normativa que ampara y protege a la ancianidad. Así, la Carta de Naciones Unidas de 1945, en su art. 55, alienta a los estados miembros a promover estándares de vida más elevados para todas las personas, el progreso económico y social, la cooperación internacional en asuntos sociales incluyendo la salud y la educación, y el respeto universal por los derechos humanos independientemente de la procedencia y las características de cada uno. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en sus arts. 3, 22, 25 y 27, determina que todas las personas tienen derecho a la vida, libertad y seguridad. Además, todas las personas tienen derecho a la seguridad social y a la realización de todos los derechos económicos, sociales y culturales esenciales para el desarrollo de la personalidad y de la dignidad individual. También se establece el derecho básico y específico de las personas mayores y/o discapacitados a medidas especiales de protección y seguridad de acuerdo con sus necesidades físicas y morales.

Cobra importancia la creación de una institucionalidad específica en los asuntos de las personas de edad, - Instituto Nacional del Adulto Mayor (Ley 18.167 de 2009), que *integre las acciones en materia de vejez* – e incida en forma específica y operativamente a promover, proteger, y hacer efectivo los derechos humanos, atendiendo la desprotección de las personas de edad.

En síntesis, según lo observado, en nuestro país, no es posible hablar de un vacío jurídico de la protección de los derechos en los asuntos de la vejez, o de carencia de institucionalidad de políticas públicas, o de información en la atención de los asuntos de la vejez. Hay una pluralidad de fuentes normativas genéricas a nivel nacional, una diversidad institucional de políticas públicas. Y son precisamente estas características las que se traducen en una importante dificultad al momento de considerar de manera específica la información sobre las personas de edad, en la medida que la dispersión normativa e institucional, obstaculizarían abordar la especificidad particular de las personas de 60 años y más.

Y en ese sentido nuestro país estaría transitando hacia un enfoque de derechos en los asuntos de la vejez, donde la implementación de la institucionalidad específica de las personas de edad, sería una de las acciones de indudable prioridad.

7. La seguridad social desde el enfoque de derechos

Llegado a este punto, es importante destacar que en lo que respecta a la seguridad social⁹ nuestro país, cuenta con una institucionalidad específica – Banco de Previsión Social, Instituto de Seguridad Social - que proporciona cobertura no contributiva y otras ayudas a las personas de 60 años - sea que no hayan alcanzado la edad o finalizado el período de calificación contributivo- a través de prestaciones específicas –

a) económicas: pensiones no contributivas por vejez e invalidez,

b) sociales: contribuye también con hogares de ancianos y asociaciones de jubilados y pensionistas, con los programas de fortalecimiento de la sociedad civil, y

⁹ La Organización Internacional del Trabajo, define la “seguridad social”, como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de disposiciones públicas, contra los infortunios económicos y sociales que, de lo contrario, serían ocasionados por la interrupción o reducción considerable del ingresos a raíz de contingencias como la enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, invalidez, vejez y muerte”. En otras palabras, la seguridad social consiste en un conjunto de prestaciones reguladas por la Ley, mediante las cuales se procure dar al individuo, en determinadas circunstancias de su vida, un grado suficiente de bienestar para que desarrolle adecuadamente su personalidad en beneficio propio y de la Sociedad. (Gutiérrez,2010)

c) flexibilidad de acceso a las jubilaciones: a través de la ley 18.395 se introducen distintas modificaciones relacionadas a las condiciones de acceso a las causales de jubilación.

En síntesis en el derecho a la seguridad social - detalladas en la Observación N° 6 - , nuestro país cumpliría con las obligaciones contenidas en su artículo 9 según se observa en el Cuadro 5. También en éste aspecto la participación de las personas de edad en las decisiones que tome la institución sobre los jubilados y pensionistas está prevista, por disposición constitucional (Art.195), al estar el Directorio del BPS-Instituto de Seguridad Social integrado por un representante de los mismos.

S I N T E S I S

El envejecimiento poblacional, el aumento proporcional de las personas de edad, y el envejecimiento de la vejez, suponen un desafío para todos los países de la región, y aún más, para los países de envejecimiento avanzado entre los cuales se encuentra nuestro país. Exige una articulación de nuevas prácticas sociales, discursos sociopolíticos, imaginarios sociales y conceptualizaciones teóricas y técnicas relevantes que faciliten la identificación de estrategias para dar respuestas específicas a estos asuntos.

Un enfoque que contribuya y garantice – junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir con los objetivos fundamentales de la política presupuestaria - , un nivel de vida digno para las personas mayores, permitiéndoles favorecerse del bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural. Abordar el envejecimiento y los asuntos de las personas de edad, desde el enfoque de los derechos humanos adquiere gran importancia como horizonte normativo y programático del desarrollo, en la medida que considera de manera específica los asuntos de los colectivos vulnerables y socialmente excluidos.

Ahora si bien el envejecimiento poblacional está instalado en la agenda internacional y regional (Madrid, 2002; Santiago, 2003; Brasilia, 2008) no es sinónimo de compromiso para abordar los asuntos de las personas de edad, desde un enfoque de derechos. Es necesario superar la dispersión normativa existente, - tanto en el ámbito de las Naciones Unidas como en el Interamericano - y contar con un instrumento jurídico vinculante para que la protección de los derechos de las personas mayores sea efectiva.

Es muy interesante destacar que en nuestro país, en lo que compete a la seguridad social, según las obligaciones previstas en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, cumple con el contenido del derecho a la seguridad social en relación a la cobertura a las personas de 60 años y más. Lo hace a través del otorgamiento - además de las contributivas – de prestaciones no contributivas, la flexibilidad de acceso a las jubilaciones, con su contribución a los programas y asociaciones de jubilados y pensionistas, y la participación en las decisiones de la organización.

Sin embargo, los asuntos asociados a las personas de edad se caracterizan según hemos observado, por tener una amplia consideración en diferentes instrumentos - constitucionalmente, están asociados a las normas internacionales y existe legislación con el propósito de amparo - y también una amplia dispersión. La concreción de la institucionalidad específica para la protección social de este grupo poblacional, sería en

principio una clara acción integradora para superar esta dispersión normativa interna, y facilitadora en el sentido de estar en condiciones de analizar y acordar normativas internacionales.

Es decir, contar con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja los derechos de las personas de edad exige, para hacerlos efectivos superar esa dispersión normativa e institucional, tanto en el ámbito de las Naciones Unidas como en el Interamericano. Una convención que proteja los derechos de la vejez sería por lo tanto muy útil en términos de sensibilización, educación, promoción y ejercicio de los derechos humanos.

Este enfoque - que ha contado con un amplio respaldo de las Naciones Unidas - plantea fundamentalmente el imperativo ético y normativo de considerar a las personas de edad no como un grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como sujetos titulares de derechos.

Referencias bibliográficas

1. Abramovich, Víctor (2004) Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL 88 www.cepal.org/publicaciones
2. CEPAL, (2010 a) Huenchuan, S Rodríguez-Piñero, Documento elaborado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección, con la financiación de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), Naciones Unidas, Santiago de Chile.
3. CEPAL, (2010 b) Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad. Santiago de Chile
4. ,(2010 c) Rodríguez - Piñero. Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad.
5. , (2009a) Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), El envejecimiento y las personas de edad Indicadores socio-demográficos para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
6. (2009b) Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Boletín 7: Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
7. , (2007 a), Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades, documento presentado en la Segunda Conferencia regional sobre envejecimiento, Brasilia - Brasil, 4 al 6 de diciembre.
8. , (2007b) Observatorio Demográfico N° 3 Proyección de Población.
9. , (2003) Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el "envejecimiento", Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
10. CEPAL-CELADE (2006) Taller sobre envejecimiento Panorama actual y Proyecciones Futuras Del Envejecimiento en Latinoamérica y Chile. http://www.bligoo.com/media/users/0/37242/files/TallerBCN_Celade.ppt
11. BPS , (2010) Boletín Estadístico Año XXI, 65 de la Asesoría General en Seguridad Social-AEA Montevideo-Uruguay
12. INE , (2010) Censo de Población 2004 www.ine.gub.uy mayo 11,2011
13. Fernández, Ana M (2007) Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Editorial Biblos

14. Gutiérrez, F. Dr (2010) Profesor Adjunto Derecho Público I de la Facultad de Derecho. Regional Norte de la Universidad de la República Disertación en las XI Jornadas de Derecho Comparado del Mercosur. UDELAR 15 al 17 de abril, organizadas por el Centro de Estudios de Derecho Comparado.
15. Naciones Unidas <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
16. NIEVE, 2010 Envejecimiento, Género y Políticas Públicas. Núcleo Interdisciplinario sobre Estudios de la Vejez y el Envejecimiento

Anexo I:**Indicadores para América Latina y el Caribe****Población al 2010**

Población total	588.648.000	
Población menor de 15	162.764.000	27,7%
Población entre 15 y 59 años	366.831.000	62,3%
Población de 60 años y más	59.053.000	10,0%
		100,0

Fuente: ELADE-División de Población de la CEPAL Programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Población al 2025

Población total	669.534.000	
Población menor de 15	146.471.000	21,9%
Población entre 15 y 59 años	421.922.000	63,0%
Población de 60 años y más	101.141.000	15,1%
		100,0

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL Programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Población al 2050

Población total	729.185.000	
Población menor de 15	124.274.000	17,0%
Población entre 15 y 59 años	418.875.000	57,4%
Población de 60 años y más	186.036.000	25,5%
		100,0

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL Programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Anexo II

El sistema de las Naciones Unidas y los Derechos Humanos

Las Naciones Unidas han aprobado muchos instrumentos internacionales vinculantes sobre derechos humanos y creado los Comités de supervisión de su aplicación y seguimiento. Estos instrumentos, - como un Pacto, Convención y sus Protocolos Facultativos - se negocian entre los Estados miembros de las Naciones Unidas y son jurídicamente vinculantes. Hay dos maneras en que un Estado puede llegar a ser parte: mediante la firma y ratificación o mediante la adhesión. Dichos instrumentos se utilizan como marco para debatir y aplicar los derechos humanos. Los principios y derechos que definen, se traducen en obligaciones jurídicas para los Estados que deciden vincularse a ellos. El marco también establece mecanismos legales y de otro tipo para responsabilizar a los gobiernos en caso de que vulnere los derechos humanos.

Los gobiernos que ratifiquen la Convención o uno de sus Protocolos Facultativos deben presentar informes al Comité - organismo de expertos encargados de supervisar la aplicación de la Convención y los Protocolos Facultativos por parte de los Estados.

Entre los instrumentos del marco internacional de derechos humanos se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados fundamentales sobre derechos humanos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad .

CONVENCION: Acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional. Lo pueden acordar dos o más países y es jurídicamente vinculante, lo que significa que los Estados que suscribieron y ratificaron el acuerdo – o adhirieron a él – están obligados a cumplirlo.

COMITE: Órgano de expertos internacionales que se crea para supervisar la aplicación y seguimiento de los instrumentos aprobados por la Asamblea General (Pactos, Convenciones, Protocolos Facultativos)

Principales hitos en el tratado de los derechos del envejecimiento y vejez

Año	Instrumento/Reunión
1945	El 26 de junio se Firma de la Carta de las Naciones Unidas. www.un.org
1946	Se establece la Comisión de Derechos Humanos
1948	DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Constituye el pilar de la legislación sobre DDHH en el SXX y el punto de referencia para el movimiento a favor de los derechos humanos
1966	PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS
1976	PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES
1982	Medidas tomadas por las Naciones Unidas tales como: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento, aprobado por la Asamblea en Viena. Recomendaciones
1991	PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD Establecen normas universales para las personas de edad en cinco ámbitos principales: independencia , participación,,atención ,realización personal dignidad
1992	PROCLAMACIÓN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Aprobada una conferencia internacional sobre el envejecimiento que tuvo lugar por el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento y establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción y proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. Este año tenía como tema unificador "Hacia una sociedad para todas las edades". La observancia de este año se llevó a cabo a través del estudio del tema en cuatro dimensiones: La situación de las personas de edad, el desarrollo individual a lo largo de toda la vida , las relaciones entre generaciones , la relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.
1995	OBSERVACIÓN GENERAL NO. 6
1999	AÑO INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES. PRINCIPIOS PROGRAMÁTICOS PARA LA ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL CON LAS PERSONAS MAYORES Marco de políticas para una sociedad para todas las edades y Programa de Investigación para el envejecimiento para el siglo XXI: estos documentos sintetizan las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad para todas las edades.
2002	DECLARACIÓN POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO; SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y PRIMER FORO MUNDIAL DE ONGS. La finalidad de esta Asamblea fue crear una nueva estructura para el envejecimiento y transformarla en políticas específicas. Se evalúan los resultados de la primera Asamblea Mundial e inicia el proceso de actualización del Plan de Acción Internacional de 1982 y elabora un plan internacional a largo plazo sobre el envejecimiento. Ver: sitio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento . Ver: artículo de opinión "Cómo llevamos nuestra vejez", escrito por Nittin Desai, Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas para Asuntos Económicos y Sociales.
2003	Estrategia Regional para la Implementación del Plan de Madrid. Primera Conferencia Intergubernamental y Reunión Regional de la Sociedad Civil
2007	Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental y Foro Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil
2009	Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia y Reunión Regional; Envejecer con Derechos: Principios y Estrategias de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe
2010	Recomendación de crear grupo de trabajo y viabilidad de crear una Convención que proteja los DDHH de las personas mayores. OEA
2010	Creación Grupo de Trabajo. Resolución A/C.3/65/L.8. Asamblea General de Naciones Unidas
2011	Primera reunión grupo de trabajo. Ver: (http://social.un.org/ageing-working-group)

Elaboración propia sobre la base de Huenchuan, S., Rodríguez – Piñero, L *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*.

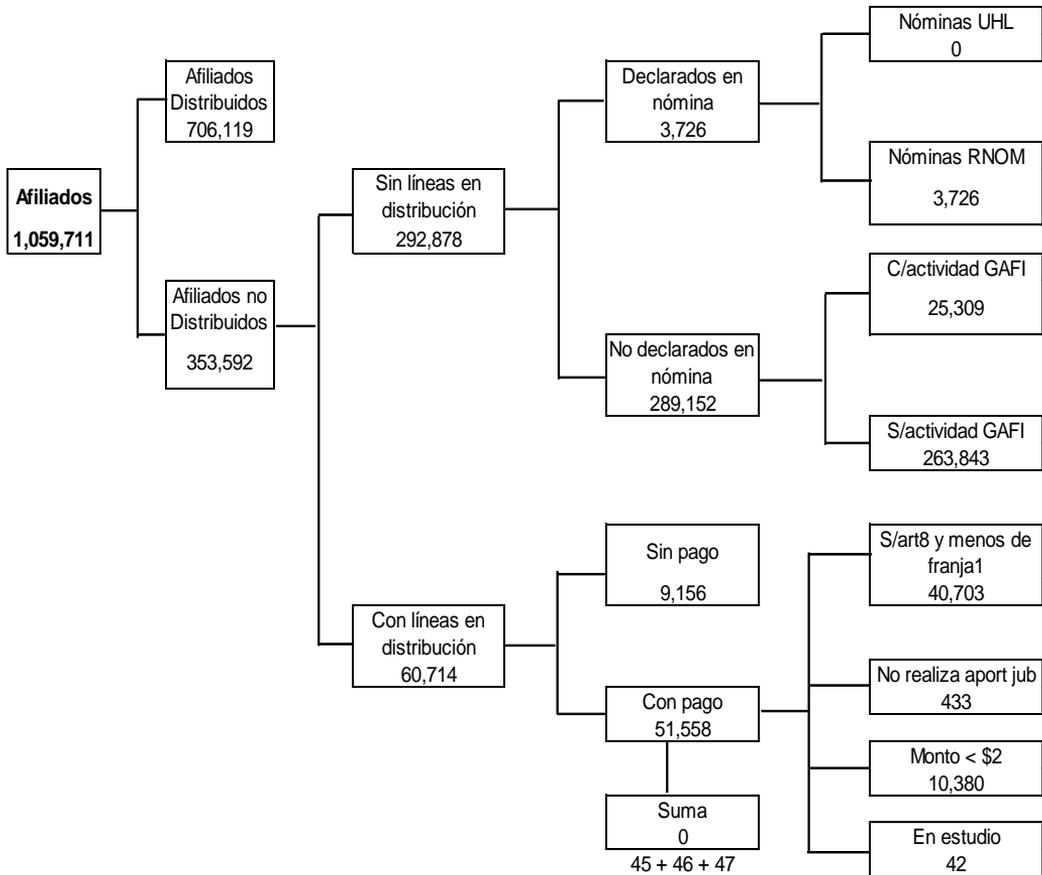
NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACION-DISTRIBUCION

Retribuciones de Julio/11 con aportes asociados distribuibles a las AFAP a partir de Setiembre/11

**NIVEL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN –
DISTRIBUCIÓN PARA AFILIADOS A LAS AFAP A JULIO DE 2011**

De acuerdo con el informe recibido de ATYR sobre “Afiliados AFAP vs. Distribuciones Efectivas” para el mes de cargo julio de 2011, a tres meses de la primera distribución, la situación de los afiliados sería:

ESQUEMA DE SITUACIONES DE AFILIADOS



45: Transferencias filtradas

46: Transferencias generadas pero aun no enviadas

47: Haberes generados pero aún no transferidos

A partir de estos datos se confeccionaron los indicadores de comportamiento para el mes de cargo julio de 2011, y se efectuó el estudio de la evolución de los mismos.

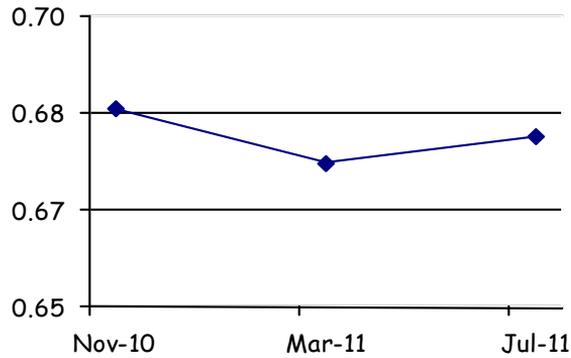
Resultado y evolución de los indicadores de comportamiento

		Mes de cargo			Variaciones	
		Nov-10	Mar-11	Jul-11	Período (*)	Acumulada (**)
I₁-Afiliados Con Distribución / Afiliados Totales a AFAP :	Máximo	0.6810	0.6725	0.6766	0.62%	-0.64%
	Mínimo	0.6721	0.6637	0.6679	0.63%	-0.62%
I₁₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Afiliados Totales a	Máximo	0.7294	0.7255	0.7260	0.07%	-0.46%
	Mínimo	0.7199	0.7161	0.7167	0.08%	-0.44%
I₂-Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS		0.8976	0.8850	0.8872	0.25%	-1.15%
I₂₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Registrados en		0.9614	0.9549	0.9520	-0.30%	-0.98%
I₃-Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas		0.9230	0.9133	0.9164	0.34%	-0.72%
I₃₁-Afiliados Con Distribución y con líneas y pagos / Activos Incluidos en		0.9887	0.9854	0.9833	-0.21%	-0.55%
I₄-Afiliados con Distribución/Activos con Cotización		0.9236	0.9140	0.9213	0.80%	-0.25%
I₅-Afiliados c/Distribución / Activos c/Aportes Distribuibles		0.9998	0.9995	0.9947	-0.48%	-0.51%

(*) Corresponde a la variación del período julio/11 con respecto a marzo/11.

(**) Corresponde a la variación acumulada del período julio/11 con respecto a noviembre/10.

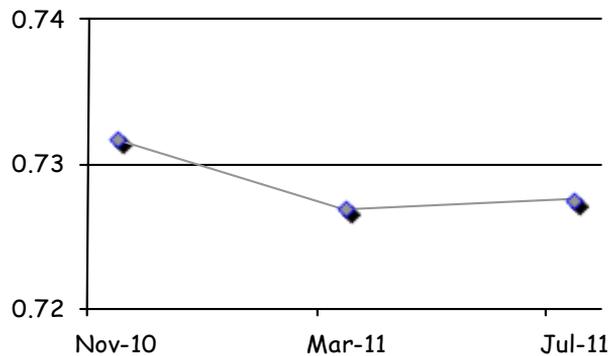
- **I₁-Afiliados con distribución / Afiliados Totales a las AFAP**



El ratio de “Afiliados con distribución” en el total de “Afiliados a las AFAP” muestra una variación positiva en la comparación julio 2011 - marzo 2011. De acuerdo al indicador de máximo, el aumento fue de 0.62%, y se debe a que el aumento de los “Afiliados con Distribución” (3.24%), fue mayor que el crecimiento de los “Afiliados totales a las AFAP” (2.60%).

Por el contrario, el indicador presenta una variación negativa respecto a noviembre de 2010, de 0.64%, resultado de un aumento de los “Afiliados con distribución” de 4.69%, inferior al incremento de los “Afiliados Totales” que fue de 5.36%.

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

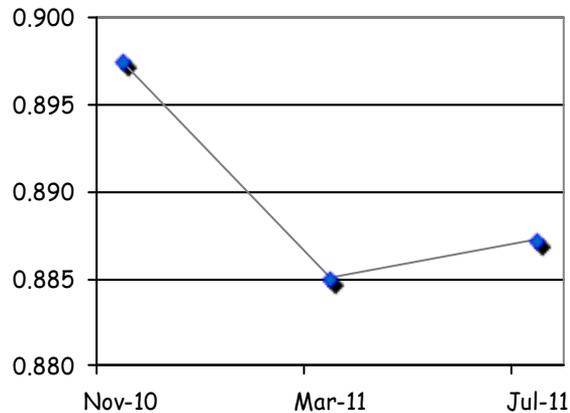


Este indicador de máximo crece un 0.07% para el último período analizado, este aumento responde a un crecimiento de los “Afiliados con distribución y con líneas de pago” mayor al

que experimentan los “Afiliados totales”. El numerador creció un 2.68% mientras que el denominador, como ya se mencionó anteriormente, creció 2.60%.

En el período acumulado se observa un decrecimiento de 0.46%. Este resultado surge de la evolución de los componentes del ratio: el numerador aumenta un 4.88%, y el denominador 5.36%.

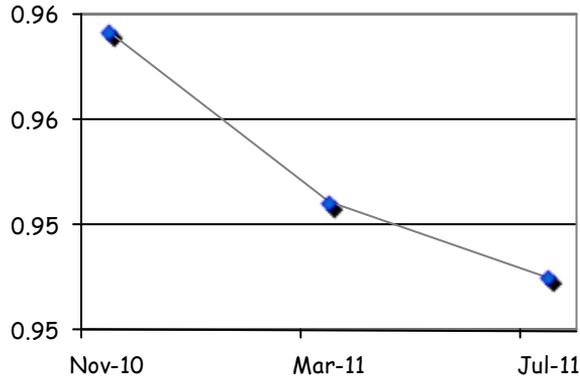
- **I₂-Afiliados Con Distribución / Activos Registrados en BPS**



Del total de personas afiliadas a las AFAP que figuran con actividad abierta en el BPS, aquellas que tuvieron distribución de aportes por el mes de cargo julio 2011 ha aumentado un 0.25% en relación con las existentes en marzo 2011. Los “Afiliados con distribución” aumentan un 3.24%, y los “Activos registrados en BPS” se incrementan un 2.99%, lo que explica el aumento del indicador.

En la comparación de julio 2011 con noviembre 2010, se observa una disminución de 1.15%, resultado de un crecimiento de los “Afiliados con distribución” de 4.69%, y un mayor incremento de los “Activos Registrados en BPS” de 5.91%.

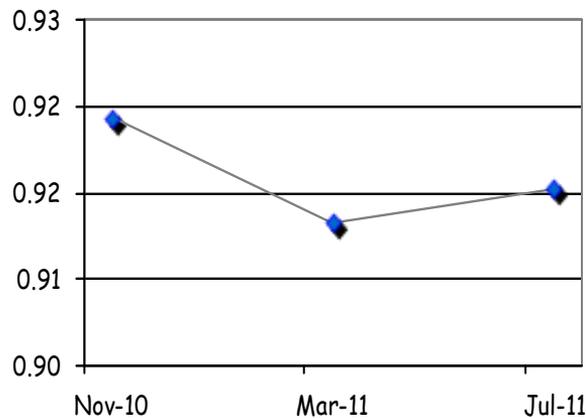
- **I₂₁-Afiliados Con Distribución y con líneas de pago / Activos Registrados en BPS**



El indicador muestra una disminución con respecto al período anterior de 0.3%. Esto se debe a que los “Afiliados con distribución y líneas de pago” crecieron un 2.68%, mientras que los “Activos registrados en BPS”, tal como fue mencionado en el ratio anterior, crecen un 2.99%.

La comparación de julio 2011 con noviembre 2010, evidencia una disminución del 0.98%. Esta variación surge de un incremento de los “Afiliados con Distribución y con líneas de pago” de un 4.88%, que resultó ser menor que el aumento de 5.91% de los “Activos registrados en BPS”.

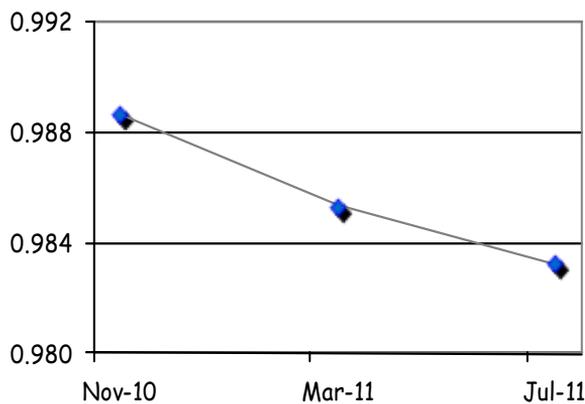
- **I₃-Afiliados Con Distribución/Activos Incluidos en Nóminas**



El ratio ha tenido un aumento de 0.34% comparando julio 2011 con marzo 2011 dado que los “Afiliados con distribución” crecen un 3.24% y los “Activos incluidos en nóminas” se incrementan en un 2.89%.

La comparación de julio 2011 con noviembre 2010, evidencia una disminución del indicador. Este comportamiento se debe a que en el último período los “Afiliados con distribución” tienen un aumento del 4.69%, que es menor que el crecimiento de los “Activos incluidos en nómina” (5.45%).

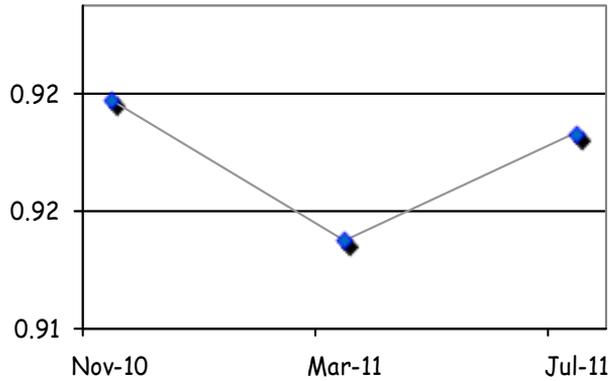
- **I₃₁-Afiliados Con Distribución y con líneas de pagos / Activos Incluidos en Nómina**



Este indicador presenta un decrecimiento de 0.21% en el período julio 2011 – marzo 2011. Este comportamiento se debe a que en el mes en estudio los “Afiliados con distribución y con líneas de pago” tienen un crecimiento del 2.68%, mientras que el aumento de los “Activos incluidos en nómina” resulta mayor, siendo del orden del 2.89%.

Para el período acumulado se observa una disminución del indicador del orden del 0.55%, dado que el numerador crece un 4.88% frente al crecimiento superior del denominador, que es del 5.45%.

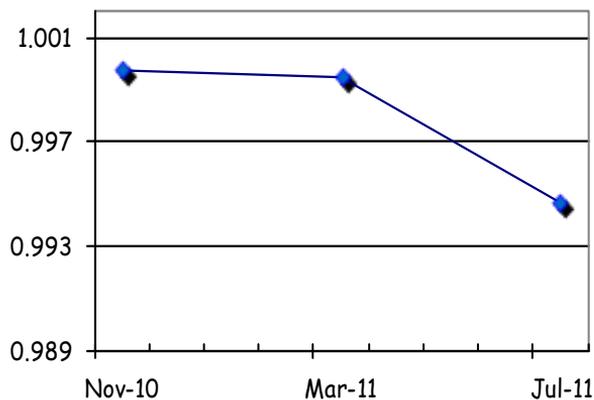
- **I₄ -Afiliados con Distribución/Activos con Cotización**



La distribución de aportes por parte del BPS de los afiliados a las AFAP, por los cuales existieron aportes jubilatorios, ha tenido un aumento del 0.8% en el período julio 2011 – marzo 2011. Esto responde a un mayor incremento del numerador en 3.24%, frente a un crecimiento del denominador de 2.42%.

La evolución respecto a noviembre 2010 es desfavorable para el indicador, puesto que desciende a 0.25%. Este resultado surge de un crecimiento de los “Afiliados con distribución” de 4.69% frente a un incremento mayor de los “Activos con cotización” (4.95%).

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



En el periodo julio 2011 – marzo 2011, el indicador tuvo un decrecimiento de 0.48%. Este resultado es consecuencia del crecimiento de los “Afiliados con distribución” de 3.24%, el cual es menor que el crecimiento de los “Activos con Aportes Distribuibles” (3.74%).

En el período acumulado el indicador también presenta un decrecimiento de 0.51%. Este resultado es consecuencia de un crecimiento de los “Afiliados con distribución” levemente menor (4.69%) que los “Activos con Aportes Distribuibles” (5.23%).

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de cada uno de los componentes.

	Mes de cargo			Variaciones	
	Nov-10	Mar-11	Jul-11	Periodo (*)	Acum. (**)
1. Afiliados con distribución	674,477	683,948	706,119	3.24%	4.69%
2. Activos con aportes distribuibles	674,625	684,282	709,887	3.74%	5.23%
2.1 Afiliados con distribución	674,477	683,948	706,119	3.24%	4.69%
2.2 Declarados en nómina	84	168	3,726	2117.86%	4335.71%
2.3 En estudio	64	166	42	-74.70%	-34.38%

(*) Corresponde a la variación del período julio/11 con respecto a marzo/11.

(**) Corresponde a la variación acumulada del período julio/11 con respecto a noviembre/10.

En este cuadro se puede apreciar la evolución de los “Activos declarados en nómina”, que son aquellos afiliados que no tuvieron distribución por carecer de 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). Se puede observar que los mismos crecen en gran medida respecto a marzo 2011 y a noviembre 2010.

Los afiliados “En estudio” (que son aquellos para los cuales existen líneas en el sistema de distribución pero se está analizando el motivo por el cual no fueron distribuidos) en el mes analizado han disminuido respecto a marzo 2011, y también han disminuido en menor proporción en relación a noviembre 2010.

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.

PROYECTO:

**“ENCUESTA LONGITUDINAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL”**

**Ec. Orestes Venancio Lacurcia
Unidad Ejecutora ELPS**

PROYECTO: “ENCUESTA LONGITUDINAL DE PROTECCIÓN SOCIAL”

En el campo del relevamiento de datos, la utilización del método longitudinal es creciente en los últimos años. Actualmente varios países han implementado encuestas longitudinales para estudio de variables sociales y económicas.

El fundamento del empleo creciente de esta técnica radica en la nueva forma que adopta la información que de ella surge; datos dinámicos, que posibilitan análisis más profundos de la realidad y permiten encontrar nuevos elementos para fundamentar la adopción de políticas públicas.

Nuestro país implementará la *Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS)* en el presente año. Se trata de un proyecto innovador, moderno, que tiene como objetivo obtener información de calidad respecto al Sistema de Protección Social, a fin de analizarlo, evaluarlo y mejorarlo.

La ELPS se enmarca dentro de otro proyecto más amplio que se denomina **Observatorio Regional de Seguridad Social**, que consiste en realizar simultáneamente encuestas longitudinales sobre protección social en varios países latinoamericanos.

Encuesta longitudinal: características e importancia

Las encuestas consisten en la formulación de preguntas a un conjunto de individuos, empresas o instituciones con el fin de recabar información. Éstas pueden realizarse a todas las unidades de la población objeto de estudio o parte de ella; en este último caso hablamos de muestra de la población.

Para la realización de cualquier estudio, lo ideal es tener información sobre determinada variable o conjunto de ellas para todos los individuos de la población de interés, es decir, contar con información censal. Este tipo de relevamiento no sólo es costoso sino que puede, en función del tamaño poblacional, insumir un período largo de tiempo.

Dado el costo en recursos y tiempo de un relevamiento censal, las variables de interés en determinada población se estudia a través de la selección de cierta cantidad de individuos (muestra) de tal forma que representen equilibradamente a los individuos del total.

Existen muchas formas de seleccionar a los individuos, desde el simple azar hasta técnicas más elaboradas, aplicadas según las características del estudio, denominándose a este proceso diseño muestral. La muestra obtenida puede tener diferentes características según su comportamiento a lo largo del tiempo: puede ser una o varias muestras simultáneas en determinado momento de tiempo, denominándose a éstas *muestras de corte transversal*, o tratarse de una sucesión de muestras diferentes en el tiempo, conformando una *sucesión de muestras de corte transversal*, o la muestra tomada en determinado momento puede ser seguida y requerir de ella información cada cierto tiempo, siendo este tipo de muestra denominada de *corte longitudinal*.

Las encuestas longitudinales o de panel implican la selección de una muestra de individuos y la formulación a los mismos de ciertas preguntas a lo largo del tiempo. Cada vez que se releva información se denomina *ola* y generalmente se procura que el tiempo entre olas sea relativamente fijo en cada estudio. El período de tiempo entre olas será función de las

variables que estén bajo análisis y el contexto general del relevamiento, ya que esto determinará la velocidad del cambio en dichas variables en el contexto específico. En definitiva, es recomendable fijar un período de tiempo entre olas tal que permita captar cambios en las variables de estudio; a mayor velocidad de cambio de determinada variable, menor el período entre olas a considerar.

Existen muchos tipos de encuestas longitudinales asociadas a diferentes diseños muestrales: paneles fijos, paneles fijos más “nacimientos”, paneles repetidos, paneles rotativos, paneles divididos y combinación de ellos.¹

Las principales ventajas de este tipo de encuestas, independientemente del diseño muestral que se elija, son:

- a) Permiten analizar y determinar cambios brutos antes de que los mismos se compensen total o parcialmente. Cuando se compara el valor o cambio de determinada variable en dos momentos puntuales del tiempo, generados éstos a través de dos encuestas transversales, sólo es posible comparar el resultado final de los relevamientos (el valor obtenido en uno y otro momento) y calcular una variación. Cuando esos dos momentos del tiempo surgen como consecuencia de un relevamiento longitudinal, es posible no sólo obtener los valores y compararlos, sino también los cambios que llevaron a esos valores finales o a esa variación entre dos períodos.
- b) Al desagregar el cambio bruto, es posible analizar el cambio individual y las causas que lo generaron. Esto permite estudiar la sensibilidad del agente individual ante cambios en una o varias variables de contexto. La sensibilidad incluye la intensidad y duración del cambio.
- c) Dado que los individuos son siempre los mismos (panel), cada ola de relevamiento se debe focalizar a los hechos o actividades ocurridas en el período de tiempo comprendido entre la ola anterior y la actual. Esta metodología facilita al entrevistado el recuerdo de los acontecimientos por tratarse de un período acotado y reciente y por otro lado, ayuda al investigador a construir la historia de acontecimientos de forma más precisa.

En general, lo que permiten los relevamientos longitudinales es profundizar en el análisis teniendo lo que podríamos denominar “microdatos dinámicos”. Cada valor asociado a cada individuo para cada variable muestra no sólo el valor de la variable en determinado momento de tiempo, sino que permite explicar por qué la variable evolucionó de determinada forma.

Esta información es muy enriquecedora para los investigadores sociales, para los hacedores de política y para la sociedad en general; saber cómo la sociedad o un sub grupo de ella se comporta ante cambios en su contexto socio-económico es un insumo indispensable para que los investigadores y analistas puedan realizar un diagnóstico correcto de la realidad y a partir de ello, recomendar políticas cada vez más eficaces, sabiendo los cambios que pueden generar y las reacciones que pueden traer aparejadas en la población objetivo.

¹ Para más detalle, http://www.eustat.es/prodserv/vol45_c.html#axzz1ic93nblR, páginas 15 a 26.

Aquellos encargados de elaborar las políticas tendrán más elementos de juicio y podrán prever los efectos de realizar las mismas; podrán evaluar ex-ante los beneficios y costos que las mismas generen en la sociedad con el objetivo final de mejorar el bienestar global, dotar de mayor eficacia a las políticas públicas y minimizar posibles errores o impactos secundarios no deseados.

Del mismo modo, los microdatos dinámicos que proporciona una encuesta longitudinal permiten medir el efecto ex-post de las políticas realizadas, ya que es posible observar y cuantificar, por una parte, los cambios en las variables afectadas (directa o indirectamente) y por otra parte, si los individuos afectados por los cambios son aquellos a los que la política aplicada tenía como objetivo.

Para poder alcanzar estos objetivos, primero hay que lograr que el relevamiento longitudinal sea exitoso. Para ello influyen muchos factores, internos y externos; desde la planificación previa de actividades, los recursos necesarios para llevar adelante el proyecto, los factores asociados a la puesta en funcionamiento o actividades operativas del mismo y los factores externos al mismo, como ser factores sociales, culturales, económicos, climáticos, etc. Se precisa planificar todos los aspectos muy bien y a su vez, que se vayan cumpliendo según lo programado. Se debe procurar la mayor eficiencia y eficacia posibles de forma de minimizar el error total del relevamiento.²

Pero en última instancia, todo depende de la propensión a participar de los individuos seleccionados. Las encuestas longitudinales tienen un intercambio en doble sentido con los individuos seleccionados; necesita de ellos su participación y responde con análisis y propuestas de mejora para la sociedad que ellos representan y habitan.

Las estrategias para lograr la participación y, posteriormente, para lograr el mantenimiento del panel y la participación en las sucesivas olas, es un desafío para cualquier estudio longitudinal. Es fundamental en este tipo de relevamientos maximizar las tasas de respuesta y de cooperación y minimizar la tasa de rechazo, que se presentan a continuación.³

² Para más detalle, consultar Biemer, Paul; y Lyberg, Lars (2003), capítulos II al IX.

³http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=1814

$$\text{Tasa de respuesta} = \frac{I}{(I + P) + (R + NC + O) + (UH + UO)}$$

$$\text{Tasa de cooperación} = \frac{I}{(I + P) + R + O}$$

$$\text{Tasa de rechazo} = \frac{R}{(I + P) + (R + NC + O) + (UH + UO)}$$

Donde:

I = entrevista completa

P = entrevista incompleta

R = entrevista rechazada

NC = no contacto

O = otros

UH = desconocimiento si la vivienda está ocupada

UO = otros desconocimientos

La atención brindada a los indicadores mencionados no es exclusividad de las encuestas longitudinales. Sin embargo, estas encuestas tienen el gran desafío de lograr que los integrantes del panel respondan en cada relevamiento que les es solicitado y esto representa un desgaste para los mismos, lo cual podría generar, con el correr de los relevamientos, un crecimiento de la tasa de no respuesta.

La no respuesta no implica necesariamente pérdida de calidad de los datos relevados si quienes no respondieron presentan valores similares a quienes respondieron para determinada variable o si fuera posible conocer el valor aproximado de quienes no respondieron, ya que sería posible ajustar los factores de expansión originales. El factor de expansión o expansor es un valor que indica cuántos individuos de la población objetivo son representados por cada individuo de la muestra para determinada variable, por tanto permite inferir los valores de parámetros poblacionales desconocidos.

Teniendo en cuenta esta situación relativamente natural de la conformación de paneles, se vuelve fundamental focalizarse en el seguimiento entre olas de sus integrantes, procurando mantener su interés y motivación de participar en las futuras olas.

Este desgaste del panel, sumado a las pérdidas “naturales” debidas a fallecimientos o emigración de los integrantes del panel, hace que cada relevamiento no pueda ser utilizado para análisis transversales; por un lado, por la pérdida de casos en sí mismo y por otro lado, por el posible sesgo muestral dada las características de los individuos perdidos.

A pesar del esfuerzo que pueda dedicarse a mantener el panel, muchas veces quienes llevan adelante las encuestas longitudinales se ven en la necesidad de refrescar el panel de individuos cada cierto tiempo para el caso de paneles fijos u otras veces se realiza a lo largo de la ejecución de las olas, para los casos de paneles fijos más “nacimientos”, paneles repetidos, paneles rotativos y paneles divididos n resumen, los estudios

longitudinales a través de encuestas son de reciente desarrollo y poseen muchas ventajas sobre los relevamientos tradicionales de corte transversal y pasan a ser un nuevo insumo para el análisis crítico de la realidad, del cambio social y para la formulación de políticas públicas.

Principales encuestas longitudinales socio-económicas a nivel mundial

Las encuestas longitudinales o de panel aplicadas a estudios socio-económicos son de reciente aplicación. En muchos países desarrollados se vienen aplicando con éxito, habiendo alcanzado en la actualidad la ejecución de varias olas. El éxito radica en el interés de las autoridades y la comunidad académica, basado en los aspectos positivos que de ellas se desprenden.

A continuación se presentan los principales estudios longitudinales a nivel mundial.

- “*Panel Study of Income Dynamics (PSID)*”, University of Michigan, Estados Unidos.⁴

Se trata de la primera encuesta longitudinal de relevancia a nivel mundial. El estudio inició en 1968 con una muestra de 5000 hogares y aproximadamente 18.000 individuos; actualmente supera los 9.000 hogares y 70.000 individuos.

En este caso, se sigue a los mismos integrantes de un hogar a lo largo del tiempo. Ante la situación de que un hogar se desintegre total o parcialmente, cada integrante del hogar será seguido y se incorpora a sus descendientes.

La frecuencia de relevamiento al comienzo era anual y a partir de 1997 cada dos años.

Dirigida desde el comienzo por la Universidad de Michigan, el estudio recaba información sobre variables relacionadas a los tópicos de empleo, ingreso, salud, educación, gastos, desarrollo de los niños, estado civil, entre otros.

La utilidad de esta encuesta longitudinal es muy amplia y la utilización de los datos, tanto por los organizadores del relevamiento como por otros investigadores, está muy extendida.

Por ejemplo, a partir de los datos de la PSID, [Zhang, Qi; Zheng, Buhong; Zhang, Ning; y Wang, Youfa \(2011\)](#) analizaron la disparidad intergeneracional entre ingresos y salud.⁵

Por otro lado, varias conferencias han sido organizadas por la Universidad de Michigan, como forma de presentar estudios y realizar exposiciones.⁶

También la Universidad organiza seminarios donde quienes utilizan los datos de la PSID pueden presentar sus resultados y recibir información y actualizaciones sobre sus estudios.⁷

La PSID también brinda información para ser utilizada por dependencias del gobierno de Estados Unidos; por ejemplo, el llamado a investigadores por parte de la National

⁴ <http://psidonline.isr.umich.edu/>

⁵ <http://ideas.repec.org/a/bpi/bejeap/v11y2011i3n4.html>

⁶ [Para ver detalle de conferencias, http://psidonline.isr.umich.edu/Publications/Workshops/default.aspx](http://psidonline.isr.umich.edu/Publications/Workshops/default.aspx)

⁷ [Para ver detalle de seminarios, http://psidonline.isr.umich.edu/Publications/Seminar/](http://psidonline.isr.umich.edu/Publications/Seminar/)

Endowment for the Arts (NEA)⁸ a presentar propuestas de investigación relacionadas al arte, en base a datos de la PSID.⁹

- “*European Community Household Panel (ECHP)*”, European Commission, Eurostat, Unión Europea.¹⁰

La ECHP es una encuesta panel donde se entrevistaron a individuos seleccionados de hogares privados a lo largo de ocho olas de relevamiento, en el período 1994-2001. En la primera ola se cubrieron aproximadamente 60.500 hogares y 130.000 personas mayores de 16 años, en 12 países de la Unión Europea (luego se incorporaron Austria, Finlandia y Suecia, para llegar a 15 países).

La encuesta trató sobre temas como condiciones de vida, información sobre ingreso, situación financiera, historia laboral, situación del hogar, relaciones sociales, salud e información biográfica.

A partir de esta información, se emplearon diferentes indicadores de pobreza relativa, desigualdad de ingresos, exclusión social, salud, entre otros, con el objetivo de describir la realidad de cada país y permitir la comparación entre países.

Dentro de los indicadores de exclusión social y privaciones no monetarias, cuatro de ellos fueron considerados como indicadores estructurales:

- tasa de riesgo de pobreza antes de transferencias monetarias sociales (at-risk-of-poverty rate before cash social transfers)
- tasa de riesgo de pobreza luego de transferencias sociales (at-risk-of-poverty rate after social transfers)
- tasa de riesgo persistente de pobreza (persistent at-risk-of-poverty rate)
- el cociente entre los percentiles ochenta y veinte (S80/S20 income quintile share ratio)

Estos indicadores estructurales forman parte de un conjunto de dieciocho indicadores sobre pobreza y exclusión social establecidos por el Consejo Europeo en diciembre de 2001 en la ciudad belga de Laeken,¹¹ con el objetivo de coordinar las políticas sociales europeas en el ámbito nacional sobre la base de un conjunto de objetivos comunes.

⁸ [Se trata de una agencia federal independiente que apoya a artistas y organizaciones relacionadas al arte.](#)

⁹

<https://www.fbo.gov/index?s=opportunity&mode=form&id=b68f6f52e58da865eed414c72fa66541&tab=core&tabmode=list&=>

Archivo pdf:

“*Solicitation_Request_for_Proposal_(NEARFP1122)_Contractor_shall_conduct_research_on_the_Panel_Study_of_Income_Dynamics_Final.pdf*”

¹⁰ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/echp>

¹¹ Conocidos como “*Indicadores de Laeken*” (Laeken indicators).

Además de homogeneizar la metodología de medición de la pobreza y la exclusión social, fue necesario utilizar fuentes de información comunes, a fin de evitar diferencias; en este sentido, el Consejo Europeo de Laeken determinó como única fuente para los indicadores basados en datos sobre ingresos, a la ECHP.

Luego de 2001, la ECHP fue sustituida por la “EU Statistics on Income and Living Conditions (EU – SILC)”, la cual pasó a constituirse en la fuente de información para los indicadores de ingreso, exclusión y cohesión social.

- “*Survey of Income and Program Participation (SIPP)*”, U.S. Census Bureau, Estados Unidos.¹²

El principal objetivo de la SIPP es proveer información sobre los principales determinantes del ingreso y de programas de participación de los individuos y hogares, con el fin de evaluar la efectividad de las políticas públicas a diferentes niveles de agregación.

La encuesta también provee información sobre pobreza, empleo, historia laboral, salud, cobertura de seguros, transferencia de ingresos, ingresos por activos y características demográficas.

Cada ola contiene módulos que se repiten ola tras ola que conforman el núcleo de la encuesta y en cada ola se fijan otros módulos, variables, según sea el interés de estudio en el momento.

- “*Health and Retirement Survey (HRS)*”, University of Michigan, Estados Unidos.¹³

Esta encuesta consiste en el seguimiento de un panel a lo largo del tiempo compuesto por 26.000 habitantes de Estados Unidos con más de 50 años de edad, es decir, al final de la vida laboral y en los años de retiro. La distancia entre olas es de 2 años, y el comienzo de la encuesta se remonta al año 1992.

Este estudio explora los cambios en la fuerza laboral y las transiciones respecto a la salud en la población objetivo. Para ello, se recaba información sobre ingreso, trabajo, activos, planes de pensión, seguros de salud, discapacidades, salud física y funcional, funciones cognitivas y gastos en cuidados de salud.

Extensa cantidad de trabajos, investigaciones, conferencias, basados en los datos de la HRS, han sido elaborados u organizados.¹⁴

http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/sec_2003_1425_final_en.pdf#xml=http://158.167.146.104:7001/www/xmlread.jsp?ServerSpec=158.167.146.104:9000&K2DockKey=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Femployment_social%2Fsoc-prot%2Fsoc-incl%2Fsec_2003_1425_final_en.pdf%40EUROPACORE_eceu_x&QueryText=echnp+poverty+rate

¹² <http://www.census.gov/sipp/>

¹³ <http://hrsonline.isr.umich.edu/>

¹⁴ <http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=pubs>

- “*British Household Panel Survey (BHPS)*”, Institute for Social & Economic Research, Reino Unido.¹⁵

Se trata de un estudio longitudinal, donde se sigue a una muestra de individuos representativa (panel) cada año. El inicio de este estudio fue en 1991.

La población objetivo son los individuos mayores de 16 años, que viven en hogares privados del Reino Unido.

A través de la encuesta se trata de comprender los cambios sociales y económicos a nivel de individuos y hogares.

Originariamente (año 1991), el tamaño muestral era de 5.050 hogares y aproximadamente 9.092 adultos, correspondientes a Inglaterra, Gales y Escocia, incorporándose en 2001 Irlanda del Norte.

En 1999 y 2001 se refrescó la muestra incorporando nuevos hogares en Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

Este estudio formó parte del “European Community Household Panel”, como sub muestra para análisis de bajos ingresos entre 1997 y 2001.

- “*Household, Income, and Labour Dynamics in Australia (HILDA)*”, Melbourne Institute, University of Melbourne, Australia.¹⁶

Se trata de la conformación de un panel de hogares en 2001 y su posterior seguimiento anual. En 2001, se incluyeron 7.682 hogares y 19.914 individuos.

El objetivo es obtener nuevas estadísticas sociales y nuevos métodos de medición de cambios y tendencias sociales.

Las cuatro principales áreas o tópicos de análisis de HILDA son vida familiar y hogares, ingresos y bienestar, salud y mercado laboral.

Cada dos años, la Universidad de Melbourne organiza la “Biennial HILDA Survey Research Conference”¹⁷ y los “International Panel Survey Methods Workshops”, con el objetivo de fomentar la discusión e iniciar investigación metodológica para la recolección de datos en encuestas de panel.¹⁸

Por otro lado, el grupo de investigadores que trabajan en la ejecución de la HILDA generan reportes estadísticos donde se analizan los datos obtenidos de la encuesta sobre diferentes temas.¹⁹

¹⁵ <http://www.iser.essex.ac.uk/survey/bhps>

¹⁶ <http://www.melbourneinstitute.com/hilda/>

¹⁷ http://www.melbourneinstitute.com/hilda/Biennial_research_conf/conf2011papers.html

¹⁸ http://www.melbourneinstitute.com/miaesr/events/workshops/workshop_panel_2012.html

¹⁹ <http://www.melbourneinstitute.com/hilda/statreport.html>

- “*German Socio_Economic Panel (SOEP)*” - German Institute for Economic Research, DIW Berlin, Alemania.²⁰

La SOEP se trata de una encuesta longitudinal que comenzó en 1984 y actualmente cubre alrededor de 23.000 individuos en más de 12.000 hogares privados.

El objetivo de la encuesta es fortalecer el fundamento empírico para la comparación internacional, ya sea con análisis transversales como longitudinales.

El relevamiento de datos de la SOEP cubre siete tópicos: demografía y características de los padres; mercado laboral; salud; personalidad, preferencias y orientaciones subjetivas; bienestar subjetivo; interés político y participación; preguntas dirigidas hacia niños previo a su ingreso a la educación formal.

Cada año, unos 500 investigadores alrededor del mundo trabajan con los datos recabados por la SOEP y cada vez son más usados en estudios comparativos, tanto nacionales como internacionales.

Las principales disciplinas que hacen uso de los microdatos que surgen de la SOEP, en orden de importancia, son economía, sociología, sicología, estadística y ciencia política.

“*Swiss Household Panel (SHP)*”, Swiss Foundation for Research in Social Sciences, Suiza.²¹

La realización de este estudio es pieza clave en las mediciones estructurales de la sociedad suiza, como parte del programa “Switzerland Towards the Future”. La encuesta es llevada a cabo por el Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences.

Los propósitos perseguidos son principalmente asegurar una base de datos sólida para analizar la estabilidad y cambios en las condiciones de vida y en el bienestar de la población y por otro lado, promover la investigación cuantitativa en la ciencia social a través de la obtención de datos de calidad.

El inicio de este estudio se remonta a 1999, donde se seleccionaron aleatoriamente 5.074 hogares con 12.931 miembros.

El período de relevamiento de la información es anual, en la cual se entrevista a todos los miembros de la muestra de hogares seleccionados.

Los módulos sobre los cuales se releva información son participación social, religión, política, tiempo libre y cultura, variables psicológicas, entre otras.

Las preguntas se agrupan en aquellas que sólo fueron realizadas en la primera ola; aquellas que son indagadas con una periodicidad mayor al año (dado el poco cambio que presentan en el plazo de un año) y aquellas que se preguntan en cada ola.

Los trabajos de análisis e investigación a partir de los datos de la SHP son variados y profusos; los organizadores de la encuesta registran más de 330 trabajos realizados

²⁰ http://www.diw.de/en/diw_02.c.222508.en/soep_overview.html

²¹ <http://www.swisspanel.ch/?lang=en>

utilizando dichos datos, dentro y fuera de Suiza.²² También es organizada periódicamente la “International Conference of Panel Data Users in Switzerland”.²³

- “*United Kingdom Longitudinal Household Survey (UKLHS)*”, Institute for Social & Economic Research, Reino Unido.²⁴

Es un proyecto que ha tomado como referencia la BHPS pero que pretende ser más ambiciosa; por ejemplo, trabaja sobre una muestra de 40.000 hogares.

Esta encuesta longitudinal pone especial énfasis en el análisis de un panel de minorías étnicas, en particular, sobre su identidad, desventajas, oportunidades, adaptación e inclusión.

Otras áreas de interés para la encuesta son migración, remesas, el modo o forma de llegada de los inmigrantes al Reino Unido y sus movimientos dentro del país, el posible acoso, discriminación y persecución que puedan recibir, ingresos, activos, salud, educación, entre otros.

Por otro lado, incluye una muestra paralela de 1.500 hogares que se denomina “Panel de Innovación” (IP), que sirve para testear nuevas medidas, nuevas aproximaciones, para luego ser aplicadas en la UKLHS.

- “*Encuesta de Protección Social (EPS)*”, Centro de Microdatos (CMD), Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile, Chile.²⁵

La EPS se trata de la primera encuesta de panel sobre protección social en la región. Se aplicó por primera vez en el año 2002 y el tiempo entre olas es de 2 años.

Actualmente se llevan ejecutadas cuatro olas (2002, 2004, 2006 y 2009) y para finales de este año está programada la ejecución de la quinta ola. El tamaño del panel es de aproximadamente 20.000 individuos.

El estudio consiste en trabajar sobre datos longitudinales con el objetivo de obtener información sobre el mercado laboral y el sistema de protección social, a partir de información detallada sobre educación, salud, seguridad social, capacitación laboral, historia laboral, patrimonio y activos, historia familiar e información sobre el hogar.

El director del Centro de Microdatos, David Bravo, ha destacado la importancia de los datos longitudinales a partir de la EPS para configurar el diagnóstico del sistema previsional chileno, previo al diseño y a la implementación de la Reforma: “los datos aportados por la encuesta fueron claves para llegar a un consenso técnico y político en el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Previsional.”²⁶

²² <http://aresoas.unil.ch/publications/PubList.pdf>

²³ <http://www.swisspanel.ch/spip.php?rubrique155&lang=en>

²⁴ <http://www.iser.essex.ac.uk/2011/03/21/the-uk-household-longitudinal-study>

²⁵ <http://www.proteccionsocial.cl/>

²⁶ http://www.proteccionsocial.cl/noticia_8.asp

La Reforma de Seguridad Social aprobada en Chile y que comenzó a operar el 1° de Julio de 2008, es un caso concreto donde los datos longitudinales fueron utilizados como insumo para el diagnóstico de la realidad del Sistema de Protección Social chileno, luego para formular políticas concretas para modificarlo y finalmente para evaluar el impacto de las mismas.²⁷

La cuarta ola de levantamiento de datos de la EPS se postergó para 2009 a fin de poder captar los primeros efectos de dicha Reforma.

Observatorio Regional de Protección Social

Aprovechando la experiencia chilena, con el apoyo de los ejecutores de la misma (CMD) y con el financiamiento y/o cooperación técnica del BID, se ha organizado el Observatorio *Regional de Protección Social*, integrado por México, Colombia, Ecuador, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Paraguay y nuestro país.

El proyecto consiste en ejecutar Encuestas Longitudinales de Protección Social en dichos países, previendo en el correr del presente año la ejecución de la primera ola de relevamiento en la mayoría de ellos.

Los objetivos del Observatorio son los siguientes:

- . Analizar en profundidad los Sistemas de Protección Social según su cobertura, eficiencia, eficacia y sostenibilidad.
- . Fortalecer institucionalmente a los gobiernos para la generación de políticas públicas. Este objetivo procura que los gobiernos cuenten con mayor y mejor información para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas y programas sociales, con el fin de mejorar el bienestar de la población.
- . Generar un sistema de información homogénea, compatible con registros de información existentes y comparables a nivel regional a través de indicadores.
- . Homogeneizar la metodología de los relevamientos de información, incluyendo marco muestral y cuestionario.

El cuestionario a utilizar en cada país, como herramienta de recolección de información, pasa a jugar un rol muy importante, ya que permitirá obtener información de calidad que permita analizar la realidad de cada sistema de protección social y a su vez, posibilite la comparabilidad entre los países de la región.

Los cuestionarios a utilizar en cada país difieren muy poco entre sí, respetando lo que se procura sea un cuerpo común, con áreas temáticas que deben estar incluidas para permitir la futura comparabilidad. Dichas áreas deben ser adaptadas a cada país teniendo en cuenta su realidad socioeconómica. A pesar de esto, cada país tiene flexibilidad para incluir en su cuestionario tópicos o preguntas específicas que su estudio revista interés.

²⁷ http://www.proteccionsocial.cl/docs/EPS_Enero_25.pdf

Las áreas temáticas comunes que se incluyen en los cuestionarios de los países participantes son las siguientes:

- ✓ Caracterización socio-demográfica del entrevistado
- ✓ Educación
- ✓ Mercado de trabajo e historia laboral
- ✓ Sistema de pensiones y protección social
- ✓ Salud
- ✓ Ingresos
- ✓ Patrimonio
- ✓ Conocimiento financiero y planificación
- ✓ Composición y características del hogar

Pero el Observatorio va más allá de un simple relevamiento simultáneo de encuestas longitudinales; es un proyecto integrador, co-participativo, que va a unir esfuerzos en una misma dirección; va a colaborar en generar conciencia colectiva en la forma de concebir y entender nuestras sociedades latinoamericanas.

Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) – Uruguay

El proyecto ELPS surge a partir de la necesidad que presenta el país de seguir en la senda de la mejora continua en su Sistema de Protección Social y para ello se ha considerado necesario mejorar determinados aspectos, a saber:

- . Generar nueva información estadística de calidad que permita eliminar la brecha que muchas veces presenta el Sistema Estadístico Nacional entre las estadísticas nacionales y los registros administrativos de los diferentes Organismos.
- . Poseer microdatos dinámicos, lo cual permitirá analizar las causas y consecuencias de los cambios observados.
- . Realizar un análisis detallado de la situación actual del Sistema de Protección Social que permita identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.
- . Ahondar en el conocimiento y necesidades de los grupos más vulnerables.
- . Profundizar el diálogo social entre diversos actores
- . Profundizar el análisis y evaluación de las políticas existentes.
- . Tener más y mejor información que sea la base para la adopción de nuevas políticas con el objetivo de profundizar la solidaridad, equidad, cobertura, inclusión, eficiencia y sostenibilidad.
- . Tener información que permita el seguimiento y análisis de la respuesta de los individuos ante cambios en las políticas.

La riqueza y calidad de la información se fundamenta en la combinación de variables que se relevará, la captación de la dinámica de dichas variables a lo largo del tiempo al seguir siempre el mismo panel de individuos y el seguimiento de estándares internacionales de calidad en el relevamiento de la información.

El Proyecto es impulsado en Uruguay a partir del esfuerzo conjunto de varios Organismos; por Uruguay participan los Ministerios de Economía y Finanzas, de Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social, Desarrollo Social y el Banco de Previsión Social, mientras que los Organismos Internacionales son el Banco Interamericano de Desarrollo como agente financiador y el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile como institución asesora en aspectos técnicos relacionados a la encuesta, desde su preparación hasta su ejecución.

La ELPS consistirá en la realización de olas de relevamiento de información cada dos años comenzando en el primer semestre de 2012. Se seguirán a los individuos seleccionados en la primera ronda y será fundamental mantener el panel lo más completo posible para que el análisis de la dinámica de comportamiento de los individuos sea válida; incluso, ante la pérdida de alguno de ellos, es importante saber qué características tienen en relación a las variables bajo estudio; esto permitirá obtener estimaciones no sesgadas de los parámetros poblacionales desconocidos a través de la corrección de los factores de expansión.²⁸

La población objetivo en la encuesta son los individuos mayores de 14 años pertenecientes a hogares particulares. Cada individuo será entrevistado en las sucesivas olas, pertenezca o no al hogar original.²⁹

Respecto al tamaño muestral, es el más importante desarrollado en nuestro país para un estudio de protección social y en línea con los tamaños muestrales de las principales encuestas longitudinales en el mundo; si se considera la fracción de muestreo,³⁰ nuestro país presentará valores superiores a muchos de los demás países. En relación a la cobertura geográfica, la muestra cubrirá zonas urbanas, suburbanas y rurales.

El cuestionario ha sido elaborado con mucho esfuerzo; se ha obtenido un producto final muy interesante, incluso siendo referencia en muchos temas para el cuestionario del Observatorio Regional.

El cuestionario comprende aproximadamente 330 preguntas, organizadas en 12 módulos, que se detallan a continuación:

- A. Caracterización socio-demográfica del entrevistado
- B. Educación del entrevistado
- C. Salud
- D. Beneficios entregados por el Estado
- E. Trayectoria laboral (e ingresos asociados)
- F. Otros ingresos del entrevistado
- G. Prestaciones de actividad

²⁸ La información puede provenir de olas anteriores de la propia encuesta o de otros estudios existentes. La estrategia de corregir los expansores lleva implícito que la cantidad de casos perdidos no es relevante, ya que si fueran muchos no sería estadísticamente consistente expandir resultados sobre una variable poblacional.

²⁹ Existen encuestas longitudinales que entrevistan a todos los integrantes del hogar y luego todos ellos son seguidos en las sucesivas olas, pertenezcan o no al hogar original.

³⁰ La fracción de muestreo es el tamaño muestral dividido el tamaño de la población objetivo.

- H. Prestaciones a pasivos
- I. Patrimonio
- J. Composición y características del hogar
- K. Conocimiento Financiero y Planificación
- L. Localización del entrevistado

Se espera contar con los primeros resultados hacia finales del segundo semestre de este año y se realizarán luego publicaciones periódicas de estudios en profundidad sobre determinados temas específicos.

Consideraciones finales

La encuesta longitudinal es una nueva herramienta de levantamiento de datos que está siendo utilizada para relevar información socioeconómica. Posee varios puntos fuertes respecto al tradicional relevamiento transversal, por lo cual su utilización permite acceder a nueva información de enorme importancia al momento de analizar determinada realidad; la que permite visualizar el cambio comportamental en los agentes y las causas que lo motivaron.

La información obtenida de los relevamientos longitudinales permitirá evaluar la realidad de cierto país, región o grupo de individuos, servir para la investigación académica e institucional y generar recomendaciones de política, procurando mejorar dicha realidad.

A nivel mundial, ya son varias las encuestas longitudinales que se están desarrollando actualmente. A nivel regional, a la experiencia chilena se sumarán las realizaciones de ELPS en otros ocho países, que conformarán el Observatorio Regional, donde se implementarán en forma coordinada encuestas longitudinales y por tanto podrá obtenerse información comparable en el corto plazo.

Uruguay, al iniciar el proyecto ELPS, es uno de los primeros países en América Latina en ejecutar encuestas longitudinales sobre protección social. Nuestro país podrá contar con datos de calidad, a partir de un relevamiento moderno y basado en el respaldo técnico de especialistas nacionales y extranjeros, con el objetivo mejorar la equidad y la eficiencia de nuestro sistema de protección social y así, aportar a la mejora de la sociedad en que vivimos.

Bibliografía

Biemer, Paul and Lyberg, Lars (2003): "Introduction to Survey Quality", Wiley Series in Survey Methodology, John Wiley & Sons, Inc, Estados Unidos.

Lynn, Peter (2005): "Metodología de las encuestas longitudinales", Seminario Internacional de Estadística en Euskadi, http://www.eustat.es/prodserv/vol45_c.html#axzz1ic93nbLr.

Naciones Unidas (2007): "Encuestas de hogares en los países en desarrollo y en transición", Estudio de métodos, Serie F, No. 96, División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Nueva York.

Zhang, Qi; Zheng, Buhong; Zhang, Ning; and Wang, Youfa (2011) "Decomposing the Intergenerational Disparity in Income and Obesity," The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy: Vol. 11: Iss. 3 (Contributions), Article 4. DOI: 10.2202/1935-1682.2880
<http://www.bepress.com/bejeap/vol11/iss3/art4>

Sitios web

American Association for Public Opinion Research: <http://www.aapor.org>

Banco Interamericano de Desarrollo – Observatorio Regional: <http://www.iadb.org>

British Household Panel Survey (BHPS): <http://www.iser.essex.ac.uk/survey/bhps>

Encuesta Protección Social (EPS)- Chile: <http://www.proteccionsocial.cl/>

Eurostat – European Comission: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

German Socio_Economic Panel (SOEP):
http://www.diw.de/en/diw_02.c.222508.en/soep_overview.html

Health and Retirement Study: <http://hrsonline.isr.umich.edu/>

Instituto Nacional de Estadística – Uruguay: <http://www.ine.gub.uy>

Instituto Nacional de Estadísticas – Chile: <http://www.ine.cl>

National Endowment for the Arts – USA:<http://www.nea.gov/>

Survey of Income and Program Participation: <http://www.census.gov/sipp/>

Swiss Household Panel (SHP) : <http://www.swisspanel.ch/>

The European Community Household Panel (ECHP)
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/echp>

The Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey

<http://www.melbourneinstitute.com/hilda/>

The Panel Study of Income Dynamics – PSID: <http://psidonline.isr.umich.edu/>

The UK Household Longitudinal Study:

<http://www.iser.essex.ac.uk/2011/03/21/the-uk-household-longitudinal-study>

ENVEJECIMIENTO, PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Psic. Cristina Kluver

ENVEJECIMIENTO, PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

1. Introducción

Nuestro país es un referente destacado entre los países de la región de América Latina y el Caribe en los asuntos de las personas mayores. Atento a las nuevas demandas que le exigen construir nuevas formas de protección social participa a nivel nacional, regional e internacional en diversas instancias de debates¹, estudios interdisciplinarios² e intercambios³ buscando aportes útiles para el diseño de políticas de vejez. Recientemente iniciativas políticas y de la sociedad civil permitieron crear organizaciones de diversa índole⁴, y definir una institucionalidad específica⁵ a concretarse en corto plazo como respuesta a las repercusiones de su avanzada transición demográfica.

La finalidad de este comentario es pensar algunas interrogantes. Si nuestro país se destaca en la región, ¿dónde, cuál o cuáles son los desafíos que enfrenta entonces ante el envejecimiento poblacional, su envejecimiento poblacional y el aumento de las personas de edad? Conocido es que las transformaciones que genera el cambio demográfico son sinónimo de exigencias en el diseño de la protección social⁶, - en particular la cobertura y calidad de las prestaciones de seguridad social⁷ -, y éstos son otros aspectos a observar.

Los conceptos vertidos en este comentario surgen principalmente del material aportado en el curso⁸ internacional *Envejecimiento y Estrategias de Protección Social en América, 2010* realizado por la CEPAL en Santiago de Chile.

¹ En 2007 el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) impulsa el Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio.

² Escenarios futuros en políticas de vejez: Estudio Delphi comparado en países seleccionados.

³ Seminario Técnico en Montevideo, Uruguay abril, 2010. Evento Técnico organizado por la Comisión Técnica de Estudios Estadísticos Actuariales y Financieras 2008-2010.

⁴ En 2008 se crea el Observatorio de Envejecimiento y Vejez (UDELAR). En 2009 el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre la Vejez y Envejecimiento (NIEVE), en el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República.

⁵ Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) creado por Ley 18.617 en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

⁶ Entendida como "las políticas y acciones públicas destinadas a dar respuestas a distintos niveles de vulnerabilidad, riesgos y privaciones, vinculados al desempleo, la enfermedad, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, las discapacidades, el envejecimiento, entre otros" Ver CEPAL 2005 (SPS110).

⁷ La Organización Internacional del Trabajo, define a la seguridad social como "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de disposiciones públicas, contra los infortunios económicos y sociales que, de lo contrario serían ocasionados por la interrupción o reducción considerable del ingreso a raíz de contingencias como la enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, invalidez, vejez y muerte". En otras palabras, la seguridad social consiste en un conjunto de prestaciones reguladas por Ley, mediante las cuales se procura dar al individuo, en determinadas circunstancias de su vida, un grado suficiente de bienestar para que desarrolle adecuadamente su personalidad en beneficio propio y de la sociedad.

⁸ El material utilizado para este comentario corresponde principalmente al Módulo III del curso citado. El mismo es citado en referencias bibliográficas.

El despliegue del escenario del envejecimiento en la región y la situación de las personas mayores, permitió entre otros aspectos interpretar las consecuencias del cambio demográfico en el desarrollo general y los sistemas de protección social en particular.

2. Protección Social Inclusiva

Como punto de partida interesa destacar que en el actual contexto demográfico, el énfasis que la CEPAL/CELADE (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía su división de población), le asignan al envejecimiento y la situación de las personas de edad, obedece a considerar las implicancias económicas, sociales y culturales que estas transformaciones conllevan y la necesidad de ampliar y fortalecer la red de protección social para dar respuestas a sus impactos.

A un poco más de una década transcurrida desde que se *impulsara* el cambio de perspectiva sobre el envejecimiento⁹, y se instara luego a los países de la región a realizar esfuerzos para elaborar una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad¹⁰, quedan aún algunos desafíos pendientes. Es así que en forma paralela realiza un enérgico llamado a los países latinoamericanos para que refuercen sus sistemas de protección social de manera de garantizar la atención de los grupos etarios vulnerables y excluidos. Su propuesta apunta a instalar una visión más inclusiva y sustentable de la protección social.

Ello significa un enfoque centrado en los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales deberían estar incorporados conceptual y operativamente en los sistemas de protección social¹¹. Va más allá de la situación de pobreza. Se orienta a asegurar niveles mínimos de protección al conjunto de la ciudadanía. La especificidad de este enfoque, en líneas muy generales, reside en abordar la protección social con una mirada sinérgica, que trasciende y al mismo tiempo incluye, los ámbitos de la protección contributiva y no contributiva. Más allá de definir las políticas de protección social a priori, se identifican necesidades y vacíos de intervención, lo que hace más complejo el diseño y la gestión.

Incluir el envejecimiento en la agenda gubernamental de los países de la región con independencia de su grado de envejecimiento demográfico, es fundamental. Mejorar la eficacia de las intervenciones y ampliar la participación de las personas mayores en los procesos normativos y programáticos que los afectan es el otro pilar de este enfoque.

⁹ En la década del 2000, el impulso de un cambio de perspectiva sobre el envejecimiento, la contribución de las personas de edad en la sociedad y el rol de las políticas de protección social fue reforzado por las recomendaciones de las Naciones Unidas, que en el ámbito Mundial, fueron plasmadas en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y, a nivel regional mediante los acuerdos adoptados por los países miembros de la CEPAL.

¹⁰ En la Declaración de Brasilia, aprobada en 2007 en la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, se instó a los gobiernos participantes de realizar esfuerzos encaminados a impulsar la elaboración de una convención internacional sobre los derechos (Declaración de Brasilia (LC/G.2359) de las personas de edad. Ratificada luego por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) mediante la resolución 644 (XXXII) de 2008.

¹¹ Ver CEPAL (2011 b).

3. Envejecimiento de la Población

3.1 Transición demográfica y envejecimiento

Las mejores condiciones de vida de la población y la mayor disponibilidad de servicios de salud facilitaron una transformación demográfica acelerada en América Latina y el Caribe. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas han impactado directamente sobre la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas.

Esta transformación que adopta el nombre de transición demográfica ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial, y simultáneamente su envejecimiento.¹² Estos cambios en los patrones de crecimiento de los distintos grupos de edad de la población, tienen un impacto importante en el desarrollo de los países y la protección social en los sectores económico, salud, vivienda, educación, infraestructura, entre otros.

3.2 Relación de dependencia económica

La seguridad económica de las personas mayores es uno de las repercusiones que preocupa - o por lo menos debería preocupar - a los diferentes países de la región, en la medida que al aumentar la población de 60 y más aumenta la tasa de dependencia económica. Es decir la relación entre el número de personas inactivas (menores de 15 años y los mayores de 60 años), con la población en edad laboral (personas entre 15 y 59 años de edad) denominada relación de dependencia demográfica total¹³.

Según estimaciones de la CEPAL, en la región, (Cuadro 1) la relación de dependencia demográfica total en 2010, de 60,5 personas potencialmente dependientes por cada cien potencialmente activos, se reducirá en 2025 a 58,7 personas, para aumentar nuevamente en 2050 a 74,1 personas por cada cien potencialmente activos.

¹² El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta, una gradual alteración del perfil de la estructura de edades. CEPAL, (2011 a).

¹³ La relación de dependencia demográfica total es un índice sintético de la estructura por edad es de la población, que permite analizar los efectos del envejecimiento sobre la estructura de las generaciones, considerando las relaciones entre las personas que tienen una alta probabilidad de ser dependientes – mayores y niños- y la población en edad de trabajar. Para diferenciar si la mayor carga económica la ocasionan los niños o los mayores, el índice puede desagregarse entre la relación de dependencia de niños – también llamada relación de juventud – y la relación de adultos – o de vejez. La relación de adultos se utiliza para medir la necesidad potencial de soporte social de la población adulta mayor por parte de la población en edades activas. El incremento de la relación de dependencia en la región está cada vez más determinado por el peso de la población de 60 años y más, cuyas repercusiones en términos de costos económicos son más elevadas que las inherentes a la dependencia juvenil, debido, a las necesidades de atención de salud y seguridad social. CELADE, 2006 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Cuadro I. Indicadores demográficos de dependencia en América Latina y el Caribe**Población al 2010**

Población total	588.648.000	
Población menor de 15	162.764.000	27,7%
Población entre 15 y 59 años	366.831.000	62,3%
Población de 60 años y más	59.053.000	10,0%
		100,0
Relación de dependencia demográfica en la región		
Total ¹⁴	Niñez ¹⁵	Vejez ¹⁶
60,5	44,4	16,1

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Población al 2025

Población total	669.534.000	
Población menor de 15	146.471.000	21,9%
Población entre 15 y 59 años	421.922.000	63,0%
Población de 60 años y más	101.141.000	15,1%
		100,0
Relación de dependencia demográfica		
Total	Niñez	Vejez
58,7	34,7	24,0

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Población al 2050

Población total	729.185.000	
Población menor de 15	124.274.000	17,0%
Población entre 15 y 59 años	418.875.000	57,4%
Población de 60 años y más	186.036.000	25,5%
		100,0
Relación de dependencia demográfica		
Total	Niñez	Vejez
74,1	29,7	44,4

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

¹⁴ Personas potencialmente dependientes por cada cien potencialmente activos.¹⁵ Menores de 15 años por cada cien personas de 15 a 59 años.¹⁶ Personas de 60 años y más por cada cien personas de 15 a 59 años.

Esta reducción de la dependencia que se observa en pleno desarrollo de la transición demográfica en el 2025, sería una ventana de oportunidades o bono demográfico¹⁷ para algunos países de la región, la cual sería una ocasión propicia para incentivar el diseño de estrategias que amplíen la protección social de las personas mayores.

Las personas mayores de 60 años y más, quienes representaban el 10,0% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser el 15,1% en el 2025 y representarán la cuarta parte de la población total (25,5%) en 2050, dando cuenta de un progresivo aumento proporcional de este grupo poblacional. Su consecuencia natural es un impacto importante en la tasa de dependencia económica de las personas mayores.

3.3 ¿Ventana de oportunidades: aún abierta en Uruguay?

Nuestro país - según estimaciones y proyecciones de población¹⁸ - presentaría una situación similar a la que sucede en la región, en lo que refiere a la relación de dependencia total, pero más acentuada. En 2010 y 2025 alcanza un 69,2%, y aumenta en el 2050 a 77,9%. La dependencia de los más jóvenes que representaba el 38,1% en 2010, iniciaría una reducción a 33,3% en 2025 que continuaría en 2050 llegando a 30,3%. La dependencia de las personas mayores de 60 años, aumenta progresivamente hacia el 2050.

Cuadro II. URUGUAY: Estimaciones y proyecciones de la población total y grupos quinquenales de edad. 2010-2025-2050
Población al 2010

Población total	3.371.912	
Población menor de 15	758.915	22,5
Población entre 15 y 59 años	1.993.033	59,1
Población de 60 años y más	619.964	18,4
Relación de dependencia demográfica en Uruguay		
Total ¹⁹	Niñez ²⁰	Vejez ²¹
69,2	38,1	31,1

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

¹⁷ Durante la transición demográfica se crea un contexto especialmente favorable al desarrollo en la medida en que aumenta el peso relativo de las personas en edades potencialmente productivas y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas. A esta etapa se la identifica como bono demográfico o ventana demográfica de oportunidades en alusión a las posibilidades que la coyuntura demográfica ofrece para un incremento de las tasas de crecimiento per cápita y, por ende, de los niveles de bienestar de la población. Pese a las diferencias en términos de ritmo e intensidad del bono demográfico en los países de la región, el bono ofrece oportunidades para los jóvenes y una posibilidad única de prepararse para los desafíos que planteará el envejecimiento de la sociedad. Texto 401_2 Panorama social de América Latina.2008, Capítulo III.

¹⁸ CEPAL, Observatorio Demográfico7, Proyección de Población

¹⁹ Personas potencialmente dependientes por cada cien potencialmente activos

²⁰ Menores de 15 años por cada cien personas de 15 a 59 años

²¹ Personas de 60 años y más por cada cien personas de 15 a 59 años

Población al 2025

Población total	3.562.327	
Población menor de 15	701.754	19,7
Población entre 15 y 59 años	2.104.646	59,0
Población de 60 años y más	755.927	21,2
Relación de dependencia demográfica Uruguay		
Total	Niñez	Vejez
69,2	33,3	35,9

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

Población al 2050

Población total	3.749.548	
Población menor de 15	634.673	17,0
Población entre 15 y 59 años	2.107.769	56,2
Población de 60 años y más	1.007.106	26,8
Relación de dependencia demográfica Uruguay		
Total	Niñez	Vejez
77,9	30,1	47,8

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011

En una primera etapa se observa que la dependencia queda determinada por los más jóvenes. Luego, el incremento de la relación de dependencia se debe al peso de la población de 60 años y más, cuyas repercusiones en términos de costos económicos²² son más elevadas que las inherentes a la dependencia juvenil, debido, a las necesidades de atención de salud y seguridad social.

Señalar este punto interesa, pues una de las transformaciones demográficas más significativas en la región estaría en el descenso intenso y sostenido de la fecundidad.

Está demostrado que nuestro país, se caracteriza, - junto con Argentina – por ser un país donde se registran los primeros avances sostenidos en la disminución de la fecundidad. Según estudios²³ realizados en nuestro país, el descenso de la tasa global de fecundidad, que se había ido frenando gradualmente en la segunda mitad del SXX, a partir del año

²² Ver Huenchuan: *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. En Capítulo II y III explica en detalle las consecuencias económicas de los dos tipos de dependencia.*

²³ Ver Varela Petito, 2008:35 a 37 “.. el comportamiento reproductivo de las mujeres se ha caracterizado por iniciar el control y la reducción de la fecundidad desde muy temprano en la historia del país.” “Los indicadores revelan que en nuestro país se ha iniciado ya una segunda transición demográfica, lo que hace suponer que la fecundidad continúe descendiendo.

2000 retoma una nueva tendencia a la baja. En el año 2004 alcanza un nivel por debajo del mínimo necesario para reemplazar la población²⁴.

¿Su efecto? una menor fecundidad, asociada al incremento de la esperanza de vida, acrecientan el peso de las personas mayores. Se modifica el escenario y con él el de las demandas. Se originan otras que exigen otras estrategias de abordaje. Expone, en consecuencia, al sistema de protección social todo, al diseño de nuevas formas de atención a la población en general y a de las personas mayores particularmente.

La ventana de oportunidades “bono demográfico” para Uruguay como en otros países de la región, parece haber llegado a su fin. Nuestro país se encontraría ante una urgente exigencia centrada en cómo abordar la dependencia económica a la que se agrega la dependencia sanitaria. Sin duda ambas desafían el diseño de nuevas formas de protección social en políticas de seguridad social y salud.

Exige de los gobiernos, de la sociedad civil, las familias y a las propias personas mayores, prepararse. Parte de las orientaciones que es urgente incorporar en las políticas públicas de la región se orientan a “promover el financiamiento solidario de las pensiones, incorporar la atención de salud de las personas mayores, diseñar mecanismos de apoyo familiar y comunitario.” (Jaspers, CEPAL 2000).

4. Protección Social, Ingresos y Envejecimiento

Las bases demográficas, sociales y económicas a partir de las cuales se diseñaron los dispositivos de protección social de la región se han modificado. Se ha planteado que una población envejecida crea presiones fuertes sobre los sistemas de pensiones y genera dificultades a los países para garantizar su solvencia y sostenibilidad, especialmente aquellos sistemas basados en el reparto. Estas dificultades impedirían que las personas cuenten con recursos económicos suficientes para solventar sus necesidades en la etapa final de la vida. En materia de políticas, garantizar en el corto plazo la seguridad económica en la vejez es uno de los retos más complejos.

En el caso específico de las transferencias del sistema de seguridad social, las estadísticas muestran que para la región cerca de la mitad de la población adulta mayor no accede a una jubilación o pensión para enfrentar los riesgos derivados de la pérdida de ingresos en la vejez.

Según datos de la CEPAL, en muchos países de la región, el sistema de pensiones y jubilaciones beneficia a menos de la mitad de la población de edad avanzada. La falta de ingresos, la baja cobertura o la calidad de las prestaciones es un problema que afecta a

²⁴ Ver CEPAL, (2009 a) *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Capítulo II P:50 El efecto del descenso de la fecundidad es más importante que el de los cambios en la mortalidad, ya que ésta última incide de forma más directa solamente en las etapas más avanzadas del envejecimiento. En todos los países de la región se ha registrado un descenso de la fecundidad, fenómeno que responde a una constelación de factores determinantes. En las últimas cuatro décadas del siglo pasado, las parejas latinoamericanas y caribeñas modificaron sus pautas reproductivas, desde un patrón generalizado de familias numerosas a un nuevo modelo de fecundidad baja, en que el número de hijos se aproxima a dos por mujer. Los cambios de las estructuras económicas y sociales condujeron a una serie de transformaciones culturales, que contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido.*

las personas mayores, e incide directamente en que aún a edades muy avanzadas continúen trabajando.

Como puede observarse en el cuadro siguiente, - donde se presentan sólo algunos países - , la escasa cobertura de seguridad social de las personas de 60 y más en Guatemala y Ecuador, se compensa por la permanencia de las personas mayores en el ámbito laboral.

Cuadro III. América Latina (países seleccionados) Población de 60 años y más según fuente de ingreso, zonas urbanas, alrededor de 2005 (En porcentajes)

Países	Año	Recibe ingresos							
		Por jubilaciones y pensiones solamente		Por jubilaciones o pensiones y por trabajo		Por trabajo solamente		No recibe ambos tipos de ingreso	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Guatemala	2002	14,8	3,4	4,4	2,4	37,3	53,1	43,5	41,2
	2004	12,3	3,3	3,6	2,6	38,5	50,1	45,7	44
Ecuador	1990	11,8	38,3	...	49,9	...
	1997	14,7	...	2,4	...	34,6	...	48,4	...
	2002	18,3	...	3,1	...	32,8	...	45,8	...
	2005	18,1	...	3,8	...	34,2	...	43,9	...
Argentina	1990	61,4	...	4,2	...	13,2	...	21,2	...
	1994	63,9	...	3,5	...	10,5	...	22,1	...
	2002	54,2	...	2,6	...	16,2	...	27	...
	2005	50,4	...	5	...	20,5	...	24,1	...
Chile	1990	60,8	51,5	2,5	2,4	6	7,6	30,8	38,5
	1996	52,7	42,4	8,6	6	14,4	17	24,4	34,6
	2003	56,4	59,7	8,9	8,1	14,4	12,1	20,3	20,1
Uruguay	1990	73,7	...	7,2	...	9,5	...	9,5	...
	1997	75,3	...	6,0	...	9,7	...	9,7	...
	2002	73,2	...	5,6	...	11,0	...	10,2	...
	2005	72,0	...	6,3	...	11,1	...	10,6	...

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países

En ambos países, en todos los periodos analizados, quienes reciben ingresos por la seguridad social alcanzan sólo entre un 11% y el 18% de las personas mayores de la población urbana. Mientras, un poco más de un 80% restante de la población urbana, recibe ingresos sólo por trabajo (entre 32% y 38%) o no recibe ingresos por esos conceptos (entre 43% y 49%). Son muy importantes los porcentajes de la población rural que recibe ingresos sólo por trabajo (más del 50%) y que no recibe ambos tipos de ingresos (40%).

En Argentina el ingreso por seguridad social en los períodos analizados, en la población urbana alcanza valores de 64% y disminuye a un 50%. Apenas supera el 4% de quienes reciben ingresos por jubilaciones - pensiones y trabajo, mientras quienes reciben ingresos sólo por trabajo o no reciben ingresos de este tipo se ubican entre un 30% y 45%.

La población urbana de personas de 60 y más, en Chile que reciben ingresos por la seguridad social alcanzan en los años analizados el 61%,53% y 56% respectivamente. Es un 31%,24% y 20% el porcentaje de la población urbana que no recibe ingresos ni por la seguridad social ni por trabajo.

Uruguay, es el país que se destaca en la región por presentar una alta cobertura por la seguridad social. Aún así resulta interesante observar con detenimiento los datos. En todos los años analizados un poco más del 70% de la población de 60 años y más recibe ingresos por jubilación o pensión, entre un 7% y 6% debe complementar sus ingresos de seguridad social con trabajo y entre un 19% y 21% recibe ingresos sólo por trabajo o carece de ingresos de ambos tipos.

Tanto en Uruguay como en los otros países seleccionados (exceptuando Ecuador) - en la población urbana de 60 años y más -, el ingreso por seguridad social va perdiendo peso porcentual, aumentando quienes deben complementar dichos ingresos con trabajo o quienes lo reciben sólo por trabajo o no los recibe.

La participación en la actividad económica de las personas mayores está relacionada directamente con la cobertura de la seguridad social, y uno de los principales motivos que los especialistas expresan es que la misma está centrada en la fuerte orientación de tipo contributiva de los sistemas de seguridad social. Esta modalidad hace que un importante segmento de la población, pese a la contribución social que las personas hayan realizado durante toda su vida, no cuentan con la garantía suficiente de recursos económicos cuando se retiran del mercado laboral. En ese sentido, la participación de los adultos mayores en la fuerza laboral no respondería necesariamente a una opción voluntaria, sino más bien a la necesidad de garantizar un mínimo de recursos económicos necesarios para sobrevivir.

Es así que los especialistas (Titelman, Mesa-Lago) exponen que ante los cambios demográficos que enfrentan los países de la región, es necesario variar la formulación y puesta en práctica de las políticas de protección de ingresos. Para ello es imprescindible abordar la seguridad social como un asunto de solidaridad²⁵ y no sólo como cuestión individual que atañe exclusivamente a las personas de edad avanzada.

Mesa-Lago identifica como el desafío más serio que confrontan los sistemas de pensiones, sean privados o públicos, es cómo detener la caída de la cobertura en el sector formal y extender la cobertura en el sector informal. El creciente aumento que América Latina ha experimentado en los últimos veinticinco años del empleo informal, que se está agravando con la transformación del mercado de trabajo (flexibilización laboral) derivada de la globalización y la creciente competencia mundial sustentan su alerta.

²⁵ Ver Mesa-Lago (2004 a). Este autor señala que si bien es un tema que requiere más investigación, entre los desafíos que confrontan las reformas se encuentra la desaparición o erosión de la solidaridad.

5. PROTECCION SOCIAL. Propuestas para un debate

Cambian los escenarios de la población, también deben hacerlo los instrumentos para su protección. Con el objetivo de construir un sistema de protección social más solidario, en líneas generales se puede expresar que la CEPAL ha propuesto una serie de medidas a mediano y largo plazo.

Por una parte, propuso mejorar la capacidad de las economías nacionales para crear trabajo decente para toda la población económicamente activa, con el fin de que los mercados laborales se constituyan en una verdadera puerta de entrada a los dispositivos de protección social. Por otra parte recomendó complementar la protección originada en la vida laboral con mecanismos solidarios no contributivos.

La idea que surge y es contundente en todo el material de estudio utilizado, se asocia a que la seguridad económica de la población hace necesario nuevos acuerdos políticos y sociales. Las perspectivas apuntan a cómo conciliar principios de equidad y solidaridad, (Titelman, Uthoff 2003) o de encontrar el margen de complementariedad que existiría (CEPAL, 2011:11) entre las pensiones no contributivas y contributivas para evitar segmentar la población.

En nuestro país, según datos aportados por la investigación del CELADE – División de Población de la CEPAL, 2004 y 2008, (CEPAL, 2009,b) nos muestra que la evaluación del acceso a la seguridad social, es generalmente positiva. Y si bien los entrevistados manifestaron algunas críticas al funcionamiento de los sistemas de protección social, las dificultades identificadas no se relacionaron con la cobertura, sino con la modernización de la oferta disponible.

6. Síntesis

El envejecimiento de la población, es uno de los retos demográficos más importantes que enfrentan los países de la región en el siglo XXI. En nuestro país el escenario que despliega el envejecimiento demográfico presenta características que exigen acciones con cierta urgencia por sus repercusiones en términos de costos económicos y sociales.

El descenso de la fecundidad y mortalidad, el aumento de la esperanza de vida , el incremento de la relación de dependencia, determinado cada vez más por el peso de la población de 60 años y más, son factores demográficos muy importantes que desafían los sistemas de protección social. Significan un aumento de los gastos de cobertura, por un período más largo.

Es así que temas como una financiación sostenible y la ampliación de la cobertura de seguridad social, por ejemplo, convocaron a especialistas nacionales e internacionales de la seguridad social en Montevideo, Uruguay en 2010. Por otro lado en un futuro cercano se concretará la implementación del Instituto Nacional del Adulto Mayor, y es esperable la elaboración de políticas sociales articuladas e integradas estratégicamente de envejecimiento y vejez.

Aún así, si bien nuestro país se destaca en la región, su realidad demográfica representa un desafío que aún estaría lejos de ser acompañado de políticas públicas sostenidas.

Políticas de protección y seguridad, que favorezcan la autonomía y los cuidados y la transversalización del enfoque intergeneracional y la solidaridad. Es un camino que se encuentra transitando.

7. Bibliografía

CEPAL (2011 a) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. González, D, Características demográficas de los países de Centroamérica y Cuenca del Caribe. Documento preparado para la reunión

_____ (2011 b) Cecchini, S , Martínez, R. Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derecho.

_____ (2009 a) Huenchuan, S. Envejecimiento, DDHH y políticas públicas.

_____ (2009 b) Huenchuan, S. (Coordinadora) Escenarios futuros en políticas de vejez: Estudio Delphi comparado en países seleccionados. Es el resultado de una investigación realizada en el marco del proyecto ITA04/001 “Seguimiento de los Acuerdos de la Conferencia regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento”

_____ (2008 a) Las transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe. Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL. LC/G.2378(SES.32/14)

_____ (2008 b) Panorama social de A.Latina.2008 Cap. III

_____ (2006). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe pp 59-82

_____ (2005) Artigas, C. Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. Serie Políticas Sociales Número 110

_____ (2000) Equidad, Desarrollo y Ciudadanía.

AGSS-AEA (2010) Asesoría General en Seguridad Social – Asesoría Económica y Actuarial - Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay. Informe sobre las actividades de la Comisión Técnica de Estudios Estadísticos, Actuariales y Financieras para el período, 2008-2010. En Comentarios de Seguridad Social, N° 27 Abril-Junio

Mesa-Lago, C. (2004 a) Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina. Revista de la CEPAL 84

_____ (2004 b) Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de seguridad social. Serie financiamiento del desarrollo 144. CEPAL Unidad de Estudios Especiales

Titelman, D, Uthoff, A (2003) Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal. Serie financiamiento del desarrollo 134. CEPAL Unidad de Estudios Especiales

Titelman, D, Vera, C. Pérez, E (2009) Pension System Reform in Latin America and Potential Implications for the Chinese Case.

Varela Petito, C. (2008) coordinadora Demografía de una sociedad en Transición. La población uruguaya a inicios del SXXI. Programa de Población Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales. www.programadepoblacion.edu.uy

**ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS DE
JUBILACIÓN DE LOS AÑOS 2002 AL 2011**

Cra. Carolina Colombo

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS DE JUBILACIÓN DE LOS AÑOS 2002 AL 2011

1. Introducción

El presente estudio, tiene como objetivo principal el análisis de la evolución de las altas de jubilación por invalidez, vejez y edad avanzada, entre los años 2002 al 2011. Si bien ya existe una publicación anterior que analizaba las altas para los años 2002 al 2007¹, este estudio continúa el análisis y lo complementa con el impacto de la Ley 18.395. También se realiza para cada causal un breve análisis de los años de servicio con prueba testimonial para el año 2006 y para los años 2009 al 2011².

2. Metodología

Se partió de la información proporcionada por el CDES de Prestaciones sobre las altas de jubilación de cada año en particular.

Las mismas se clasificaron por causal invalidez, vejez y edad avanzada. Luego para cada causal se clasificaron por género, por edad de retiro, por años de servicio reconocidos, por años de servicio reconocidos mediante prueba testimonial y por tasa de reemplazo.

3. Resultados

Se analiza en forma separada para cada causal (invalidez, vejez y edad avanzada) la evolución del número de altas, de la edad de retiro, de la tasa de reemplazo y de los años de servicio reconocidos. También se muestra la incidencia de la reforma de la Ley 18.395 en los parámetros mencionados anteriormente.

Por último, se detallan para cada causal, para el año 2006 y para los años 2009 al 2011, los años de servicio reconocidos mediante prueba testimonial relacionándolos con el total de años de servicio reconocidos³.

4. Análisis de las altas totales

A continuación se analiza comparativamente el número de altas de jubilación para cada causal para los años 2007 al 2011.

¹ Cra. Adriana Scardino, "Análisis de las principales características de las altas de jubilación 2002-2007". Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social N° 22 (Enero - Marzo 2009).

² Cra. Adriana Scardino, "Análisis de la Prueba Testimonial en las Altas de 2009". Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social N° 27 (Abril - Junio 2010).

³ Cra. Carolina Colombo, "Análisis comparativo de la Prueba Testimonial en las Altas de jubilación de los años 2005, 2006 y 2009". Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social N° 29 (Octubre - Diciembre 2010).

Número de altas					
	2007	2008	2009	2010	2011
Invalidez	1,566	1,593	2,604	4,539	4,969
Vejez	7,394	9,677	19,611	21,258	20,111
Edad avanzada	2,240	2,447	5,206	10,407	8,976
Total	11,200	13,717	27,421	36,204	34,056

Tal cual surge del cuadro anterior, las altas de jubilación se han triplicado en el periodo de estudio, pasando de 11.200 altas en el año 2007 a 34.056 en el año 2011. Sin embargo este comportamiento no ha sido constante. Hubo un crecimiento de un 22% en el año 2008, de un 100% en el año 2009 y de un 32% en el año 2010, mientras que en el 2011 se verificó un descenso de un 6% respecto al año anterior.

El comportamiento de las altas para el año 2009 y 2010 se puede explicar por la Ley 18.395 la cual introduce diversas modificaciones a la Ley 16.713 flexibilizando las condiciones de acceso a la jubilación. Al entrar en vigencia dicha ley, se generó un gran incremento del número de altas, el cual se espera que vaya decreciendo progresivamente.

Se observa que en el periodo analizado las altas para las causales invalidez, vejez y edad avanzada tienen un comportamiento siempre creciente, el mayor peso lo tienen las altas por edad avanzada que se cuadruplicaron en el periodo, luego le siguen las de invalidez que se triplicaron y por último las de vejez que se incrementaron un poco menos que estas últimas.

5. Análisis de las altas por invalidez

A continuación se analiza comparativamente el número de altas de jubilación para la causal invalidez para los años 2007 al 2011.

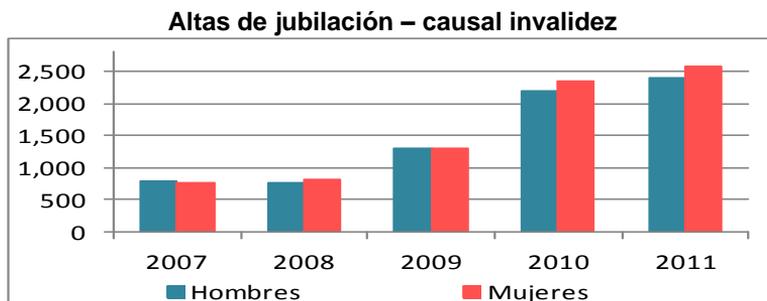
5.1 Evolución del número de altas

En el siguiente cuadro se muestra la evolución del número de altas por sexo para la causal invalidez para el periodo estudiado.

Número de altas					
	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	792	776	1,309	2,194	2,384
Mujeres	774	817	1,295	2,345	2,585
Total	1,566	1,593	2,604	4,539	4,969

En el periodo 2007 - 2011 las altas de jubilación por invalidez se triplicaron. Pero el mayor crecimiento se dio en los años 2009 (63%) y 2010 (74%). Es importante destacar que la Ley 18.395 flexibiliza a partir del año 2009 las condiciones de acceso a la jubilación, para la incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, se elimina la exigencia de los 6 meses de aportación previos a la incapacidad y ya no se requiere que la incapacidad

ocurra dentro de los dos años posteriores al cese. En el año 2011 las altas también crecen pero en menor proporción (9%).



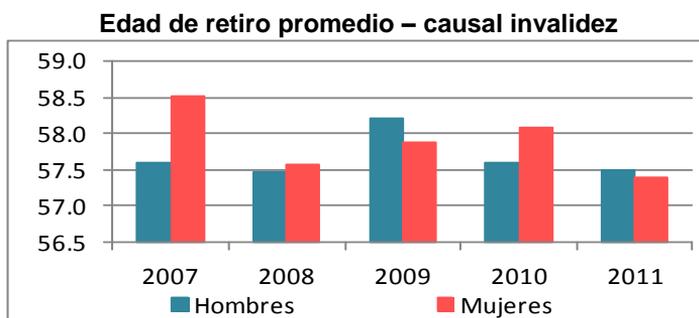
En el gráfico anterior se observa que el comportamiento de las altas por invalidez de hombres y mujeres es similar.

5.2 Evolución de la edad de retiro promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la edad de retiro promedio por sexo para la causal invalidez para el periodo estudiado.

Edad de retiro promedio					
	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	57.6	57.5	58.2	57.6	57.5
Mujeres	58.5	57.6	57.9	58.1	57.4
Total	58.1	57.5	58.0	57.9	57.5

Se puede visualizar que la edad de retiro ha ido variando, teniendo su máximo en el año 2007, y mostrando bajas en los años 2008, 2010 y 2011. La edad promedio general presenta un decrecimiento de un 1% en el periodo estudiado, pasando de 58.1 años en el 2007 a 57.5 años en el 2011. Esta variación ha sido diferente si consideramos el género, la edad de retiro promedio de los hombres muestra una variación menor que la de las mujeres: disminuye un 0.2% en el periodo, mientras que la de las mujeres lo hace un 1.9%, pasando de 58.5 a 57.4 años.



En el gráfico anterior se observa la evolución de la edad de retiro promedio para la causal invalidez por sexo.

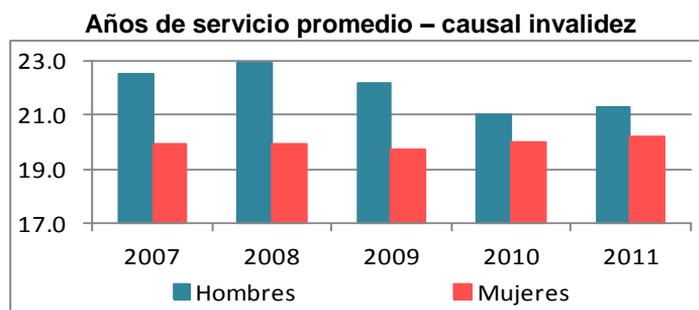
5.3 Evolución de los años de servicio promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de los años de servicio promedio por sexo para la causal invalidez para el periodo estudiado.

Años de servicio promedio					
	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	22.6	22.9	22.2	21.1	21.3
Mujeres	19.9	19.9	19.8	20.0	20.2
Total	21.2	21.4	21.0	20.5	20.7

Los años de servicio promedio presentan un decrecimiento de un 3% en el periodo estudiado, pasando de 21.2 años en el 2007 a 20.7 años en el 2011. El mayor peso lo tienen los hombres debido a que sus años de servicio promedio disminuyen un 6%, sin embargo los de las mujeres aumentan un 2%.

Si esta evolución la analizamos por género, en todo el período de estudio, a las mujeres se les han reconocido menor cantidad de años de servicio, los mismos han oscilado entre 19.8 (para el año 2009) y 20.2 años (para el año 2011). Los hombres sin embargo, muestran guarismos que oscilan entre 21.1 años (para el año 2010) y 22.9 (para el año 2008).



En la gráfica se observan las diferencias entre hombres y mujeres respecto a los años de servicio promedio reconocidos para esta causal invalidez.

5.3.1 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial

Pareció interesante analizar la incidencia del reconocimiento de años de servicio mediante el mecanismo de prueba testimonial. A partir de la Ley 16.713, el cómputo de años de servicio con prueba testimonial debería comenzar a disminuir como consecuencia de la implementación de la historia laboral del afiliado. Vamos a analizar también que incidencia tuvo la Ley 18.395 en los años de servicio con prueba testimonial.

Las altas correspondientes a invalidez representan un 13% del total de altas para el año 2011 y tienen una participación por género de igual magnitud.

Altas con prueba testimonial				
Total	2006	2009	2010	2011
SI	157	284	591	655
NO	1,262	2,320	3,948	4,314
Total	1,419	2,604	4,539	4,969

Como primera característica, podemos afirmar que el 11% (años 2006 y 2009) y el 13% (años 2010 y 2011) del total de las altas por invalidez reconocen entre sus servicios años con probatoria testimonial.

Altas con prueba testimonial									
Hombres	2006	2009	2010	2011	Mujeres	2006	2009	2010	2011
SI	76	140	236	252	SI	81	144	355	403
NO	667	1,169	1,958	2,132	NO	595	1,151	1,990	2,182
Total	743	1,309	2,194	2,384	Total	676	1,295	2,345	2,585

Analizando las altas con una visión de género, encontramos que el mecanismo de prueba testimonial para la causal invalidez es más alto en las mujeres (16%) que en los hombres (11%).

Analizaremos esta información, pero considerando la cantidad de años reconocidos de una u otra forma:

Total	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	1,608	2,886	5,808	6,684
Años totales	30,207	54,642	93,100	102,882
% testimonial	5.32	5.28	6.24	6.50

Si analizamos el total de años testimoniales sin hacer distinciones de género, vemos que en los años estudiados se encuentran entre el 5.3% y el 6.5% del total de años reconocidos.

Hombres	2006	2009	2010	2011	Mujeres	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	644	1,301	2,037	2,464	Años testimoniales	964	1,585	3,771	4,220
Años totales	16,938	29,065	46,182	50,723	Años totales	13,269	25,577	46,918	52,159
% testimonial	3.80	4.48	4.41	4.86	% testimonial	7.27	6.20	8.04	8.09

Haciendo una distinción por género de la cantidad de años reconocidos testimonialmente en el total se observa que, las femeninas son mayores en todos los años estudiados, alcanzando su mayor valor en el año 2011 con 8.1% del total de años reconocidos. Mientras que las altas testimoniales masculinas alcanzan su mayor valor también en el 2011 con 4.9% del total de años reconocidos.

Si consideramos estos valores en términos absolutos para el año 2011, para el caso de las altas totales por invalidez, de un promedio total de veinte años y nueve meses reconocidos, con prueba testimonial tendrían apenas un año y cuatro meses.

Para la causal invalidez, a partir del año 2009 (año en que entra en vigencia la Ley 18.395), tiende a ser mayor para ambos sexos el número de jubilados que utilizan la prueba testimonial para el reconocimiento de años de servicio. También tiende a ser mayor la proporción de años de servicios reconocidos mediante este mecanismo.

Si bien existe una leve tendencia a incrementar la utilización de la prueba de años de servicios mediante testigos, es clara la baja incidencia de este tipo de mecanismo para el caso de las jubilaciones con causal invalidez.

6. Análisis de las altas por vejez

A continuación se analizan comparativamente las altas de jubilación para la causal vejez para los años 2002 al 2011.

6.1 Evolución del número de altas

En el siguiente cuadro se muestra la evolución del número de altas por sexo para la causal vejez para el periodo estudiado.

	Número de altas									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	5,406	6,874	6,013	5,497	5,694	4,680	5,884	10,212	10,849	10,755
Mujeres	1,276	1,638	2,616	2,844	3,014	2,714	3,793	9,399	10,409	9,356
Total	6,682	8,512	8,629	8,341	8,708	7,394	9,677	19,611	21,258	20,111

Las altas de jubilación por la causal vejez se han triplicado en el periodo de estudio, pasando de 6.682 en el 2002 a 20.111 en el 2011. Analizando las altas por género, se observa que en el 2002 los hombres representan un 81% y las mujeres un 19% del total. Para el año 2011, se incrementan las mujeres cambiando la proporción, la cual pasa a ser de un 53% de hombres y un 47% de mujeres.

En el siguiente cuadro se observa la variación del número de altas para la causal vejez para los años 2002 al 2011 para cada sexo.

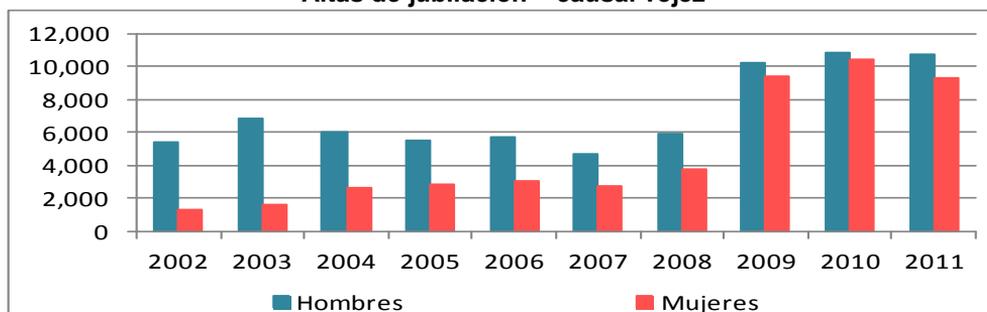
Variación del número de altas

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	27%	-13%	-9%	4%	-18%	26%	74%	6%	-1%
Mujeres	-	28%	60%	9%	6%	-10%	40%	148%	11%	-10%
Total	-	27%	1%	-3%	4%	-15%	31%	103%	8%	-5%

En el cuadro anterior se observa que las altas de jubilación por vejez han tenido su mayor incremento en el año 2009, tanto para los hombres (74%) como para las mujeres (148%). Este importante crecimiento se puede explicar por la Ley 18.395 la cual introduce distintas modificaciones a la Ley 16.713 flexibilizando las condiciones de acceso a la jubilación, reduciendo a 30 los años de servicio requeridos para jubilarse por la causal vejez y reconociendo a las mujeres trabajadoras un año de trabajo adicional por cada hijo, ya sea propio o adoptado, con un máximo de 5.

En el año 2010 se observa que las altas por vejez van creciendo pero a menor ritmo que en el 2009 y en el año 2011 decrecen un 5%.

Altas de jubilación – causal vejez



En el gráfico anterior se observa la evolución del número de altas para la causal vejez para los años 2002 a 2011, y en especial el gran incremento del año 2009 que como ya se explicó anteriormente puede ser causa de la Ley de Flexibilización.

6.2 Evolución de la edad de retiro promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la edad de retiro promedio por sexo para la causal vejez para el periodo estudiado.

Edad de retiro promedio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	62.1	62.4	62.6	62.3	62.9	62.8	63.4	63.9	63.6	63.6
Mujeres	60.7	61.6	61.5	61.5	61.9	61.6	61.7	62.5	62.1	61.9
Total	61.8	62.2	62.3	62.0	62.6	62.3	62.7	63.2	62.9	62.8

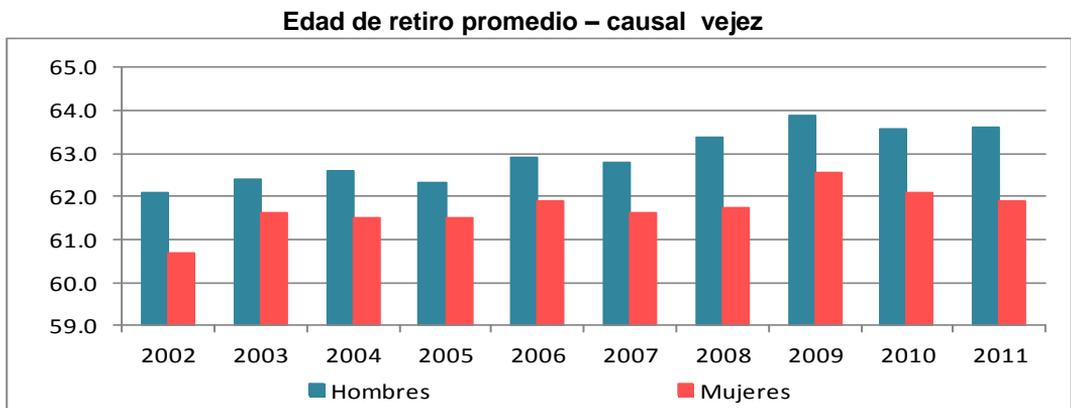
La edad mínima legal de retiro para poder acceder a la causal vejez es de 60 años. Analizando las altas, considerando ambos sexos conjuntamente vemos que la edad promedio de retiro oscila entre un mínimo de 61.8 (para el año 2002) y 63.2 (para el año 2009), lo que muestra una tendencia a postergar el retiro por lo menos dos o tres años.

En todos los años la edad de retiro promedio de los hombres es superior a la de las mujeres por lo menos en un año más, siendo la mayor diferencia en el año 2011 (61.9 años para las mujeres y 63.6 años para los hombres).

En el siguiente cuadro se observa la variación de la edad de retiro promedio para la causal vejez para los años 2002 al 2011 para cada sexo.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	0.5%	0.3%	-0.5%	1.0%	-0.2%	0.9%	0.8%	-0.5%	0.0%
Mujeres	-	1.5%	-0.2%	0.0%	0.7%	-0.5%	0.2%	1.3%	-0.7%	-0.3%
Total	-	0.6%	0.2%	-0.5%	1.0%	-0.5%	0.7%	0.8%	-0.6%	-0.1%

En el periodo 2002 - 2011 la mayor suba de la edad de retiro promedio se da en año 2009, este crecimiento puede deberse a la reforma explicada anteriormente, la cual permitió jubilarse antes a los mayores de 60 años que seguían cotizando para llegar a los 35 años de servicio.



En la gráfica que antecede puede visualizarse claramente, la brecha existente entre la edad media de retiro para hombres y mujeres.

6.3 Evolución de los años de servicio promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de los años de servicio promedio por sexo para la causal vejez para el periodo estudiado.

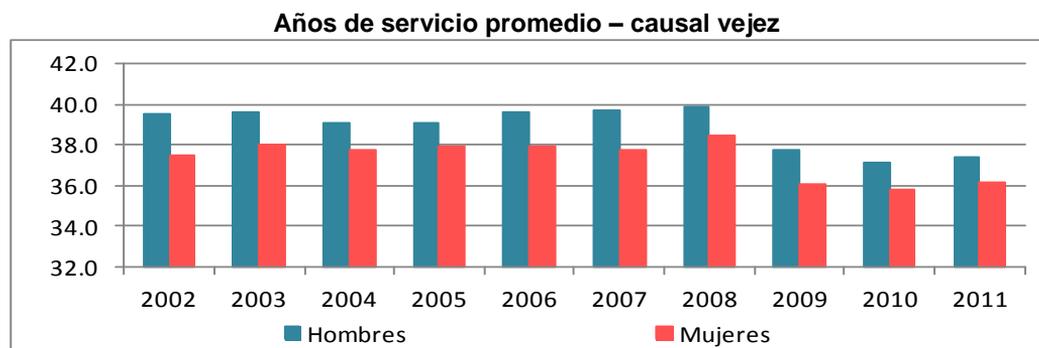
Años de servicio promedio										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	39.5	39.6	39.1	39.1	39.6	39.7	39.9	37.8	37.1	37.4
Mujeres	37.5	38.0	37.8	37.9	37.9	37.8	38.4	36.1	35.8	36.2
Total	39.2	39.4	38.7	38.9	39.1	39.1	39.3	37.0	36.5	36.8

Los años de servicio promedio presentan un decrecimiento de un 6% en el periodo estudiado, pasando de 39.2 años en el 2002 a 36.8 años en el 2011. Los años de servicio promedio de los hombres decrecen un 5% y los de las mujeres se reducen un 3% para todo el periodo estudiado.

Si esta evolución la analizamos por género, a las mujeres se le han reconocido menor cantidad de años de servicio, los mismos han oscilado entre 35.8 (para el año 2010) y 38.4 años (para el año 2008). Los hombres sin embargo, muestran guarismos que oscilan entre 37.1 años (para el año 2010) y 39.9 (para el año 2008).

Variación de los años de servicio promedio										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	0.3%	-1.3%	0.0%	1.3%	0.3%	0.5%	-5.3%	-1.7%	0.8%
Mujeres	-	1.3%	-0.5%	0.3%	0.0%	-0.3%	1.7%	-6.0%	-0.9%	1.1%
Total	-	0.6%	-1.9%	0.5%	0.7%	0.0%	0.5%	-6.0%	-1.4%	1.0%

En el periodo 2002 - 2011 la mayor baja de los años de servicio promedio se da en el año 2009 (6%). Este decrecimiento se debe a la reforma de la Ley 18.395 que reduce los años de servicio mínimos y en el caso de las mujeres bonifica los hijos como años trabajados.



En la gráfica anterior se visualiza la evolución de los años de servicio promedio para la causal vejez.

6.3.1 Incidencia de la última reforma en los años de servicio

Dado que los años reconocidos son superiores al mínimo legal exigido, nos pareció interesante hacer un análisis más desagregado, considerando tramos de años reconocidos y la incidencia de la nueva ley en los mismos.

Para el caso de los hombres, tal cual puede visualizarse en el cuadro siguiente, aquellos que se jubilan con solamente 35 años de servicio no han superado el 15.6% del total.

Hombres	Años de servicio						
	30	31 - 34	35	36 - 39	40	41 y más	
2008	0.0%	0.0%	15.6%	38.0%	7.7%	38.8%	100%
2009	6.5%	20.0%	11.0%	28.5%	5.6%	28.4%	100%
2010	10.5%	28.0%	7.1%	22.5%	4.9%	27.0%	100%
2011	10.5%	26.2%	6.5%	22.5%	5.3%	29.1%	100%

Se observa que la proporción de hombres que reconocen 35 años de servicio va disminuyendo desde el año 2008 al 2011. Sin embargo, la proporción de hombres que reconocen entre 30 y 34 años de servicio va incrementándose en dicho periodo. Esto se explica por la reforma de la Ley 18.395 que reduce el mínimo de años de servicio exigidos de 35 a 30.

Entre el 61% el 73% de los hombres reconocen hasta 40 años de servicio, lo que muestra que reconocen años de servicio adicionales a los mínimos exigidos.

Mujeres	Años de servicio						
	30	31 - 34	35	36 - 39	40	41 y más	
2008	0.0%	0.0%	23.1%	45.0%	7.6%	24.3%	100%
2009	8.6%	28.5%	13.7%	27.9%	4.5%	16.8%	100%
2010	13.4%	37.3%	7.1%	18.2%	3.9%	19.9%	100%
2011	14.1%	35.0%	6.0%	17.3%	4.2%	23.4%	100%

El comportamiento de las mujeres es similar al de los hombres, disminuyen las que reconocen 35 años de servicio y se incrementan las que reconocen de 30 a 34 años.

Entre el 76% el 83% de las mujeres reconocen hasta 40 años de servicio, lo que muestra que reconocen años de servicio adicionales a los mínimos exigidos.

6.3.2 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial

Veremos algunas características de los años con prueba testimonial de las altas por vejez, que constituyen la mayoría, con un 59% del total de altas del año 2011. También vamos a analizar la incidencia que tuvo la Ley 18.395 en los años de servicio con prueba testimonial.

Total	Altas con prueba testimonial			
	2006	2009	2010	2011
SI	3,500	8,817	9,116	7,566
NO	5,208	10,794	12,142	12,545
Total	8,708	19,611	21,258	20,111

Como primera característica, podemos afirmar que el 40%, 45%, 43% y 38% del total de las altas por vejez de los años 2006, 2009, 2010 y 2011 respectivamente reconocen entre sus servicios años con probatoria testimonial.

Altas con prueba testimonial									
Hombres	2006	2009	2010	2011	Mujeres	2006	2009	2010	2011
SI	2,049	3,774	3,717	3,258	SI	1,451	5,043	5,399	4,308
NO	3,645	6,438	7,132	7,497	NO	1,563	4,356	5,010	5,048
Total	5,694	10,212	10,849	10,755	Total	3,014	9,399	10,409	9,356

Las mujeres son las que utilizan más este derecho, alcanzando un 48%, un 54%, un 52% y un 46% de las altas femeninas para los años 2006, 2009, 2010 y 2011 respectivamente. Los hombres la utilizan en menor proporción: un 36%, un 37%, un 34% y un 30% respectivamente para esos años.

Analizaremos esta información, pero considerando la cantidad de años reconocidos de una u otra forma:

Total	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	53,233	147,476	155,140	116,065
Años totales	363,484	725,196	775,074	740,634
% testimonial	14.65	20.34	20.02	15.67

Si analizamos el total de años testimoniales sin hacer distinciones de género, vemos que en los años estudiados se encuentran entre el 14.7% y el 20.3% del total de años reconocidos.

Hombres	2006	2009	2010	2011	Mujeres	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	26,808	53,847	53,404	42,232	Años testimoniales	26,425	93,629	101,736	73,833
Años totales	231,415	385,740	402,558	402,020	Años totales	132,069	339,456	372,516	338,614
% testimonial	11.58	13.96	13.27	10.50	% testimonial	20.01	27.58	27.31	21.80

Haciendo una distinción por género de la cantidad de años testimoniales en el total de altas se observa que, las femeninas son mayores en los años estudiados, alcanzando su mayor valor en el año 2009 con 27.6% del total de años reconocidos. Las altas testimoniales masculinas alcanzan su mayor valor también en el 2009 con 14% del total de años reconocidos.

Si consideramos estos valores en términos absolutos para el año 2011, para el caso de las altas totales por vejez, de un promedio total de treinta y seis años y once meses reconocidos, con prueba testimonial tendrían cinco años y once meses.

Para la causal vejez, a partir del año 2009 (año en que entra en vigencia la Ley 18.395), tiende a disminuir para ambos sexos el número de jubilados que utilizan la prueba

testimonial para el reconocimiento de años de servicio. También tiende a ser menor la proporción de años de servicios reconocidos mediante este mecanismo.

Si bien existe una tendencia a disminuir la utilización de la prueba de años de servicios mediante testigos, es clara la alta incidencia de este tipo de mecanismo para el caso de las jubilaciones con causal vejez.

6.4 Evolución de la tasa de reemplazo promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la tasa de reemplazo promedio por sexo para la causal vejez para el periodo estudiado.

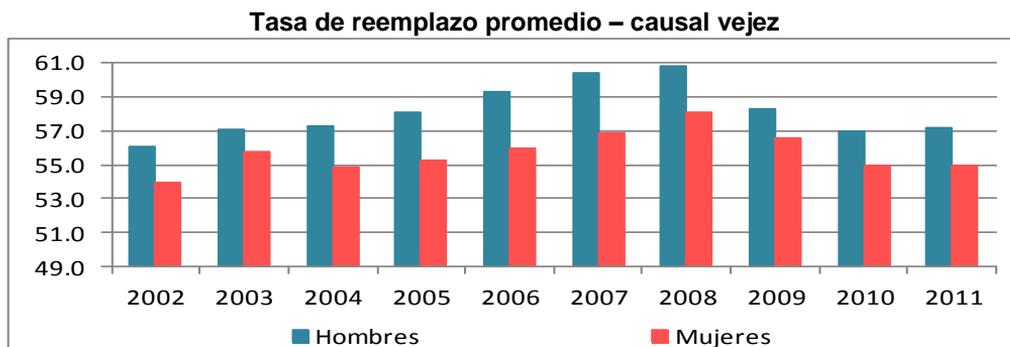
Tasa de reemplazo promedio										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	56.1	57.1	57.3	58.1	59.3	60.4	60.9	58.3	57.0	57.2
Mujeres	53.9	55.8	54.9	55.2	55.9	56.8	58.0	56.6	54.9	55.0
Total	55.7	56.8	56.6	57.1	58.1	59.0	59.8	57.5	56.0	56.2

En promedio, la tasa de reemplazo oscila entre 55.7 (año 2002) y 59.8 (año 2008), siendo siempre superiores por lo menos dos puntos porcentuales la de los hombres que la de las mujeres, como consecuencia de mayores edades de retiro y mayores años de servicio reconocidos.

Variación de la tasa de reemplazo promedio										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	1.7%	0.4%	1.4%	2.0%	1.9%	0.8%	-4.1%	-2.3%	0.4%
Mujeres	-	3.5%	-1.6%	0.7%	1.3%	1.6%	2.1%	-2.5%	-3.0%	0.1%
Total	-	2.0%	-0.4%	1.0%	1.8%	1.6%	1.2%	-3.8%	-2.6%	0.4%

En el periodo 2002 - 2011 la mayor baja de la tasa de reemplazo promedio se da en el año 2009 (3.8%). En este resultado incide con más fuerza la baja de la tasa de reemplazo promedio de los hombres en un 4.1%. Este decrecimiento se debe a la reforma de la Ley 18.395 que reduce los años de servicio promedio y proporcionalmente la tasa de reemplazo, la cual permitió jubilarse antes a muchas personas pero con una menor tasa (30 años de servicio 45% de tasa, 35 años de servicio 50% de tasa).

Gráficamente la evolución de la tasa de reemplazo promedio para la causal vejez ha sido la siguiente:



6.4.1 Incidencia de la última reforma en la tasa de reemplazo

A continuación se presentan las tasas de reemplazo promedio para el periodo 2008 – 2011, para las edades de retiro de 60 a 65 años.

Hombres		Tasa de reemplazo promedio a cada edad de retiro				
Edad	60	61	62	63	64	65
2008	51.6	54.2	56.7	59.5	62.0	65.1
2009	50.2	51.4	53.9	56.0	58.2	61.0
2010	48.9	50.2	52.5	54.8	57.0	61.4
2011	49.1	50.5	52.3	54.5	57.2	61.9

En el cuadro anterior, se observa que la tasa de reemplazo promedio para los hombres disminuye del año 2008 al 2009, para todas las edades estudiadas. Para el año 2010, también disminuye la tasa de reemplazo promedio para las edades de 60 a 64 años, pero aumenta levemente para los 65 años de edad (0.6%). Sin embargo, para el año 2011, la tasa de reemplazo promedio comienza a aumentar lentamente para las edades de 60, 61, 64 y 65 años (de 0.3% a 0.9%).

Este comportamiento se debería a la reforma mencionada anteriormente que entro en vigencia en el año 2009, donde se comenzó a incrementar el número de altas pero a una menor tasa de reemplazo. Pero luego, con el pasar de los años, la situación se va normalizando y las altas van volviendo a su crecimiento histórico habitual, ocurre lo mismo con la tasa de reemplazo.

Mujeres		Tasa de reemplazo promedio a cada edad de retiro				
Edad	60	61	62	63	64	65
2008	51.5	54.3	56.7	59.0	62.5	67.0
2009	50.0	51.2	53.5	55.8	58.1	60.9
2010	49.1	50.2	52.1	54.1	56.4	61.2
2011	49.0	51.2	52.3	54.3	56.7	62.0

El comportamiento de la tasa de reemplazo para las mujeres es similar a la de los hombres para los años 2008 a 2010. Sin embargo, para el año 2011, la tasa de reemplazo promedio comienza a aumentar lentamente para las edades de 61 a 65 años (de 0.3% a 2%).

7. Análisis de las altas por edad avanzada

A continuación se analizan comparativamente las altas para la causal edad avanzada de los años 2002 al 2011.

7.1 Evolución del número de altas

En el siguiente cuadro se muestra la evolución del número de altas de jubilación por sexo para la causal edad avanzada para el periodo estudiado.

	Número de altas									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	884	932	935	1,011	1,070	1,260	1,306	2,434	4,268	3,964
Mujeres	411	391	726	780	873	980	1,141	2,772	6,139	5,012
Total	1,295	1,323	1,661	1,791	1,943	2,240	2,447	5,206	10,407	8,976

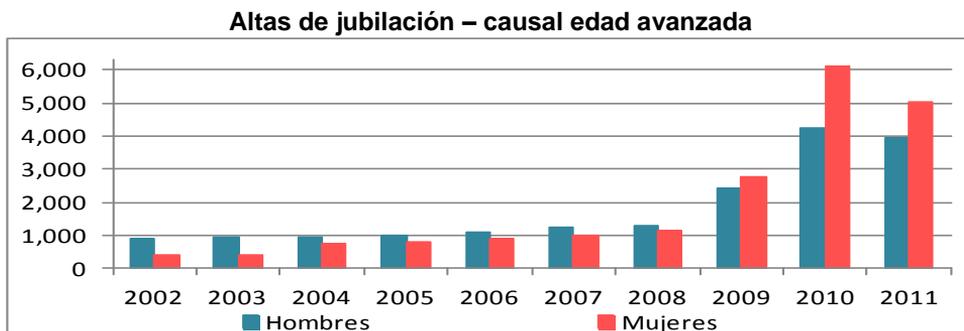
En el horizonte de estudio las altas por edad avanzada han tenido un crecimiento muy importante, pasando de 1.295 en el año 2002 a 8.976 en el año 2011, consecuencia fundamental de la gran suba que verificaron en el año 2009 (un 113% respecto al año anterior).

Si realizamos un estudio por género, se observa que las altas de jubilación por edad avanzada de los hombres representaban un 68% del total en el año 2002, pasando a representar en el año 2011 solo un 44% del total. Es decir, que el número de altas de jubilación de los hombres fue disminuyendo y el de las mujeres fue aumentando hasta llegar a ser de un 56% del total en el año 2011.

	Variación del número de altas									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	5%	0%	8%	6%	18%	4%	86%	75%	-7%
Mujeres	-	-5%	86%	7%	12%	12%	16%	143%	121%	-18%
Total	-	2%	26%	8%	8%	15%	9%	113%	100%	-14%

El crecimiento para el año 2009 vino en mayor medida desde el sexo femenino, que tuvo un incremento del 143%, en relación a un 86% del sexo masculino. Dicho crecimiento se puede explicar por la Ley de Flexibilización de acceso a las jubilaciones la cual para el año 2009 creó dos nuevas causales de jubilación: 69 años de edad y 17 años de servicio y 68 años de edad y 19 años de servicio. Y a partir de enero 2010 se agregan a las anteriores las siguientes causales: 67 años de edad y 21 años de servicio; 66 años de edad y 23 años de servicio y 65 años de edad y 25 años de servicio.

En el siguiente gráfico podemos visualizar el efecto del cambio de la estructura de las altas entre hombres y mujeres y la evolución del número de las mismas a lo largo de los años:



7.2 Evolución de la edad de retiro promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la edad de retiro promedio por sexo para la causalidad de edad avanzada para el periodo estudiado.

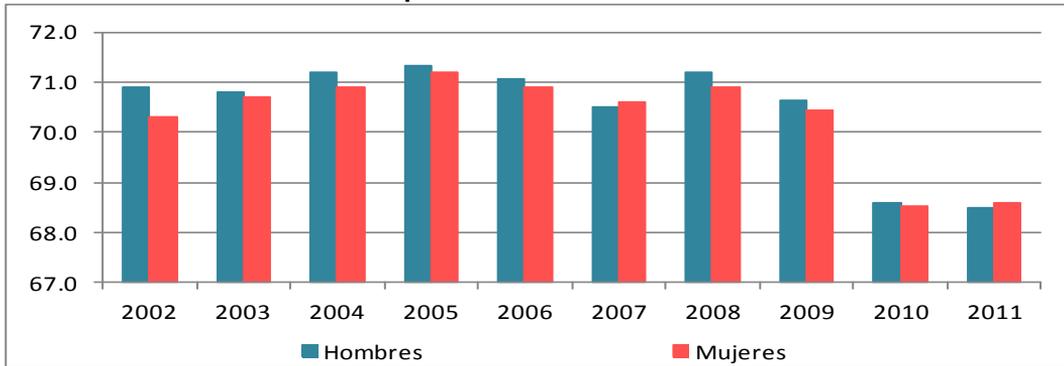
		Edad de retiro promedio									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Hombres	70.9	70.8	71.2	71.4	71.1	70.5	71.2	70.7	68.6	68.5	
Mujeres	70.3	70.7	70.9	71.2	70.9	70.6	70.9	70.5	68.5	68.6	
Total	70.7	70.8	71.0	71.3	71.0	70.5	71.1	70.6	68.5	68.6	

Con excepción del año 2007 y del último año, en que las edades de retiro promedio fueron prácticamente idénticas para ambos sexos, en todos los demás años, los hombres registran una edad algunos meses superior a la de las mujeres, dándose la mayor diferencia en el año 2002, con más de 7 meses.

En el año 2010 se produce la mayor baja de la edad de retiro promedio (2.8%). Esta disminución se puede explicar porque en el año 2009 se crearon dos nuevas causales para la jubilación por edad avanzada: 69 años de edad y 17 años de servicio y 68 años de edad y 19 años de servicio. Y a partir de enero 2010 se agregan a las anteriores las siguientes causales: 67 años de edad y 21 años de servicio; 66 años de edad y 23 años de servicio y 65 años de edad y 25 años de servicio.

		Variación de la edad de retiro promedio									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Hombres	-	-0.1%	0.6%	0.2%	-0.4%	-0.8%	1.0%	-0.8%	-2.9%	-0.1%	
Mujeres	-	0.6%	0.3%	0.4%	-0.4%	-0.4%	0.4%	-0.6%	-2.7%	0.1%	
Total	-	0.1%	0.3%	0.4%	-0.4%	-0.7%	0.8%	-0.7%	-2.8%	0.0%	

Se puede visualizar que la edad de retiro ha ido variando, teniendo su máximo en el año 2003, y mostrando bajas en los años 2006, 2007, 2009 y 2010. La edad promedio general presenta un decrecimiento de un 3% en el periodo estudiado, pasando de 70.7 años en el 2002 a 68.6 años en el 2011.

Edad de retiro promedio – causal edad avanzada

En la gráfica que antecede puede visualizarse claramente la baja de la edad de retiro promedio a partir del año 2009 explicada anteriormente.

7.2.1 Incidencia de la última reforma en la edad de retiro

Dado que la edad de retiro promedio es superior al mínimo legal exigido, nos pareció interesante hacer un análisis más detallado, considerando las edades más desagregadas y la incidencia que tuvo la Ley 18.395 en éstas.

Para el caso de los hombres, tal cual puede visualizarse en el cuadro siguiente, aquellos que se jubilan con 70 años de servicio pasan de ser un 60% en el año 2002 a casi un 16% en el año 2011.

Distribución de altas según edad de retiro

Hombres	65	66	67	68	69	70
2008	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	60.5%
2009	0.0%	0.0%	0.0%	17.1%	16.2%	30.3%
2010	18.4%	14.0%	12.3%	9.1%	7.1%	15.0%
2011	19.1%	14.0%	11.1%	8.5%	7.4%	15.9%

En el año 2009 se observa que comienzan a existir altas a los 68 y 69 años de edad, debido a la reforma explicada anteriormente. En el año 2010 comienzan a haber altas a los 65, 66 y 67 años de edad, consecuencia también de la reforma.

Distribución de altas según edad de retiro

Mujeres	65	66	67	68	69	70
2008	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%
2009	0.0%	0.0%	0.0%	17.6%	17.9%	29.1%
2010	15.7%	15.4%	14.0%	11.2%	8.1%	11.8%
2011	18.6%	13.7%	11.6%	10.3%	7.8%	11.8%

Con la distribución de las altas de las mujeres sucede lo mismo que para los hombres. Al aumentar las altas de 65 a 69 años de edad, disminuyen las altas a los 70 años de edad, pasando de un 60% en el año 2002 a casi un 12% en el año 2011.

7.3 Evolución de los años de servicio promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de los años de servicio promedio por sexo para la causal edad avanzada para el periodo estudiado.

	Años de servicio promedio									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	21.3	21.8	21.5	21.7	21.8	23.2	22.6	24.4	26.4	26.7
Mujeres	20.8	21.0	21.0	20.7	20.6	20.6	20.2	21.0	23.9	24.1
Total	21.2	21.6	21.2	21.3	21.2	21.9	21.5	22.6	24.9	25.3

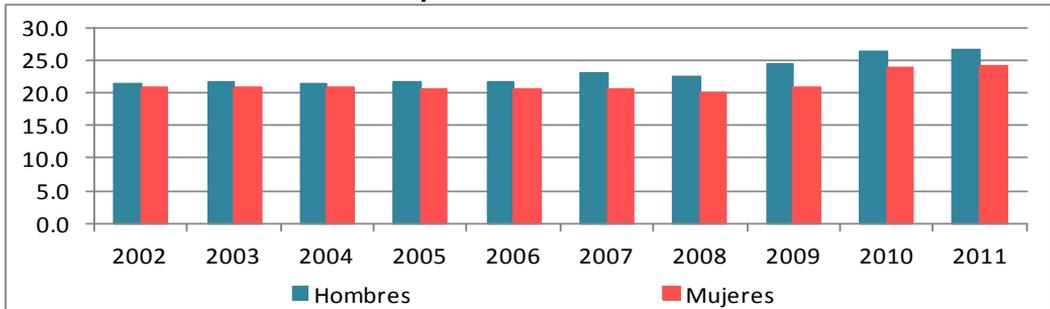
Los años de servicio promedio presentan un crecimiento de un 19% en el periodo estudiado, pasando de 21.2 años en el 2002 a 25.3 años en el 2011. Los años de servicio promedio de los hombres crecen un 25% y los de las mujeres se incrementan un 16% para todo el periodo estudiado.

Si esta evolución la analizamos por género, en todo el período de estudio, a las mujeres se le han reconocido menor cantidad de años de servicio, los mismos han oscilado entre 20.2 (para el año 2008) y 24.1 años (para el año 2011). Los hombres sin embargo, muestran guarismos que oscilan entre 21.3 años (para el año 2002) y 26.7 (para el año 2011).

	Variación de los años de servicio promedio									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	2.4%	-1.6%	1.0%	0.3%	6.8%	-2.6%	7.9%	7.9%	1.3%
Mujeres	-	0.6%	0.0%	-1.4%	-0.2%	0.1%	-2.3%	4.1%	14.1%	0.7%
Total	-	1.9%	-1.7%	0.5%	-0.5%	3.3%	-2.0%	5.2%	10.4%	1.4%

En el periodo 2002 a 2011 el mayor incremento de los años de servicio promedio se da en el año 2010 (10.4%). Este crecimiento se debe a la reforma de la Ley 18.395 que reduce la edad de retiro mínima e incrementa los años de servicio promedio, lo cual permitió jubilarse antes a muchas personas con un mayor número de años de servicio (65 años de edad y 25 años de servicio, 66 años de edad y 23 años de servicio, 67 años de edad y 21 años de servicio, 68 años de edad y 19 años de servicio y 69 años de edad y 17 años de servicio).

Años de servicio promedio – causal edad avanzada



En el gráfico anterior se observa la evolución de los años de servicio promedio y en especial el mayor número de años reconocidos para los hombres en todo el periodo analizado.

7.3.1 Análisis de los años de servicio con prueba testimonial

Veremos algunas características de los años con prueba testimonial de las altas por edad avanzada, que constituyen un 26% del total de altas del año 2011. También vamos a analizar la incidencia que tuvo la Ley 18.395 en los años de servicio con prueba testimonial.

Total	2006	2009	2010	2011
SI	655	2,107	5,592	4,480
NO	1,288	3,099	4,815	4,496
Total	1,943	5,206	10,407	8,976

Como primera característica, podemos afirmar que el 34%, 40%, 54% y 50% del total de las altas por edad avanzada de los años 2006, 2009, 2010 y 2011 respectivamente reconocen entre sus servicios años con probatoria testimonial.

Hombres					Mujeres				
	2006	2009	2010	2011		2006	2009	2010	2011
SI	351	782	1,770	1,496	SI	576	1,325	3,822	2,984
NO	1,047	1,652	2,498	2,468	NO	724	1,447	2,317	2,028
Total	1,398	2,434	4,268	3,964	Total	1,300	2,772	6,139	5,012

Las mujeres son las que utilizan más este derecho, alcanzando un 44%, un 48%, un 62% y un 60% de las altas femeninas para los años 2006, 2009, 2010 y 2011 respectivamente. Los hombres la utilizan en menor proporción: un 25%, un 32%, un 41% y un 38% respectivamente para esos años.

Analizaremos esta información, pero considerando la cantidad de años reconocidos de una u otra forma:

Total	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	14,124	29,132	89,689	69,450
Años totales	66,601	118,054	259,358	226,763
% testimonial	21.21	24.68	34.58	30.63

Si analizamos el total de años testimoniales sin hacer distinciones de género, vemos que en los años estudiados se encuentran entre el 21.2% y el 34.6% del total de años reconocidos.

Hombres	2006	2009	2010	2011	Mujeres	2006	2009	2010	2011
Años testimoniales	4,554	10,384	26,498	21,705	Años testimoniales	9,570	18,748	63,191	47,745
Años totales	35,726	59,875	112,441	105,955	Años totales	30,875	58,179	146,917	120,808
% testimonial	12.75	17.34	23.57	20.49	% testimonial	31.00	32.22	43.01	39.52

Haciendo una distinción por género de la cantidad de años testimoniales en el total de altas se observa que, las femeninas son mayores en los años estudiados, alcanzando su mayor valor en el año 2010 con 43% del total de años reconocidos. Mientras que las altas testimoniales masculinas alcanzan su mayor valor también en el 2010 con 23.6% del total de años reconocidos.

Si consideramos estos valores en términos absolutos para el año 2011, para el caso de las altas totales por edad avanzada, de un promedio total de veinticinco años y cuatro meses reconocidos, con prueba testimonial tendrían siete años y nueve meses.

Para la causal edad avanzada, en el periodo 2009 - 2011 (años en que está vigente la Ley 18.395), el número de jubilados que utilizan la prueba testimonial para el reconocimiento de años de servicio es mayor que para los años previos a la reforma. También la proporción de años de servicios reconocidos mediante este mecanismo en ese periodo es mayor que para los años previos a la reforma.

Existe una alta incidencia de este tipo de mecanismo para el caso de las jubilaciones con causal edad avanzada.

7.4 Evolución de la tasa de reemplazo promedio

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la tasa de reemplazo promedio por sexo para la causal edad avanzada para el periodo estudiado.

Tasa de reemplazo promedio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	56.1	57.1	57.4	58.2	59.4	59.8	56.3	56.7	55.5	55.9
Mujeres	53.9	55.8	55.0	55.3	56.2	55.7	54.8	54.5	54.0	54.3
Total	56.1	56.4	56.1	56.2	56.0	56.0	55.6	55.6	54.7	55.0

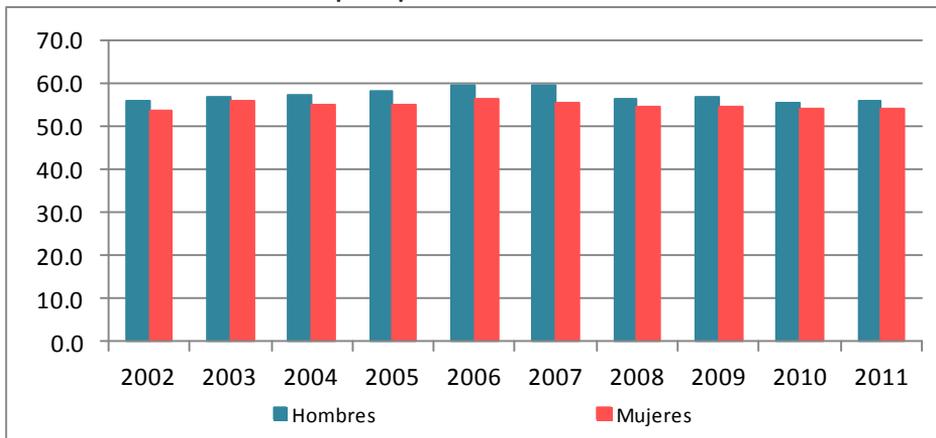
En promedio, la tasa de reemplazo oscila entre 54.7 (año 2010) y 56.4 (año 2003), siendo siempre superiores por lo menos un punto porcentual la de los hombres que la de las mujeres, como consecuencia de mayores edades de retiro y mayores años de servicio reconocidos.

Variación de la tasa de reemplazo promedio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hombres	-	1.7%	0.6%	1.4%	2.1%	0.5%	-5.7%	0.7%	-2.1%	0.6%
Mujeres	-	3.5%	-1.5%	0.5%	1.8%	-1.0%	-1.6%	-0.4%	-0.9%	0.5%
Total	-	0.5%	-0.4%	0.1%	-0.3%	0.0%	-0.7%	-0.1%	-1.6%	0.6%

En el periodo 2002 a 2011 la mayor baja de la tasa de reemplazo promedio se da en el año 2010 (1.6%). En este resultado incide con más fuerza la baja de la tasa de reemplazo promedio de los hombres en un 2.1%. Este decrecimiento se debe a la reforma de la Ley 18.395 que reduce la edad de retiro mínima pero incrementa los años de servicio mínimos necesarios, la cual permitió jubilarse antes a muchas personas pero con una menor tasa.

Tasa de reemplazo promedio – causal edad avanzada



En la gráfica se observa que la tasa de reemplazo promedio de los hombres es mayor a la de las mujeres en todo el periodo.

8. Consideraciones finales

Luego de realizar el análisis de la evolución de las principales características de las altas de jubilación por invalidez, vejez y edad avanzada para los años 2002 a 2011, parece importante resumir brevemente los principales resultados obtenidos.

Sin realizar una distinción por género, vemos que en el año 2007 las altas por invalidez, vejez y edad avanzada representaban un 14%, un 66% y un 20% del total de altas respectivamente. Sin embargo en el año 2011 se incrementan las altas por edad avanzada a un 26% del total y las altas por vejez pasan a representar un 59% del total.

Las altas de jubilación totales se han triplicado en el periodo de estudio, pasando de 11.200 altas en el año 2007 a 34.056 en el año 2011. Sin embargo este crecimiento no ha sido constante. Hubo un crecimiento de un 22% en el año 2008, de un 100% en el año 2009 y de un 32% en el año 2010, mientras que en el 2011 se verificó un descenso de un 6% respecto al año anterior.

Analizando la evolución las altas de jubilación por causal para el periodo 2002 – 2011 se observa lo siguiente:

- Las altas de jubilación por invalidez tienen su mayor crecimiento en el año 2010 y siguen creciendo en el año 2011 pero a menor ritmo.
- Tanto en la causal vejez como edad avanzada, el número de altas tiene su mayor incremento en el año 2009, luego siguen creciendo hasta el año 2010 pero a tasas decrecientes, y en el año 2011 comienzan a disminuir.

Este comportamiento se explica por la entrada en vigencia de la Ley 18.395 en el año 2009, la cual flexibilizó las condiciones de acceso a las jubilaciones para estas causales. En el primer año de entrada en vigencia de la ley, se jubilaron muchas personas que antes no hubieran podido hacerlo por no cumplir con las condiciones mínimas y otras tantas adelantaron su retiro, pero esta situación con el correr del tiempo va decreciendo.

La edad de retiro promedio para las causales vejez y edad avanzada tiene su mayor variación en el año 2009, analizando más en detalle se observa lo siguiente:

- En ambos casos, la edad media es superior a la edad mínima exigida.
- Si comparamos las edades de retiro promedio de cada año y para ambas causales, en todos los casos los hombres se retiran con edades algo superiores a las mujeres. Para las altas por edad avanzada la diferencia es menor.

En el caso de las altas de jubilación por vejez, la edad de retiro promedio mayor fue de 63.2 años en el 2009 pasando a 62.8 años en el 2011. En el año 2009, las personas que (cumpliendo con el mínimo legal exigido de 60 años de edad), seguían en actividad para poder llegar a los 35 años de servicio (mínimo exigido por la Ley 16.713), pudieron jubilarse antes al disminuir dicho mínimo a 30 años de servicio.

En el caso de las altas de jubilación de edad avanzada, la edad de retiro promedio comenzó a disminuir a partir del año 2009 pasando de 70.6 años a 68.6 en el año 2011. Esta disminución se puede explicar porque en el año 2009 se crearon dos nuevas causales: 69 años de edad y 17 años de servicio y 68 años de edad y 19 años de servicio.

Y a partir de enero 2010 se agregan a las anteriores las siguientes causales: 67 años de edad y 21 años de servicio; 66 años de edad y 23 años de servicio y 65 años de edad y 25 años de servicio. Esta situación provoco el incremento del número de altas pero con una menor edad de retiro.

Desde el punto de vista de los años reconocidos, en ambas causales (vejez y edad avanzada) el tiempo es superior al mínimo exigido. También en este caso se da que los hombres reconocen más años que las mujeres.

Para el caso de la causal por vejez, el promedio de años de servicio reconocidos tiene su mayor descenso en el año 2009 (6%), pasando de 39.3 años de servicio en el 2008 a 37 años de servicio en el 2009. Para el año 2011, el promedio es de 36.8 años de servicios reconocidos. Como ya se explico anteriormente los años de servicio mínimos exigidos por ley pasaron de 35 a 30 años, lo que podría ser la causa de dicha tendencia decreciente.

En el caso de edad avanzada, el promedio de años de servicio reconocidos tiene su mayor incremento en el año 2010 (10.4%), pasando de 22.6 años de servicio en el 2009 a 24.9 años de servicio en el 2010. Para el año 2011, el promedio es de 25.3 años de servicios reconocidos. Esto sería consecuencia del incremento de los años de servicio mínimos exigidos por la nueva ley para esta causal.

Tomando ambos elementos en cuenta, edad y años de servicio reconocidos, vemos que los hombres en promedio se retiran más tarde que las mujeres y reconocen más años de trabajo.

Considerando las tasas de reemplazo que obtienen las altas por vejez y edad avanzada, ambas superan el mínimo.

Analizando la evolución de la tasa de reemplazo para la causal vejez, se observa que la misma tiene su mayor descenso en el año 2009 (más de 2 puntos porcentuales), pasando de 59.8% en el año 2008 a 57.5% en el año 2009. Para el año 2011, el promedio es de 56.2%.

En el caso de la evolución de la tasa de reemplazo para la causal edad avanzada, se observa que la misma tiene su mayor descenso en el año 2010 (casi un punto porcentual), pasando de 55.6% en el 2009 a 54.7% en el 2010. Para el año 2011, el promedio es de 55%.

Ambos decrecimientos se deben a la reforma de la Ley 18.395 que reduce los años de servicio promedio y proporcionalmente la tasa de reemplazo, la cual permitió jubilarse antes a muchas personas pero con una menor tasa (30 años de servicio 45% de tasa, 35 años de servicio 50% de tasa).

También en ambos casos las tasas de los hombres son mayores a las de las mujeres, esta tendencia es predecible, dado los resultados obtenidos en el estudio por edad y años de servicio reconocidos.

Pareció importante analizar la evolución de los años de servicios reconocidos mediante el mecanismo de prueba testimonial, haciendo hincapié en la incidencia que tuvo la reforma de la ley 18.395 en los mismos.

Para la causal invalidez, si analizamos el total de años testimoniales, vemos que se encuentran entre el 5.3% y el 6.5% del total de años reconocidos. Si bien existe una leve tendencia a incrementar la utilización de la prueba de años de servicios mediante testigos, es clara la baja incidencia de este tipo de mecanismo para el caso de esta causal.

Para la causal vejez, si bien existe una tendencia a disminuir la utilización de la prueba de años de servicios mediante testigos, su incidencia es alta. Si analizamos el total de años testimoniales sin hacer distinciones de género, vemos que se encuentran entre el 14.7% y el 20.3% del total de años reconocidos.

Para la causal edad avanzada, existe una tendencia a incrementar la utilización de la prueba de años de servicios mediante testigos en los años posteriores a la reforma. Es importante destacar que, es para esta causal donde el mecanismo de reconocimiento de años de servicio mediante prueba testimonial tiene su mayor peso dado que si analizamos el total de años testimoniales sin hacer distinciones de género, vemos que se encuentran entre el 21.2% y el 34.6% del total de años reconocidos.

Como consideración final es evidente la incidencia de la reforma de la Ley de Flexibilización en el número de altas y en los parámetros asociados a ellas. Este efecto se visualiza con mayor intensidad en el año 2009 (año de comienzo de la aplicación de dicha ley), pero se ve disminuido en los años siguientes (2010 y 2011), teniendo los parámetros una tendencia a volver a los niveles previos a la reforma.

SUBSIDIO POR DESEMPLEO

**Análisis por Actividad y por Departamento
2011/2010**

Cr. Alex Fernández

SUBSIDIO POR DESEMPLEO

ANÁLISIS POR ACTIVIDAD Y POR DEPARTAMENTO 2011/2010

I. Introducción

En el presente trabajo se analiza la evolución del subsidio por desempleo a lo largo del año 2011 y su variación respecto al 2010.

En primera instancia se realiza una breve descripción del subsidio, cómo se financia y a quiénes da cobertura.

Posteriormente se analizan las características de los beneficiarios del subsidio de 2010 a 2011, respecto a sus aspectos más importantes en lo que refiere a su evolución anual y mensual, así como las variables que inciden en esta evolución.

Luego se realiza un estudio por actividad, analizando la relación entre las actividades y la evolución del subsidio por tipo de actividad. Se intentará reconocer fenómenos de la economía mediante un análisis de la composición del subsidio por actividades.

Asimismo, se analizará el número de beneficiarios del subsidio desagregado por zona geográfica.

II. Régimen Legal, Financiamiento y Cobertura

El subsidio por desempleo está regido por la Ley 18.399 que modifica el decreto - Ley 15.180.

Artículo 1° La prestación por desempleo consistirá en un subsidio mensual en dinero que se pagará proporcionalmente a los días de desempleo dentro del correspondiente mes del año, a todo trabajador comprendido en el presente decreto-ley, que se encuentre en situación de desocupación forzosa no imputable a su voluntad o capacidad laboral.¹

Las causales del subsidio por desempleo son: “**despido**”, “**suspensión**” y “**reducción**” de las jornadas de trabajo en el mes o en las horas trabajadas en un porcentaje de un 25% o más.²

El subsidio por desempleo se financia a través de impuestos afectados y contribuciones provenientes de Rentas Generales. Por lo que esta prestación se denomina como no contributiva debido a que no es financiada a través de cotizaciones personales o patronales.

Partiendo de esta definición se puede concluir que existen dos variables de la economía que condicionan la cantidad de subsidios: los cotizantes privados que es la población protegida por el beneficio, la tasa de desempleo pues dentro de la población desempleada

¹ Artículo 1° Ley 18.399 que Modifica el Artículo 2 del Decreto Ley 15.180

² Artículo 1° Ley 18.399 que Modifica el Artículo 5 del Decreto Ley 15.180

se encuentra como subgrupo la población con derecho al subsidio. La excepción serían los subsidios por desempleo con causal "reducción" que formaría parte de un desempleo parcial.

Los requisitos para acceder al subsidio por desempleo³ son, para trabajadores con aportación de Industria y Comercio mensuales, haber permanecido como mínimo en Planilla de Trabajo de una o varias empresas, 180 días continuos o no, en los 12 meses previos a configurar causal. Los jornaleros deben haber computado en el mismo plazo y condiciones, 150 jornales; y si se trata de trabajadores con remuneración variable (destajistas, etc.) haber percibido un mínimo de 6 BPC.⁴

Los requisitos para trabajadores con aportación rural mensuales son: haber permanecido como mínimo en planilla de trabajo de una o varias empresas, 360 días continuos o no en los 24 meses previos a configurar causal. Los jornaleros con aportación rural deben haber computado en el mismo plazo y condiciones, 250 jornales y si se trata de trabajadores con remuneración variable (destajistas), haber percibido un mínimo de 12 BPC.⁴

Finalmente para los trabajadores del servicio doméstico mensuales, deben tener registrado como mínimo 6 meses en los últimos 12 meses, o en su defecto, 12 meses en los últimos 24 meses. Si percibe remuneración por día o por hora, 150 jornales en los últimos 12 meses, o en su defecto, 250 jornales en los últimos 24 meses.

El periodo de amparo para trabajadores despedidos es hasta 6 meses de subsidio o 72 jornales según el tipo de remuneración y para trabajadores suspendidos hasta 4 meses de subsidio o 48 jornales según el tipo de remuneración. En caso de despido de trabajadores con 50 años o más al momento de configurarse la causal tendrán derecho a una extensión de 6 meses o 72 jornales.

III. Evolución Anual del Subsidio por Desempleo

Para el año 2011 el subsidio por desempleo tuvo un aumento del 3% en el promedio mensual de beneficiarios. Este se compone de un aumento del 2.7% de los beneficiarios en Montevideo y del 3.2% en el Interior del país.

Evolución del Subsidio por desempleo 2010/2011

	2010	2011	Variación
Montevideo	11,049	11,343	2.7%
Interior	14,407	14,872	3.2%
Total país	25,456	26,215	3.0%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

³ Artículo 1° Ley 18.399 que Modifica el Artículo 7 del Decreto Ley 15.180

⁴ Valor BPC a partir de enero del 2012 § 2.417

Si analizamos esta evolución, pero atendiendo a la causal y no a la zona geográfica, llegamos a lo siguiente:

Evolución del subsidio por causal 2010/2011

	2010	2011	Variación
Despido	18,924	18,900	0%
Reducción	558	1,046	87%
Reducción (Multiempleo)	261	252	-4%
Suspensión	5,713	6,018	5%
Total por causal	25,456	26,215	3%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

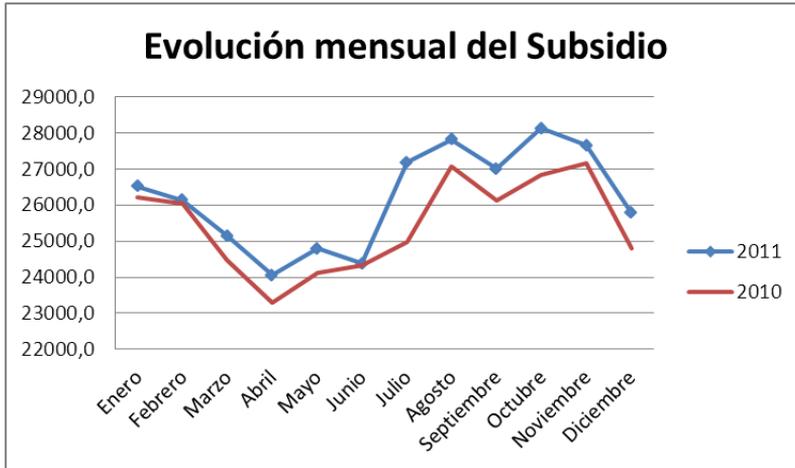
La causal que presenta una variación mayor es la causal “reducción” seguida por la causal “suspensión”. Ambas causales están relacionadas con la disminución de la actividad económica de la empresa.

El subsidio por desempleo es una prestación que se caracteriza por tener importantes variaciones mensuales a lo largo del año generado por estacionalidad y zafralidad de las distintas actividades. Debido a esto es que debemos observar el promedio de la cantidad de beneficios en forma mensual para entender mejor el comportamiento de la misma. La dispersión de una variable se puede observar mediante su coeficiente de variación⁵, el coeficiente de variación en el 2011 del subsidio por desempleo es de 0.05314, solo a vía de ejemplo, el coeficiente de los cotizantes dependientes privados 2011 es de 0.01735 y el coeficiente de jubilados 2011 es de 0.00981. Como vemos el coeficiente de variación es tres veces mayor en el subsidio de desempleo en relación al coeficiente de cotizantes y cinco veces superior al de jubilados. Esto se debe al comportamiento del subsidio de desempleo que tiene mucha menor estabilidad a lo largo del año que prestaciones relativamente estables como las jubilaciones.

Esta variación importante a lo largo del año es generada por fenómenos económicos como estacionalidad de algunas actividades y aumentos generados por algún problema coyuntural en algún sector de la economía.

⁵ El coeficiente de variación se calcula mediante la división entre el desvío estándar y la media. Nos es útil para comparar la variación entre variables con medidas y magnitudes distintas.

$$\text{Coef Var} = \frac{\text{Desvío estándar}}{\text{Media}} = \frac{\sigma}{\bar{x}}$$



Como observamos gráficamente en el año 2011 el subsidio es siempre superior al 2010 pero como característica, podemos afirmar que tienen comportamientos relativamente similares.

Para comprobar la correlación entre los valores durante 2011 y 2010 podemos calcular el coeficiente de correlación lineal⁶ entre los mismos. El coeficiente de correlación entre los 12 meses del 2011 y los 12 meses del 2010 es 0.91, un valor muy cercano a 1, lo que demuestra la fuerte correlación lineal entre los dos años. Esta correlación sería consecuencia de que las variaciones del subsidio son fuertemente condicionadas a fenómenos estacionales.

El subsidio tiene una asociación muy importante a algunas actividades que incrementan la cantidad de trabajadores al subsidio en la medida que disminuye su actividad. Estos fenómenos de la economía marcan la evolución mensual de la cantidad de beneficiarios del subsidio por desempleo.

IV. Subsidio por Desempleo por tipo de Actividad

La clasificación por actividad agrupa los beneficios según la actividad de la empresa en la que trabaja el beneficiario del subsidio al momento de generar causal.

⁶ *Coficiente de correlación Lineal de Pearson: mide la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. Se calcula dividiendo la covarianza de dos variables por el producto de sus desviaciones estándar.*

$$\text{Coef Correl} = \frac{\text{Covarianza}(x,y)}{\text{Desvio}(x) \times \text{Desvio}(y)} = \frac{\sigma_{2010,2011}}{\sigma_{2010} \times \sigma_{2011}}$$

Beneficiarios desempleo por Tipo de Actividad (CIU Rev.4)

	Actividad	2011	%
A	Producción agropecuaria, forestación y pesca	2,712	10.3%
B	Explotación de minas y canteras	49	0.2%
C	Industrias Manufactureras	6,868	26.2%
D	Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	9	0.0%
E	Suministro de agua; alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento	195	0.7%
F	Construcción	5,141	19.6%
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de los vehículos de motor y de las motocicletas.	3,546	13.5%
H	Transporte y almacenamiento	1,180	4.5%
I	Alojamiento y servicios de comida	804	3.1%
J	Informática y comunicación	333	1.3%
K	Actividades financieras y de seguros.	122	0.5%
L	Actividades inmobiliarias	712	2.7%
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	806	3.1%
N	Actividades administrativas y servicios de apoyo	663	2.5%
O	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria.	289	1.1%
P	Enseñanza	378	1.4%
Q	Servicios sociales y relacionados con la Salud humana.	442	1.7%
R	Artes, entretenimiento y recreación	205	0.8%
S	Otras actividades de servicio	717	2.7%
T	Actividades de los hogares en calidad de empleadores, actividades indiferenciadas de producción de bienes y servicios de los hogares para uso propio.	961	3.7%
U	Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	3	0.0%
V	Otros	81	0.3%
	Total actividad	26,215	

Beneficiarios promedios Mensual 2011, valores sin reliquidación

La **Industria Manufacturera** tiene una incidencia muy importante representando un 26.2%, más de la cuarta parte de los beneficiarios que generan su derecho en dicho sector. La **Construcción** la sigue en importancia con casi un 20% de los beneficios, mientras que el **Comercio** agrupa un 13.5%.

Se puede observar a partir de la composición del subsidio desagregado por actividad que existen grandes agregaciones de actividad que concentran la mayoría de los subsidios. Si sumamos las 5 agregaciones de actividades que reportaron mayor cantidad de beneficios estas concentran el 74.2 % de la totalidad de los beneficios por desempleo en el 2011. Por esta razón, vamos a agrupar las otras actividades como "**Otras actividades**" para concentrarnos en el estudio de las actividades que mayor incidencia tienen en el subsidio.

Actividad	2010	2011	Variaciones
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de los vehículos de motor y de las motocicletas.	3,537	3,546	0.25%
Construcción	5,737	5,141	-10.39%
Industrias Manufactureras	6,081	6,868	12.95%
Producción agropecuaria, forestación y pesca	2,504	2,712	8.29%
Transporte y almacenamiento	1,161	1,180	1.67%
Otras actividades	6,436	6,768	5.15%
Total actividad	25,456	26,215	2.98%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

Analizando el cuadro con las variaciones de las principales actividades se observa que existe un aumento de casi el 13% en los beneficiarios de **la Industria Manufacturera**, un aumento del 8% de los beneficiarios asociados a la **Producción agropecuaria, forestal y pesca** mientras que los subsidios asociados a la **Construcción** disminuyeron un 10% en el promedio del año 2011 respecto al 2010.

IV. 1. Industria Manufacturera

Para analizar la evolución del el subsidio en la industria Manufacturera vamos a bajar 2 niveles en el código CIIU y así buscar las actividades principales dentro de dicha actividad.

En el siguiente cuadro se realiza la desagregación agrupando todas las actividades que representan menos del 2% en la estructura total de la Industria como **Otras actividades de la industria Manufacturera**.

Industria Manufacturera			Estructura
	2010	2011	2011
Matanza de ganado vacuno, ovino, porcino y equino distinta de la realizada por los frigoríficos. (Abasto)	962	1,154	17%
Elaboración de fiambres y chacinados	316	745	11%
Elaboración de productos lácteos en general	220	223	3%
Elaboración de pan, productos panificados en forma tradicional	294	293	4%
Elaboración de otros productos alimenticios n.c.p.	113	117	2%
Tejeduría de productos textiles	233	258	4%
Fabricación de prendas de vestir exteriores, excepto prendas de piel	213	221	3%
Curtido y adobo de cueros; adobo y teñido de pieles	342	359	5%
Fabricación de calzado	59	104	2%
Aserrado, cepillado y trabajo a máquina de la madera.	98	128	2%
Otras actividades de impresión, grabación y reproducción, excepto serigrafía sobre textiles	73	107	2%
Fabricación de productos de plástico para la construcción	203	304	4%
Fabricación de otros productos de cerámica y porcelana	695	591	9%
Fabricación de vehículos automotores	59	117	2%
Otras actividades de la industria Manufacturera	2,201	2,149	31%
Total industria Manufacturera	6,081	6,868	100%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

La actividad de mayor significación dentro de esta clasificación es la **Matanza de ganado**, esta representa un 17% del total de la industria Manufacturera y además verificó un aumento del 20% en el 2011 respecto al 2010.⁷

La actividad de **Fiambres y chacinados** representa un 11% en la estructura de la industria Manufacturera y tuvo un crecimiento muy importante en el 2011 con un aumento del 136% que analizaremos más adelante.

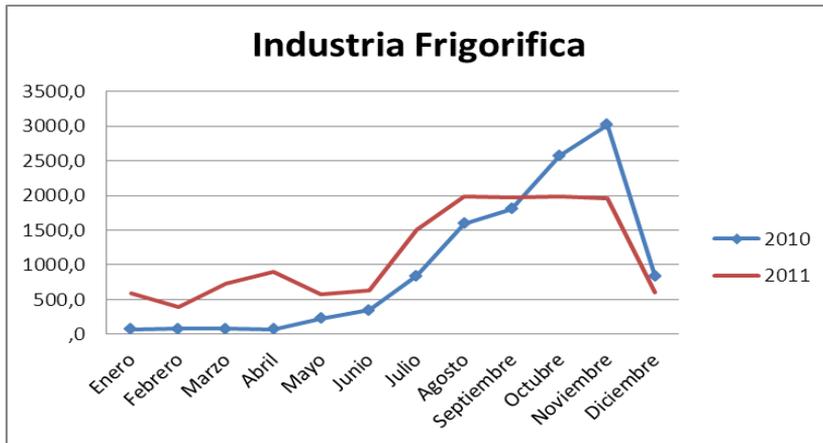
La Fabricación de otros productos de cerámica y porcelana representa un 9 % de los subsidios de la industria manufacturera aunque tuvo en el 2011 una disminución del 15%.

Esta última actividad está compuesta mayoritariamente por los beneficiarios de la empresa Metzen y Sena por lo que sus ex empleados recibieron el subsidio tanto en el 2010 como en el 2011 debido a extensiones otorgadas.⁸

Matanza de ganado tiene una fuerte estacionalidad relacionada con fenómenos biológicos y climáticos. La faena disminuye debido a una escasez de oferta de ganado listo para faenar. Esto generó que en el 2010 y en el 2011 se realizaran envíos masivos al subsidio por desempleo de Julio a Noviembre. Si bien el promedio del año 2011 fue mayor a 2010 la mayor cantidad de subsidios se alcanzó en el mes de noviembre del 2010 con 3.019 beneficios pagados en dicha actividad.

⁷ Decreto 171/011 Establece un régimen especial de desempleo a los trabajadores de la industria frigorífica.

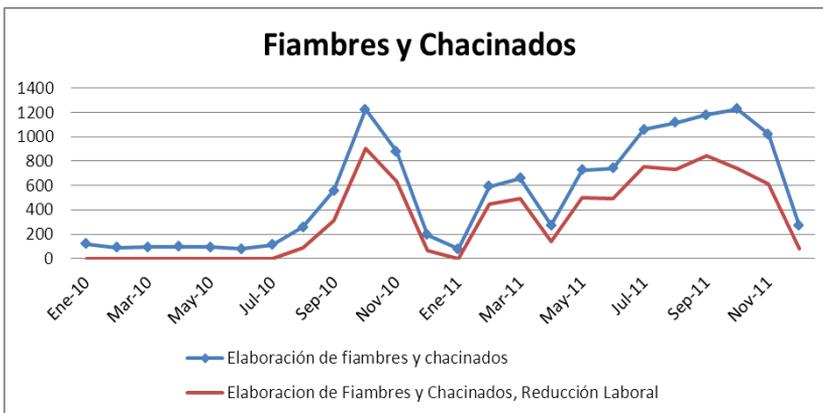
⁸ La empresa Metzen y Sena se encuentra en proceso concursal y existe en el parlamento un proyecto con el fin de mantener la cobertura de los trabajadores con un régimen especial



En esta actividad se observó en el año 2011 un predominio de la causal “reducción” con un 40% y de la causal “suspensión” con un 44% de los subsidios. Esto nos demuestra que una parte importante de los beneficiarios del subsidio de esta actividad continúan el vínculo laboral ya sea por continuar trabajando en horario reducido o siguen vinculados a la empresa para ser retomados posteriormente al encontrarse en régimen de suspensión.

La actividad de **Elaboración de fiambres y chacinados** aumentó en un 136% los beneficios mensuales promedio respecto a 2010, el sector está muy relacionado con la actividad Matanza de ganado y se ve afectado con la disminución de la faena, generando una caída de la actividad y el envío de trabajadores al seguro de paro.

La grafica que se adjunta describe el comportamiento del subsidio entre los años 2010 y 2011, comparando el total del subsidio y del subsidio con causal Reducción Laboral.



Si observamos en la grafica los mayores valores se registran en los meses de Octubre y Noviembre tanto en el 2011 como en 2010. La diferencia entre 2011 y 2010 es causada por un envío importante de trabajadores al subsidio a partir de Mayo 2011.

La grafica muestra como los beneficiarios del subsidio y sus variaciones son explicadas en gran medida por la variación de la causal “reducción laboral”, que no implica una pérdida de empleos sino una reducción de la actividad habitual de más de un 25%. La brecha entre el total de los subsidios y la causal “reducción” se mantiene durante 2010 y 2011 salvo en el último semestre del 2011 en donde aparece un número importante de envíos con causal suspensión.

La “reducción” totalizó un 65 % de los beneficios pagados durante 2011 en la actividad **Fiambres y Chacinados** mientras que la causal “Suspensión” representó un 26% de los mismos.

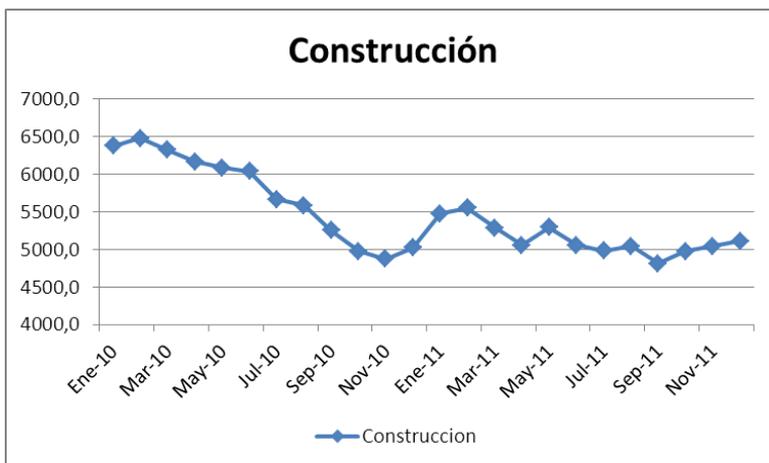
IV. 2 Construcción

La agrupación de actividades de la **construcción** tuvo una disminución en el año 2011 respecto al 2010 de un 10 %. La actividad más significativa dentro de la agrupación es la **Construcción de obras de arquitectura** que registró una caída del 9%.

	2010	2011	Estructura 2011
Construcción de obras de arquitectura	4,761	4,309	84%
Ingeniería Civil	154	181	4%
Construcción de infraestructura de transporte	219	134	3%
Instalación eléctrica y de comunicaciones	225	179	3%
Pintado y empapelado de edificios	118	115	2%
Otras construcción	260	223	4%
	5,737	5,141	100%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

La evolución de la agrupación de actividades Construcción durante los años 2010/2011 se puede ver claramente a través de la siguiente grafica:



El sector de la construcción comenzó con una disminución de los beneficiarios desde el mes de Marzo hasta Noviembre del 2010, allí el subsidio alcanzo su menor nivel en los dos años (4.877 beneficiarios). Posteriormente estabiliza su caída y se mantiene por debajo de los 6000 beneficiarios durante todo el 2011.

Respecto a las causales, “Despido” fue la causal predominante con un 88% en el total de los subsidios.

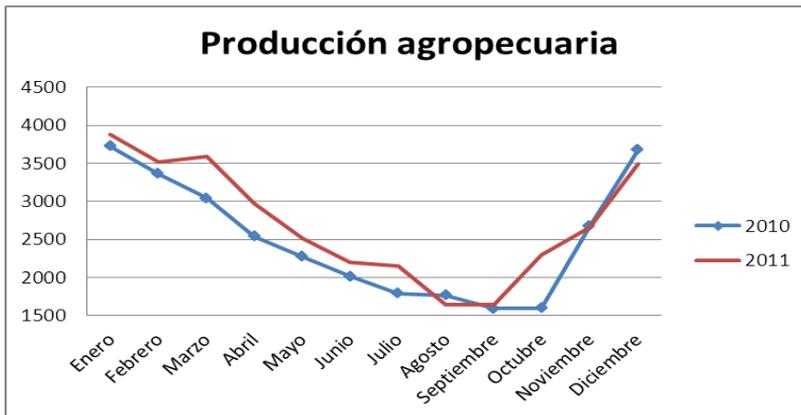
IV. 3. Producción Agropecuaria, Forestal y Pesca

La agrupación **Agropecuaria, Forestal y Ganadera** constituyó en el 2011 un 10.35% de la totalidad del subsidio por Desempleo. Comparativamente con el 2010 tuvo una variación de un 8,29% de beneficios mensuales promedio.

Producción Agropecuaria, Forestal y pesca	2010	2011	Estructura 2011
Cultivo de cereales (excepto arroz), legumbres y semillas oleaginosas	744	728	27%
Cultivo de frutas cítricas	220	292	11%
Otras producciones de ganados vacunos no incluidas en las anteriores.	403	346	13%
Explotación agropecuaria mixta	246	229	8%
Servicios de provisión de maquinaria agrícola con operarios y personal.	333	311	11%
Explotación de bosques	119	196	7%
Otras actividades agropecuarias	441	611	23%
	2,504	2,712	100%

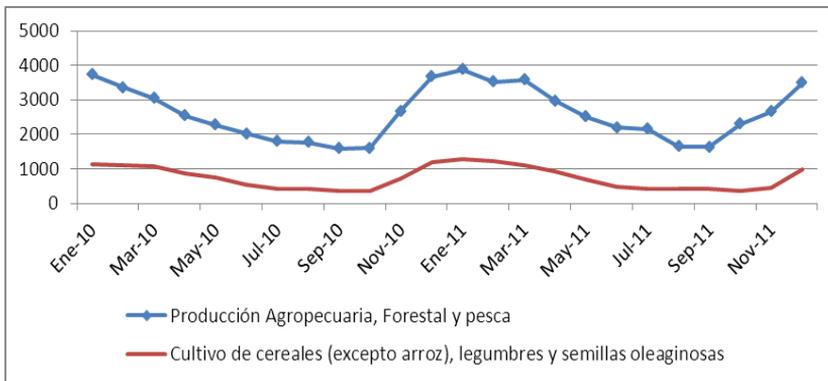
Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

Dentro de la agrupación **Producción agropecuaria, forestal y pesca** la actividad **Cultivo de cereales** representa el 27% de la agrupación en el 2011, la sigue la **actividad ganadera** con un 13%, **Provisión de maquinaria** y **cultivos de frutas cítricas** ambas con un 11%.

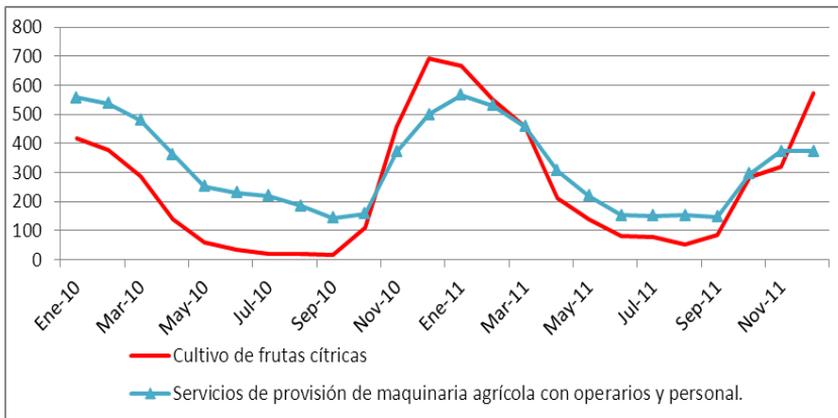


En la producción agropecuaria tienen fuerte incidencia los fenómenos estacionales del sector es así que si observamos el comportamiento de la cantidad de subsidios en el 2010 y en el 2011 tienen importantes similitudes. El coeficiente de correlación entre los valores de 2011 y los valores del 2010 es 0,9424. Tanto la gráfica como el coeficiente de correlación muy cercano a 1 reconocen la incidencia de factores de la economía y la producción que repercuten de forma muy similar en la cantidad de subsidios de esta agrupación de actividades del sector agropecuario.

La actividad **cultivo de cereales** tiene un comportamiento muy parecido al que describe **Producción Agropecuaria total**, también tiene un alto coeficiente de correlación 0,9444 entre 2011 y 2010 describiendo los movimientos estacionales del sector agropecuario.

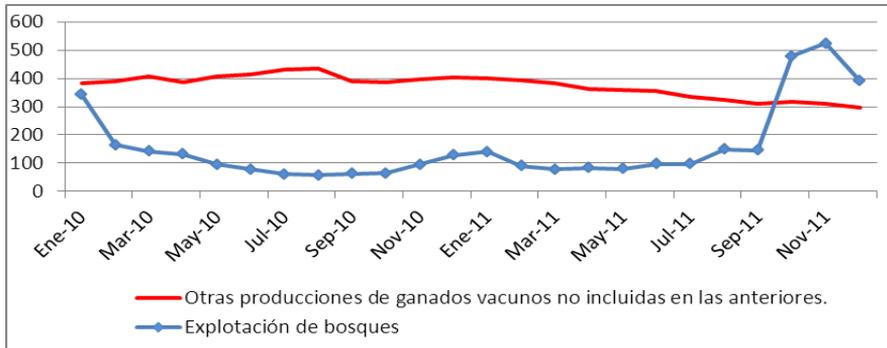


Para analizar el comportamiento del resto de las actividades de la agrupación **Agropecuaria, Forestal, Ganadera y pesca** graficamos la evolución del subsidio en forma mensual de las actividades.



En la grafica se observa como la actividad de cultivo de **Frutas cítricas** y **Servicios de provisión de maquinaria agrícola** tienen un comportamiento muy similar al comportamiento anual de la actividad **Cultivo de cereales**. Estas actividades registraron

una clara incidencia de factores climáticos y naturales que inciden dada las características de la actividad.



Al contrario de las anteriores actividades analizadas tanto la **Explotaciones de Bosques** como la actividad **Otras producciones de ganados vacunos** no presentan la estacionalidad marcada en las anteriores actividades.

En lo que refiere al análisis por causales del total de las actividades agropecuarias, se observó que durante el año 2011 la causal de más peso dentro de esta agrupación de actividades es la causal “despido” ya que representa el 80% de los subsidios por desempleo de la misma.

IV. 4 – Comercio

La agrupación **Comercio** tiene sus actividades muy desagregadas, siendo el **Comercio al por menor en hipermercados** la más importante con el 9% de la agrupación.

Comercio, prácticamente mantuvo un promedio anual general de los subsidios similares al 2010. Sin embargo, si miramos los distintos tipos de actividades incluidas, algunas aumentaron y otras disminuyeron, variaciones que en el total se vieron compensadas.

Comercio	2010	2011	Estructura 2011
Importadores de vehículos automotores: comercio al por mayor de vehículos automotores	86	81	2%
Comercio al por menor de vehículos nuevos	79	68	2%
Mantenimiento y reparación mecánica y eléctrica de vehículos	111	117	3%
Comercio al por mayor de granos, semillas y frutas oleaginosas	60	76	2%
Comercio al por mayor de comestibles, excepto carnes.	240	218	6%
Comercio al por mayor de textiles	121	122	3%
Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, veterinarios, de tocador y cosméticos	58	66	2%
Comercio al por mayor de artículos de papelería, libros y periódicos	51	56	2%
Comercio al por mayor de materiales de construcción	60	75	2%
Otro comercio al por mayor de artículos de ferretería y calefacción.	107	108	3%
Comercio al por mayor no especializado de otros productos.	319	295	8%
Comercio al por menor en hipermercados	362	311	9%
Comercio al por menor en supermercados	71	66	2%
Comercio al por menor en mini mercados	108	126	4%
Comercio al por menor de diarios, revistas, tabacos, golosinas, etc. en almacenes no especializados: Kioscos.	102	83	2%
Comercio al por menor de carne y menudencias	120	121	3%
Comercio al por menor de combustible para vehículos en almacenes especializados.	153	146	4%
Comercio al por menor de textiles en almacenes especializados.	256	239	7%
Comercio al por menor de electrodomésticos y accesorios	103	115	3%
Comercio al por menor de bicicletas	107	89	2%
Comercio al por menor de productos farmacéuticos, de droguería y homeopatía	125	114	3%
Otros Comercio	736	858	24%
	3,537	3,546	100%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

La principal causal en esta actividad ha sido “Despido” con un 84% de los subsidios seguida por la causal “Suspensión” con un 15%.

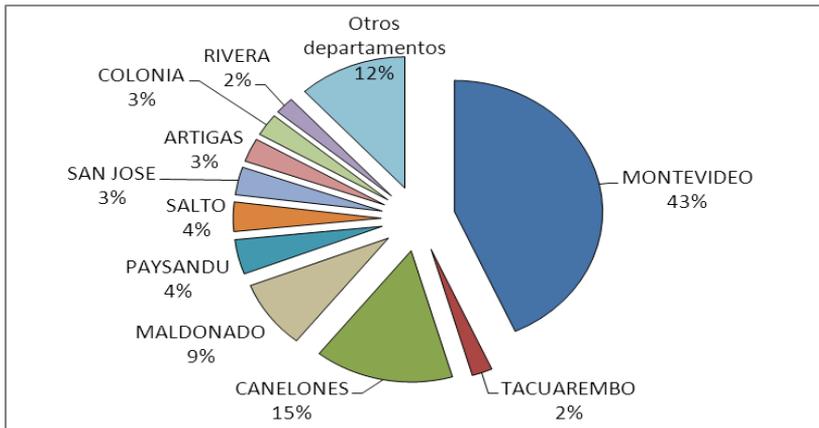
V. Subsidio de Desempleo por Departamento

Pareció interesante analizar el subsidio por desempleo agrupado por departamento, para de esta manera observar la estructura del beneficio en todo el país y además los fenómenos coyunturales que inciden más fuertemente en los departamentos.

Departamentos	2010	2011	Variación
MONTEVIDEO	11,049	11,343	3%
ARTIGAS	829	762	-8%
CANELONES	3,827	3,977	4%
CERRO LARGO	427	518	21%
COLONIA	1,079	720	-33%
DURAZNO	345	269	-22%
FLORES	132	130	-2%
FLORIDA	395	446	13%
LAVALLEJA	302	255	-16%
MALDONADO	2,147	2,208	3%
PAYSANDU	986	1,122	14%
RIO NEGRO	335	355	6%
RIVERA	496	550	11%
ROCHA	358	376	5%
SALTO	939	948	1%
SAN JOSE	707	897	27%
SORIANO	387	485	25%
TACUAREMBO	456	586	29%
TREINTA Y TRES	262	269	3%
Total país	25,456	26,215	3%

Beneficiarios promedios Mensual, valores sin reliquidación

Los departamentos con mayores aumentos porcentuales respecto al 2010 fueron **Tacuarembó** con un 29%, **San Jose** con un 27% y **Soriano** con un 25%. Las mayores disminuciones del promedio anual se presentaron en **Colonia** con un 33%, **Durazno** con un 22% y **Lavalleja** con un 16%.



En **Colonia** la disminución en la cantidad de subsidios en el año 2011 fue producto de la caída en la cantidad de subsidios enviados por las actividades **Tejeduría de productos textiles** y la de **Matanza de Ganado** vacuno. La disminución en el departamento fue de 359 beneficios en promedio, mientras que solo la variación de la agrupación de actividades **Industria Manufacturera** fue de -354, la cual se explica principalmente por la actividad

Tejeduría de productos textiles que cayó en unos 115 beneficios mensuales promedio respecto a 2010 y por la **Matanza de Ganado** que lo hizo en 251 beneficios. La caída en la cantidad de subsidios respecto al año 2010 de la actividad **Matanza de Ganado** se debe a que el Frigorífico Tarariras⁹ tuvo envíos masivos al seguro de desempleo en el 2010. En el año 2011 esta situación no se repitió debido a que aumentó su faena para suplir la faena del frigorífico Tacuarembó, que sufrió un incendio en el mes de julio 2011.

Montevideo, que tuvo un aumento respecto a 2010 de apenas el 3%, lo que representa unos 294 beneficios mensuales promedio, registró aumentos importantes en la cantidad de subsidios de la **Industria manufacturera** con 838 beneficios más que el 2010 mientras que el sector de la **Construcción** tuvo 489 beneficiarios menos que en el 2010. El aumento de la agrupación **Industria manufacturera** de **Montevideo** fue generado principalmente por el aumento de la actividad **Matanza de ganado** en 565 beneficios mensuales promedio.¹⁰

Canelones tuvo un aumento del 4% respecto al 2010 y al igual que Montevideo se destacaron las variaciones en la **Construcción** y la **Industria manufacturera**, La **construcción** disminuyó en 170 beneficios promedio mensuales respecto a 2010 y el aumento de la **Industria manufacturera** fue de 170 beneficios promedio mensuales. Dentro de la Industria manufacturera la variación es explicada por una disminución en 103 beneficiarios en la actividad **Fabricación de productos de cerámicas y porcelanas**¹¹ y un aumento de 309 beneficiarios mensuales en la actividad elaboración de **Fiambres y chacinados**.

En **Tacuarembó** se verificó un aumento 130 beneficiarios promedio respecto al 2011, siendo las agrupaciones de actividades que aumentaron y generaron dicha variación **Actividades profesionales, científicas y técnicas** con 39 beneficiarios, **Construcción** con 20 beneficiarios e **Industrias Manufactureras** con 33 beneficiarios.

Paysandú en el año 2011 verificó un aumento de 136 beneficiarios promedio. Dicha variación es producto de un aumento en la agrupación de actividades de la **Industria Manufacturera** en 121 beneficios mensuales promedio, explicada principalmente por el aumento de la actividad **Tejeduría de productos textiles**, generado por un envío masivo de Paylana a partir del mes de Mayo del 2011.

VI. Conclusiones

Para el año 2011 el subsidio de desempleo tuvo un promedio mensual de 26.215 beneficiarios, un 3 % más que el promedio alcanzado en el año 2010.

⁹ El frigorífico Tarariras pertenece al Grupo MARFRIG, este grupo es dueño además del Frigorífico Tacuarembó, el Frigorífico Inaler en San Jose y Frigorífico la Caballada en Salto.

¹⁰ Además del aumento generado por el envío de trabajadores de frigoríficos de Montevideo esta variación es generada por aproximadamente 500 solicitudes ingresadas en Montevideo por temas operativos del Frigorífico Tacuarembó que sufrió un incendio que volvió a sus actividades en el mes de Diciembre del 2011. Estas 500 Solicitudes representaron aproximadamente en el promedio del año 170 beneficios mensuales.

¹¹ Metzén y Sena

La variación sería producto del aumento en el promedio mensual de los subsidios con causal “reducción” o con causal “suspensión”. Estas causales además están asociadas a actividades que durante el 2011 atravesaron situaciones complejas. Más específicamente, la utilización de la causal “Suspensión” fue promovida por el decreto 171/011 que estableció un régimen especial para la industria frigorífica.

Asimismo, el subsidio por desempleo puede presentar variaciones importantes mes a mes, estas variaciones son producto de estacionalidades de las actividades de la economía y de fenómenos coyunturales de los distintos sectores de la misma.

Diversos variables de la economía influyen en la cantidad de beneficios otorgados. Si bien la tasa de desempleo es importante pues determina la cantidad de desempleados en la población, lo es también la cantidad de cotizantes ya que condiciona la población activa protegida. En el 2011 el subsidio aumentó un 3% a pesar de que la tasa de desempleo promedio en el 2011 fue un 10 % menor que la tasa de desempleo promedio en el 2010, por lo que en realidad aumentó la proporción de desempleo asistido. Esto podría ser consecuencia de que los cotizantes privados dependientes aumentaron casi un 6%, lo que aumenta la población con derecho a cobertura del riesgo de desempleo.

Mediante el análisis del subsidio por tipo de actividad se puede encontrar algunas causas de la estacionalidad y variaciones mensuales del subsidio.

Actividades como la **Matanza de ganado** presentaron variaciones importantes con aumentos desde el mes Julio al mes de Noviembre por caídas en la actividad del sector, el fenómeno se repitió tanto en el año 2010 como en el 2011, sin embargo en el 2011 se dio con mayor intensidad lo que generó el crecimiento del 20% en el promedio mensual del año 2011.

Si analizamos el fenómeno generado en la actividad **Matanza de ganado** la influencia de la localización es notoria: mientras que en los departamentos de **Montevideo** y **Canelones** registran aumentos significativos, en Colonia esta actividad vio disminuida en forma significativa la cantidad de beneficios pagados en 2011.

La actividad **Elaboración de chacinados** tuvo un aumento del 136 % respecto al promedio del 2010, generando un aumento importante puntualmente en el departamento de **Canelones**.

Si bien la estacionalidad de una actividad es analizada generalmente mediante análisis temporalmente mayores, con el análisis de estos dos años se puede observar una importante estacionalidad en las actividades de la **Producción agropecuaria forestal y pesca**.

En términos generales, la baja en la actividad debido a fenómenos tanto biológicos como coyunturales conlleva a envíos al seguro de paro mientras que el acceso al mismo está condicionado a que los trabajadores estén cotizando efectivamente, por lo que el alto nivel de cotizantes está promoviendo un alto nivel de cobertura del riesgo.

**BALANCE ACTUARIAL DEL SISTEMA
CONTRIBUTIVO ADMINISTRADO POR EL
BANCO DE PREVISION SOCIAL**

Cra. Maria Luisa Brovia

BALANCE ACTUARIAL DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO ADMINISTRADO POR EL BANCO DE PREVISION SOCIAL

1. Introducción

En todo sistema de seguridad social cualquiera fuere el régimen financiero adoptado es necesario el análisis actuarial.

En los regímenes de Seguridad Social de prestaciones definidas, una de las principales funciones de la actuaría es estimar el valor futuro de las prestaciones en función de las normas y de la reglamentación del régimen, y en asesorar sobre las diferentes posibilidades de financiación de estos pasivos. Esas prestaciones eventuales, por lo general, dependen de factores económicos y de distintas contingencias relacionadas a la situación de cada beneficiario. Es entonces que se utilizan modelos actuariales para estimar la incidencia colectiva de estos factores, aplicándose una gran diversidad de hipótesis sobre la probabilidad de que se produzcan determinados acontecimientos y sobre la distribución de factores relevantes.

2. Objetivo del trabajo

Una valuación actuarial es un estudio técnico que permite, mediante la aplicación de un método de evaluación específico, determinar la viabilidad financiera de un régimen de seguridad social.

Un método a utilizar es el de las *Proyecciones*, el cual consiste en calcular por adelantado, sobre la base de hipótesis demográficas y financieras, la evolución probable de un régimen de seguridad social, año tras año y por un período futuro.

Otro es el *Balance Actuarial* en el cual se calculan por un lado los valores actuales de derechos adquiridos y las futuras prestaciones y por otra parte los valores actuales de las futuras fuentes probables de cotizaciones. Cuando el valor presente de los activos supera el valor presente de los beneficios ofrecidos existe un superávit o un déficit actuarial si ocurre la situación inversa.

El objetivo de este trabajo es complementar la proyección financiera realizada del sistema previsional contributivo administrado por el Banco de Previsión Social con el cálculo del Balance Actuarial correspondiente a dicho sistema.

En primer lugar definiremos la metodología de la realización de un Balance Actuarial en términos generales para luego detenernos en lo que sería esta metodología aplicada a nuestro régimen previsional contributivo.

3. Balance Actuarial

3.1 Características del Balance Actuarial Clásico

El método clásico para realizar un Balance Actuarial¹ es calcular, por un lado los valores actuales de los derechos adquiridos y las futuras prestaciones, y por otro lado los valores actuales de las futuras fuentes probables de cotizaciones.

El activo del balance se compone de los activos existentes a la fecha de referencia y el valor actual probable de los ingresos futuros por cotización. El pasivo estará compuesto del valor actual de las prestaciones en curso de pago y de las prestaciones futuras que pudieran originarse y eventualmente de los montos de reservas especiales.

En el siguiente esquema visualizamos un Balance actuarial Clásico:

BALANCE ACTUARIAL CLASICO

ACTIVO	PASIVO
Activos actuales Valor Actual de: <ul style="list-style-type: none"> • Cotizaciones futuras de Población activa existente • Cotizaciones futuras de Generaciones futura y/o Déficit	Valor Actual de: <ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones en curso de pago • Prestaciones futuras provenientes de la población pasiva existente • Prestaciones futuras provenientes de la población activa existente • Prestaciones futuras provenientes de generaciones futuras Reserva de Seguridad y/o Excedente

Todos los valores se calculan con referencia a la fecha en que se efectuará el Balance. De la comparación entre el activo y el pasivo nos surgirá un excedente o bien un déficit actuarial, el cual se escriturará de un lado o del otro del Balance para establecer de esa forma el equilibrio que debe existir entre Activo y Pasivo.

A continuación analizaremos cada elemento del Balance Actuarial:

○ *Activos Actuales*

Los activos existentes a la fecha de referencia del Balance, son las inversiones, las disponibilidades financieras, etc., los cuales surgen de la contabilidad.

¹ *Técnicas actuariales de la seguridad social – Peter Thullen*

○ *Valor actual de las cotizaciones futuras de la población activa existente*

La población activa asegurada a la fecha de referencia se distribuye por edad y sexo de acuerdo a la estructura existente. En los regímenes vinculados con salarios, se calculan estos a la fecha de referencia y de acuerdo con la división mencionada.

Estas cotizaciones deberán ser proyectadas hasta la extinción de la población existente. De esta forma lograremos obtener los flujos de fondos de estas cotizaciones, los cuales deberán ser actualizados a la fecha de referencia del Balance.

○ *Valor actual de las cotizaciones futuras de la población de generaciones futuras*

En este punto debemos diferenciar el método de “caja cerrada” del método de “caja abierta”. En el primero sólo consideraremos a la población activa asegurada a la fecha de referencia del Balance Actuarial. En cambio si aplicamos el método de caja abierto se debe considerar que el régimen continuará recibiendo afiliados, siendo necesario estimar el ingreso de esos afiliados futuros.

El balance actuarial de un sistema de seguridad social está caracterizado por el principio de “caja abierta”. En este caso el análisis de las generaciones futuras se hace imprescindible. Las alternativas de las bases actuariales seleccionadas para los valores relativos a la generación inicial están definidas y previamente determinadas. En cambio la situación es totalmente diferente cuando nos enfrentamos al cálculo del valor actuarial de las generaciones futuras. Hay que adoptar hipótesis acerca de la estructura por edad y sexo a utilizar, la forma de crecimiento de una generación a la siguiente, las cuales pueden ser similares a las utilizadas para la realización de la proyección financiera actuarial de largo plazo.

Una vez estimados los flujos de fondos obtenidos, los actualizaremos a la fecha de referencia del Balance.

○ *Valor actual de las prestaciones en curso de pago*

Las Prestaciones en curso de Pago a la fecha de referencia del Balance, se clasifican por categorías de prestaciones – invalidez, vejez, sobrevivencia, etc - y dentro de cada categoría por sexo y edad de los beneficiarios. El monto anual de estas prestaciones se indica para cada subdivisión.

Estas prestaciones deberán ser proyectadas hasta la extinción de la población existente. De esta forma lograremos obtener los flujos de fondos de estas prestaciones, los cuales deberán ser actualizados a la fecha de referencia del Balance.

○ *Valor actual de las Prestaciones futuras provenientes de la población activa existente*

Al considerar los flujos de cotizaciones hasta la extinción de la población, las salidas de la categoría de población activa, puede ser por muerte o por que ha llegado el momento de obtener un beneficio. En este último caso podrá ser una jubilación o una pensión. Estas prestaciones deberán ser proyectadas hasta la extinción de la población, con lo cual obtendremos los flujos de fondos de esas prestaciones, los cuales deberán ser actualizados a la fecha de referencia del Balance.

- *Valor actual de las Prestaciones futuras provenientes de generaciones futuras*

En este caso la metodología de trabajo será igual a la que utilizamos con la población activa existente, con la diferencia que asociaremos las prestaciones a las generaciones futuras estimadas.

3.2 Características del Balance Actuarial de nuestro régimen

El régimen previsional contributivo administrado por el Banco de Previsión Social tiene determinadas particularidades que deben ser tenidas en cuenta al momento de la realización de su Balance Actuarial.

En primer lugar, utilizaremos el método de caja cerrada. La utilización de dicho método es consecuencia de las siguientes consideraciones:

- a) La variable de ajuste en el sistema es la Asistencia Financiera del Estado. Por lo tanto podemos considerar que las generaciones futuras estarán financiadas, es decir existirá un equilibrio entre los ingresos por cotizaciones provenientes de las generaciones futuras con las prestaciones de esas generaciones.
- b) En sentido estricto, el sistema de reparto, al proyectarlo en un horizonte ilimitado y plantear un activo y un pasivo de las generaciones futuras, si no lo acotamos obtendremos prestaciones y cotizaciones infinitas.

Por estos dos motivos expuestos, es que al realizar el Balance Actuarial de nuestro sistema eliminamos las cotizaciones y las prestaciones provenientes de las generaciones futuras, con lo cual trabajaremos con la población activa y pasiva actual hasta su extinción.

En segundo lugar, otra particularidad de nuestro régimen, que afecta la realización del Balance Actuarial, es que de acuerdo con las disposiciones legales, 7 puntos de la tasa básica del IVA constituyen un recurso genuino del Fondo de la Seguridad Social administrado por el Banco de Previsión Social. Una parte de esos siete puntos, como ya lo vimos en la proyección financiera, está afectada a las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia contributivas.

Y en tercer lugar, el equilibrio financiero para un sistema de reparto se obtiene cuando se igualan los Ingresos y los Egresos. Si bien generalmente esto se produce anualmente, en nuestro sistema el equilibrio financiero se obtiene mensualmente. Esto tiene como consecuencia que no existan disponibilidades ni reservas específicas.

A partir de todas estas consideraciones, el Balance Actuarial de nuestro sistema contributivo lo podemos plantear bajo el siguiente esquema:

BALANCE ACTUARIAL SISTEMA CONTRIBUTIVO

ACTIVO	PASIVO
Valor Actual de: <ul style="list-style-type: none"> • Cotizaciones futuras de Población activa existente • Impuesto al Valor Agregado Afectado al sistema I.V.S. • Asistencia Financiera 	Valor Actual de: <ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones en curso de pago • Prestaciones futuras provenientes de la población pasiva existente • Prestaciones futuras provenientes de la población activa existente

A continuación analizaremos cada elemento del Balance Actuarial:

- *Valor actual de las cotizaciones futuras de la población activa existente*

La población activa asegurada a la fecha de referencia se distribuye por edad y sexo de acuerdo a la estructura existente.

En nuestro régimen las cotizaciones están vinculadas con los salarios.

La curva salarial representa la evolución de los ingresos del trabajador a lo largo de su vida activa. La trayectoria del salario medio en el tiempo es la resultante de un conjunto de determinantes:

- a) A nivel individual incide el nivel de calificación, experiencia y destreza de la persona. En este caso nos estamos refiriendo a la evolución funcional de los salarios, por efecto de las mejoras en las retribuciones como consecuencia por ejemplo, de ascensos. Este crecimiento puede ser expresado a través de la denominada función de movilidad vertical
- b) A esa evolución se superpone la evolución temporal de los salarios, por efecto del incremento de la productividad. Este crecimiento puede ser expresado a través de la denominada función de movilidad horizontal. Por encima de los ajustes que se verifican como consecuencia de la inflación, se producen incrementos adicionales como consecuencia de las mejoras en la economía. Téngase presente que el producto o ingreso nacional $Y(t)$ mirado desde el punto de vista de su distribución, equivale a la suma de salarios totales $W(t)$ y de la ganancia de capital $R(t)$.

$$Y(t) = W(t) + R(t)$$

Su incremento, debe generar en el largo plazo inevitablemente incrementos en la masa salarial total, ya que de otra forma tendríamos acumulación de capital fuera de lo normal ya que todo el incremento del producto se destinaría a la ganancia del capital. Si bien tal circunstancia es posible en el corto plazo no lo es en un horizonte extenso tal cual es el que se considera en los riesgos de vejez.

Más aún, la denominada “Regla de oro” indica que en una situación económica con crecimiento equilibrado, la tasa de interés debe ser igual a la tasa de crecimiento de la masa salarial.

Como las prestaciones, de acuerdo a la Constitución de la República en su artículo 67 también están indexadas por crecimiento de salario real, trabajamos con salarios con movilidad horizontal constante. Esto incide en el análisis de las prestaciones y en la tasa de interés de descuento con la que trabajaremos.

- *Valor actual del Impuesto al Valor Agregado(IVA)*

El impuesto al valor agregado que el sistema tiene afectado, lo proyectamos en el mismo horizonte de tiempo. Su crecimiento será el crecimiento real del Producto Bruto Interno (PBI).

Esta es una fuente importante de financiamiento del sistema, y al estar trabajando con el método de “caja cerrada” es difícil determinar cuando dejamos de afectar IVA para la población existente y comenzamos a afectarlo a las generaciones futuras. En el planteo inicial el momento en que el total de egresos por prestaciones es menor al 10% del I.V.A, este se elimina de la proyección. En los análisis de sensibilidad veremos cuan sensible son los resultados ante cambios en este porcentaje que determina el momento en que dejamos de afectar el IVA a la población existente.

- *Valor actual de las Prestaciones*

Se realizaron las proyecciones de los flujos de las prestaciones que se encuentran en curso de pago y de las que surgirán de la población existente. Al estar indexadas, como ya dijimos, por salarios, internamente se podrían descontar con la tasa de interés real sobre salarios que es menor que la tasa de interés.

- *Valor actual de Asistencia Financiera*

La Constitución de la República en su artículo 67 establece las fuentes de financiamiento de las prestaciones. Una de ellas es la Asistencia Financiera. Como ya lo dijimos, esta es la variable de ajuste del sistema; es la diferencia entre los ingresos y egresos. Este equilibrio financiero en nuestro sistema se encuentra mensualmente. Al tener esta variable que equilibra el sistema no existe déficit actuarial.

Ahora bien, tanto los ingresos por cotizaciones como lo egresos por prestaciones los debemos expresar a la fecha de referencia del Balance. Como los salarios y las prestaciones están indexados por el crecimiento del salario real, podríamos utilizar la tasa de interés real sobre salarios como tasa de descuento. El problema surge con el IVA, el cual tiene un crecimiento real sobre precios. Entonces para hacer comparables todas las partidas del Balance Actuarial, lo proyectado sobre salarios reales debe ser expresado de acuerdo con la variación de precios. Es así que todas las partidas mencionadas en el Balance serán referidas a la fecha del mismo a través de la tasa de descuento de interés real sobre precios.

4. Resultados del Balance Actuarial del sistema contributivo administrado por el Banco de Previsión Social

El Balance actuarial de nuestro sistema expresado a valores del 31 de diciembre de 2011 sería:

BALANCE ACTUARIAL DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO²
Valores al 31/12/2011 expresados en millones de dólares

ACTIVO		PASIVO	
Cotizaciones	41.491	Prestaciones :	
IVA afectado	64.950	• En curso de pago :	18.741
Asistencia Financiera	54.317	Jubilaciones	12.056
		Pensiones	6.685
		• Futuras :	139.808
		Jubilaciones	105.464
		Pensiones	34.344
		• Otras (*)	2.209
Total	160.758	Total	160.758

(*) Incluye subsidios por fallecimiento y subsidios transitorios

Nota: Tasa de interés de descuento = 2%

IVA se mantiene hasta que las prestaciones anuales superen el 10% de la recaudación de los impuestos correspondientes

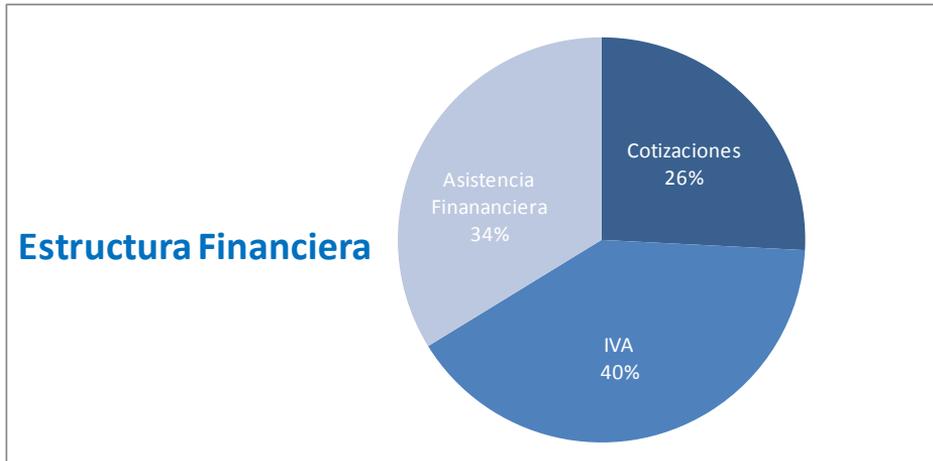
De este Balance Actuarial podemos ver claramente que al 31/12/2011:

- ✓ Las fuentes de financiamiento del sistema son: cotizaciones por 41.491 millones de dólares, IVA afectado al sistema contributivo de 64.950 millones de dólares y 54.317 millones de dólares por concepto de Asistencia Financiera.
- ✓ Las prestaciones en curso de pago ascienden a 18.741 millones de dólares, las prestaciones futuras a 139.808 millones de dólares y por concepto de Otras prestaciones (como pueden ser los subsidios transitorios y los subsidios por fallecimiento) un egreso de 2.209 millones de dólares.
- ✓ Por otro lado se observa el equilibrio financiero del sistema de reparto contributivo administrado por el Banco de Previsión Social, dado por la variable de ajuste: Asistencia Financiera.

La estructura de las fuentes de financiamiento de un sistema de Seguridad Social se basa en el origen de sus recursos y la dimensión de esas distintas fuentes. En nuestro sistema encontramos que la estructura de financiamiento que surge del Balance Actuarial sería: el 26% proviene de las cotizaciones, el 40% corresponde al impuesto al valor agregado

² Fuente: Programa Proyección Financiera del Sistema provisional Contributivo administrado por el Banco de Previsión social

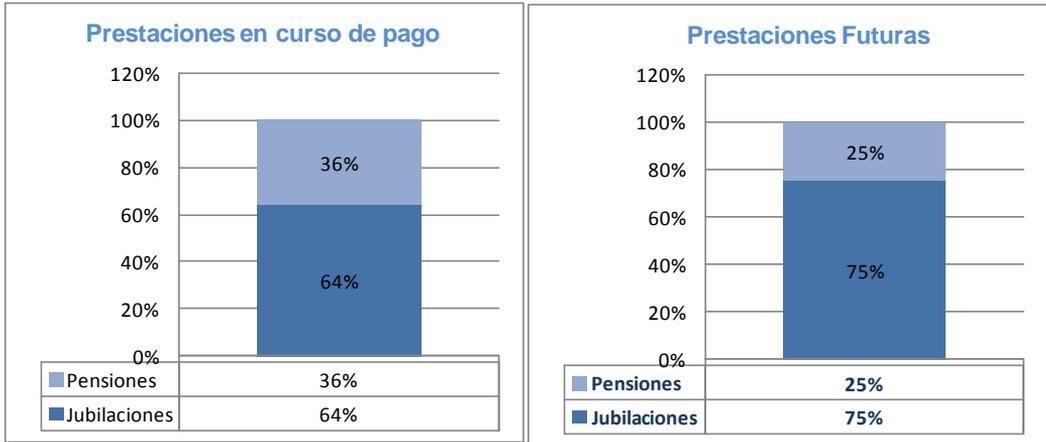
afectado al sistema y el 34% a la Asistencia Financiera proporcionada por el Estado. En el siguiente gráfico observamos la estructura mencionada.



En cuanto a la estructura de las prestaciones el 12% corresponde a las prestaciones en curso de pago, el 87% a las prestaciones futuras y el 1% a otras prestaciones.

Las prestaciones están compuestas por jubilaciones y pensiones. Esta estructura es distinta en las prestaciones en curso de pago que en las prestaciones futuras.

Es así que dentro de las prestaciones en curso de pago el 64% corresponde a las jubilaciones y el 36% a las pensiones. En cambio en las prestaciones futuras las jubilaciones pasarán a ser el 75% y las pensiones el 25%. Una de las explicaciones de la baja de las pensiones puede atribuirse a la gran cantidad de pensiones por orfandad vitalicias que existen en curso de pago las cuales se irán extinguiendo; en cambio el crecimiento de las jubilaciones lo podemos atribuir a las bajas en las tasas de mortalidad que harán que cada pasividad tenga que servirse en promedio durante más años y al explosivo crecimiento de las cotizaciones.



Otra forma de ver este Balance Actuarial es expresarlo en términos de Producto Bruto Interno (PBI). En esta instancia plantearemos el Balance Actuarial de manera de poder visualizar en forma más clara lo que llamamos la “Deuda Previsional”.

BALANCE ACTUARIAL DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO
Valores al 31/12/2011 expresado en términos de PBI

Prestaciones en curso de pago	41.16%
Prestaciones futuras	307.07%
Otras Prestaciones (*)	4.85%
Cotizaciones	(91.13%)
Total	261.95%
Deuda Previsional	
IVA afectado	142.65%
Asistencia Financiera	119.30%
Total	261.95 %

(*) Incluye subsidios por fallecimiento, subsidios transitorios

Nota: Tasa de interés de descuento = 2%

IVA se mantiene hasta que las prestaciones anuales superen el 10% de la recaudación de los impuestos correspondiente

La deuda Previsional es la diferencia entre los activos y pasivos contributivos. Los activos y pasivos están generados a partir de contribuciones sobre la nómina.

La fuente de financiamiento de esa deuda previsional es el impuesto al valor agregado (IVA) afectado al sistema contributivo y la Asistencia Financiera que otorga el estado.

Como surge del Balance Actuarial, la deuda previsional estimada al 31/12/2011 ascendería a 261.95% del PBI. Es decir que necesitaríamos casi triplicar el PBI de un año para poder hacer frente a esa deuda.

A su vez vemos que en la estructura de financiamiento de la deuda el 54% corresponde al IVA afectado y el 46% a la Asistencia Financiera.

Esta deuda previsional puede tener su explicación por un lado por el desequilibrio que existe en el sistema, tanto a nivel individual como global, pero también por la sustitución de cotizaciones sobre la nómina por impuestos generales.

En lo hechos no existe la deuda previsional debido a la particularidad ya mencionada del régimen, el cual encuentra el equilibrio financiero mensualmente a través de los impuestos afectados al mismo y a las contribuciones del estado (Asistencia Financiera).

5. Análisis de Sensibilidad de los Resultados

En este punto realizaremos un análisis de sensibilidad que nos muestre las variaciones en el resultado del Balance Actuarial ante posibles cambios:

- ✓ Hasta cuando dejamos de afectar el IVA para financiar a la población existente
- ✓ En la tasa de interés de descuento de los flujos de fondos

El análisis lo realizaremos en primer lugar, comparando las variaciones con respecto al escenario base definido para la realización del Balance Actuarial y, en segundo lugar definiendo lo que llamamos la “razón de sensibilidad” (RS).

$$RS = \text{Desvío relativo del resultado (DRR) / Desvío Relativo del parámetro (DRP)}$$

La razón indica la variación relativa de los resultados ante una variación unitaria en el valor del parámetro considerado. Por ello, podemos realizar las siguientes definiciones:

1) Para variaciones de igual signo entre los resultados y los valores de los parámetros

- si $RS < 0.50$ los resultados serían poco sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados
- si $0.50 \leq RS \leq 1.5$ los resultados serían sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados
- si $RS > 1.50$ resultados serían muy sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados

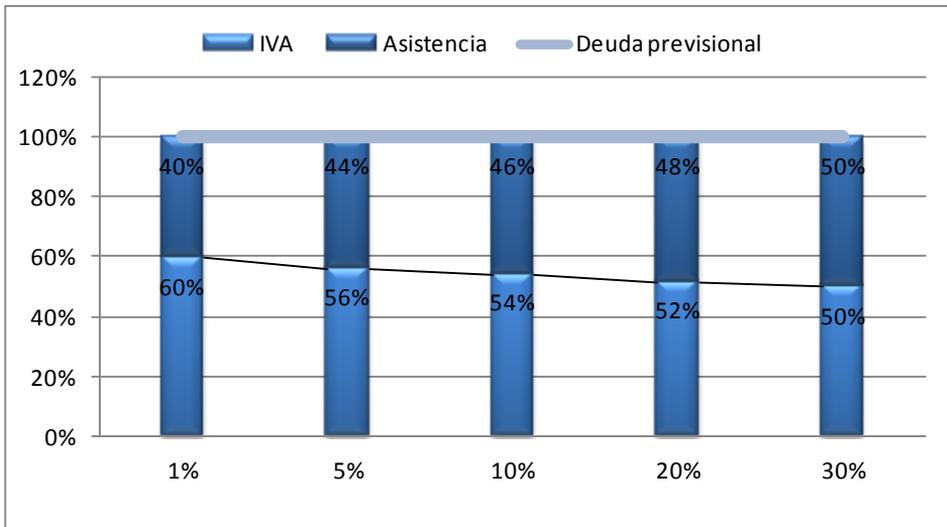
2) Para variaciones de diferente signo entre los resultados y los valores de los parámetros

- si $RS > -0.50$ los resultados serían poco sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados
- si $-0.50 \geq RS \geq -1.5$ los resultados serían sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados
- si $RS < -1.50$ resultados serían muy sensibles ante cambios en los valores de los parámetros considerados

5.1 Cambios en la proporción de IVA afectado

Al estar trabajando con el método de “caja cerrada” debemos establecer cuando dejamos de afectar IVA para la población existente y comenzamos a afectarlo a las generaciones futuras. En el planteo inicial al momento en que el total de egresos por prestaciones es menor al 10% del I.V.A, este se elimina de la proyección. En este análisis haremos variar ese porcentaje y estudiaremos la sensibilidad de la estructura de la deuda previsional frente a esas variaciones.

Estructura de Financiamiento de la Deuda Previsional ante cambios en la afectación del I.V.A:



El cambio en la proporción de IVA afectado a la población existente no afecta el total de la deuda previsional.

A medida que aumenta el porcentaje que establecemos que debe existir entre el total de egresos por prestaciones y el IVA afectado, este último va decreciendo en detrimento de la variable de ajuste previsional que es la Asistencia Financiera.

Como podemos observar la estructura de la deuda previsional, ante cambios en la afectación del IVA, es poco sensible. Es así que al fijar que el porcentaje del total de egresos por prestaciones sea menor al 1% del IVA afectado, la deuda previsional sería absorbida por el 60% del IVA afectado y el 40% de la Asistencia Financiera. Al hacer variar ese porcentaje en 30 puntos, la estructura de la deuda previsional cambiará en tan sólo 10 puntos, llegando a ser absorbida por el 50% de IVA afectado y 50% de Asistencia.

Utilizando para el análisis la razón de sensibilidad definida tenemos:

IVA afectado	1%	5%	20%	30%
Razón	-0.11	-0.06	-0.04	-0.04

La estructura de la deuda, irá evolucionando de acuerdo con los cambios efectuados de forma tal que una variable aumentará o decrecerá en detrimento de la otra. Es por eso que cuando realizamos el análisis focalizaremos los cambios que existen en el resultado a través del porcentaje de IVA que tenga la citada estructura.

En este análisis estaríamos en el caso de variaciones de distinto signo, ya que al bajar el IVA afectado se modifica la estructura de la deuda subiendo el porcentaje de IVA que la financia, y en forma contraria al subir el IVA afectado se modifica la estructura de la deuda haciendo bajar el porcentaje de IVA que la financia. En los dos casos la razón de sensibilidad toma valores mayores a -0.5, ubicándose en valores -0.11, -0.06 y -0.04. Este resultado nos está ratificando que la estructura de la deuda previsional ante variaciones en el porcentaje de IVA que fijamos es poco sensible

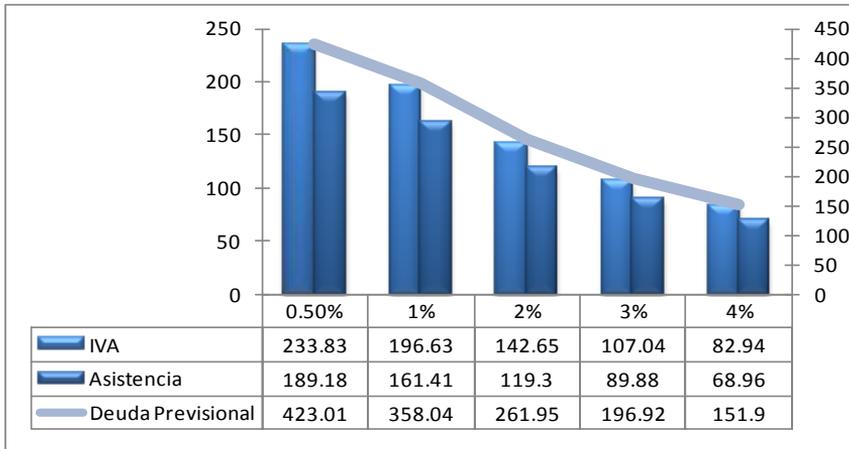
5.2 Cambios en la tasa de interés de descuento de los flujos de fondos

Recordemos que la tasa de interés de descuento de los flujos de fondos utilizada es una tasa de interés real sobre precios del 2%.

La utilización de esta tasa del 2% es la consecuencia del crecimiento anual del PBI utilizado en la proyección financiera del sistema contributivo. Se optó por mantener el crecimiento observado de la evolución histórica durante los últimos años.

Para la realización del análisis de sensibilidad haremos variar esta tasa con los siguientes valores: 0.5%, 1%, 3% y 4%.

Financiamiento de la Deuda Previsional expresada en términos de PBI ante cambios en la tasa de interés:



Como surge del gráfico anterior variaciones en la tasa de interés utilizada para estimar el valor actual de los distintos flujos, produce cambios no sólo en la estructura de la deuda previsional, sino también en la misma deuda previsional.

Analicemos la sensibilidad de la deuda previsional ya que los cambios en su estructura son muy pocos significativos:

A medida que aumenta la tasa de descuento que aplicamos a los flujos de fondos, la deuda previsional va disminuyendo. Es así que cuando tenemos una tasa de interés del 0.5% la deuda previsional ascendería a 423.01 en términos de PBI. En cambio cuando la tasa de descuento la hacemos crecer al 4%, la deuda previsional baja a 151.9 expresada en términos de PBI.

Un aumento de la tasa de interés de un 100% (crecer de 2% a 4%) implica un descenso de la deuda previsional en un 42%. A su vez un descenso de la tasa de interés en un 75% (decrecer del 2% al 0.5%) implica un aumento de la deuda previsional en un 59%. Es decir que si bien existe sensibilidad no se refleja la magnitud de la variación de la tasa de interés en el descenso de la deuda previsional, sobre todo en el primer caso.

Al utilizar la razón de sensibilidad

Tasa de interés	0.50%	1%	3%	4%
Razón	-0.8	-0.7	-0.5	-0.4

Al observar estos resultados encontramos que existe una mayor sensibilidad del monto de la deuda previsional ante un descenso de la tasa de descuento que cuando la aumentamos. La razón de sensibilidad se ubica en -0.8 y -0.7 al bajar la tasa de descuento, lo cual nos está indicando la existencia de sensibilidad de la deuda previsional ante cambios en la tasa de descuento. Cuando ubicamos la tasa de descuento en el 3% como con el 4%, la razón de sensibilidad se ubica en -0.5 y en -0.4, lo cual nos está indicando un descenso de la sensibilidad de la deuda previsional ante crecimientos de la tasa de descuento.

6. Consideraciones Finales

El Balance Actuarial es un método de evaluación específico, el cual nos permite determinar la viabilidad financiera de un régimen de seguridad social. La utilización de este método nos lleva a calcular por un lado los valores actuales de derechos adquiridos y las futuras prestaciones y por otra parte los valores actuales de las futuras fuentes probables de cotizaciones. Cuando el valor presente de los activos supera el valor presente de los beneficios ofrecidos existe un superávit y un déficit actuarial si ocurre la situación inversa.

Las particularidades que presenta nuestro régimen previsional contributivo administrado por el Banco de Previsión Social se debieron tener en cuenta para la realización de su Balance Actuarial:

- ✓ Se utilizó el método de caja cerrado
- ✓ Se consideró el Impuesto al Valor Agregado afectado al sistema de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS)
- ✓ Se trabajó con el supuesto de la no existencia de disponibilidades ni reservas específicas, como consecuencia de que en nuestro sistema, el equilibrio financiero se obtiene mensualmente a través de la variable de ajuste que es la Asistencia Financiera

De acuerdo con los resultados obtenidos del Balance Actuarial de nuestro sistema contributivo, realizado a valores del 31/12/2011 y expresado en millones de dólares son:

- ✓ Las fuentes de financiamiento del sistema son: cotizaciones por 41.491 millones de dólares, IVA afectado al sistema contributivo de 64.950 millones de dólares y 54.317 millones de dólares por concepto de Asistencia Financiera.
- ✓ Las prestaciones en curso de pago ascienden a 18.741 millones de dólares, las prestaciones futuras a 139.808 millones de dólares y por concepto de Otras prestaciones (como pueden ser los subsidios transitorios y los subsidios por fallecimiento) un egreso de 2.209 millones de dólares.
- ✓ Por otro lado se observa el equilibrio financiero del sistema de reparto contributivo administrado por el Banco de Previsión Social, dado por la variable de ajuste: Asistencia Financiera.

La estructura de financiamiento de nuestro sistema sería: el 26% proviene de las cotizaciones, el 40% corresponde al impuesto al valor agregado afectado al sistema IVS y el 34% a la Asistencia Financiera.

Otra forma de ver los resultados del Balance es a través de lo que llamamos “deuda previsional” expresada en términos de PBI.

La deuda Previsional es la diferencia entre los activos y pasivos contributivos. Los activos y pasivos están generados a partir de contribuciones sobre la nómina.

La fuente de financiamiento de esa deuda previsional es el impuesto al valor agregado (IVA) afectado al sistema contributivo y la Asistencia Financiera. La estructura de esta fuente es el 54% corresponde al impuesto afectado y el 46% a la Asistencia Financiera.

Al realizar el análisis de sensibilidad que nos muestre las variaciones en el resultado del Balance Actuarial ante posibles cambios de:

- ✓ Hasta cuando dejamos de afectar el IVA para financiar a la población existente
- ✓ En la tasa de interés de descuento de los flujos de fondos

En el primer caso verificamos que la estructura de la deuda previsional ante variaciones en el porcentaje de IVA que fijamos para desafectar IVA es poco sensible.

En el segundo análisis, al hacer variar la tasa de interés utilizada para la actualización de los flujos de fondos encontramos que la estructura de la deuda previsional es poco sensible a esta variación. En cambio el monto de la deuda previsional es sensible a esta variación de la tasa de interés, aunque no lo es en relación de 1 a 1.

Por último podemos decir que de la apreciación del resultado de este balance actuarial nos lleva a poner de manifiesto:

- Falta de transparencia del sistema.

Al tener el Banco de Previsión Social en un solo Fondo todos los recursos y prestaciones correspondientes a todas las contingencias, la asignación del impuesto afectado al régimen previsional contributivo IVS, se efectuó prorrateando las diversas contingencias cubiertas de acuerdo a determinados criterios³. Es por eso que al poder existir otras bases de prorrateos tan válidas como la utilizada, los resultados obtenidos deben ser relativizados teniendo en cuenta lo expresado.

- Redistribuciones de ingresos regresivas.

Cuando efectuamos la estimación de la deuda previsional y visualizamos su estructura, encontramos que el 54% de la misma se cubre con el IVA y el 46% con Asistencia Financiera. Al realizar el análisis de sensibilidad, vimos que la estructura de financiamiento de la deuda previsional, es poco sensible a los cambios que realizamos. Uno de los motivos de la afectación del IVA fue la sustitución de aportes sobre la nómina por estos impuestos afectados. Esta sustitución si bien en principio no tiene consecuencias sobre el equilibrio financiero del sistema, genera cambios en la redistribución de los ingresos. En la medida que no todos los que contribuyen tienen acceso a los beneficios, se genera una redistribución de ingresos desde la población contribuyente de los impuestos afectados a los beneficiarios de las prestaciones de seguridad social. Es decir que existe una transferencia de la sociedad en su conjunto, a través de un impuesto al consumo como lo es el IVA, a los pasivos, porque las cotizaciones que inicialmente estaban a cargo de los empresarios y trabajadores se sustituyeron por impuestos generales.

³ Ver *Proyección Financiera del sistema Provisional Contributivo. Periodo 2015-2060. Análisis global*

**ATENCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE
JUBILADOS DEL BANCO DE PREVISIÓN
SOCIAL.**

Actualización con información a 2010

T.S. Ines Núñez

ATENCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE JUBILADOS DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL.

ACTUALIZACIÓN CON INFORMACIÓN A 2010

1. Introducción

Este documento aborda la atención de salud de los jubilados comprendidos en el sistema de seguridad social del Banco de Previsión Social (BPS).

El informe consta de una presentación general respecto al sistema de salud en el Uruguay, comprendiendo el funcionamiento del actual Sistema Nacional Integrado de Salud y un estudio sobre los aspectos jurídicos que integran la cobertura en salud de los jubilados amparados en el BPS.

En forma complementaria, se presentan datos estadísticos de salud respecto a la población en estudio, conformados por reportes estructurados registrados en el Sistema de Indicadores de Seguridad Social del BPS, elaborados a partir de microdatos de las Encuestas Continuas de Hogares del INE.

Este documento tiene como objetivo analizar el tipo y la evolución de la cobertura de salud de los jubilados amparados en el BPS, durante el período 2006 - 2010, posibilitando además observar los cambios que se procesaron en el marco del Sistema Integrado de Salud. Finalmente se presentan consideraciones generales respecto a los temas abordados en esta investigación.

2. Sistema de Salud en el Uruguay

Previo a presentar el régimen de atención en salud de los jubilados del BPS, se hace referencia al sistema de salud en Uruguay.

1) Atención de salud con anterioridad al Sistema Integrado de Salud.

El sistema de salud uruguayo se sustenta en dos subsectores: el público y el privado.¹

El sector público: Está integrado por: el Ministerio de Salud Pública a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); Universidad de la República (Hospital Universitario); Sanidad de las Fuerzas Armadas; Sanidad Policial; Banco de Previsión Social; Entes Autónomos y Servicios Descentralizados; y las 19 Intendencias.

El sector privado: Se basa fundamentalmente en las IAMC que son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, organizaciones privadas sin fines de lucro, que se organizan y funcionan según las disposiciones de la Ley 15.181 de 21 de agosto de 1981 y sus

¹ *Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud – OPS/OMS*
http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_858.htm

decretos reglamentarios (*decreto 86/983* y subsiguientes hasta el *decreto 94/983*)² y los Seguros de Salud.

Las IAMC brindan asistencia médica a casi la mitad de la población del país mediante un seguro de salud integral de prepago.

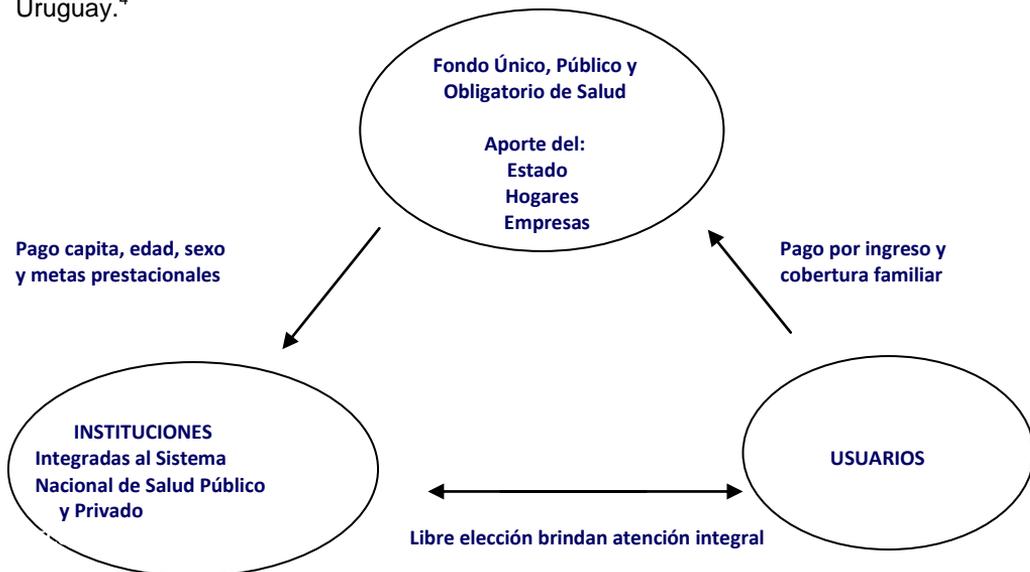
Existen además varios Sanatorios Privados originalmente creados para prestar atención médica de tipo privado mayoritariamente a sectores de altos ingresos. Estos en su mayoría se orientan actualmente a arrendar servicios a las IAMC y a seguros de cobertura parcial. Desde principios de la década del 80 los seguros parciales de atención médica se encuentran en rápida expansión.

2) Sistema Nacional Integrado de Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud se crea a partir de la Ley N° 18.211 de fecha 05/12/2007, y rige a partir del 1° de enero del año 2008.

El Sistema Nacional Integrado de Salud posibilita el acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley.³

En el siguiente esquema, se presenta la organización del nuevo sistema de salud en Uruguay.⁴



² Libro "El Sector Salud 75 años de un mismo diagnóstico" - PARTE III LA CRISIS DEL SECTOR SALUD 1955 – 1995 – Numeral 2 EL SECTOR SALUD EN EL MODELO AUTORITARIO 1973 – 1984 - Publicación CASMU.

³ Informe Presidencia de la República sobre el Sistema Integrado de Salud - <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

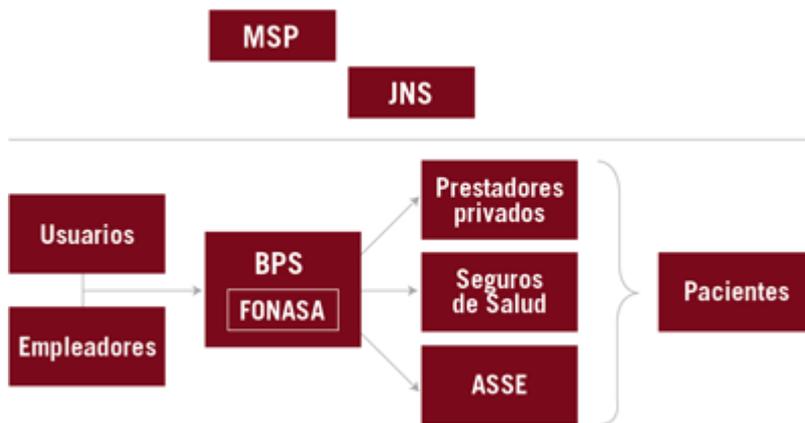
⁴ Sistema Nacional Integrado de Salud – Cobertura y Aseguramiento – Ec. Andrés Dean y Ec. Ida Oreggioni - División Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública –

Las partes integrantes del mismo son:

- Ministerio de Salud Pública (en adelante “**MSP**”). Es el órgano estatal encargado de la implementación del SNIS y de elaborar las normas y políticas que organizarán al mismo.
- Junta Nacional de Salud (en adelante “**JNS**”). Es un órgano desconcentrado dependiente del MSP que tiene como cometido, entre otros, la administración del Seguro Nacional de Salud (en adelante “**SNS**”).
- **BPS**. Es el encargado de administrar el FONASA y es el sujeto activo de la relación jurídico tributaria a la hora de recaudar las Contribuciones Especiales a la Seguridad Social y a su vez es quien abone las cuotas en forma uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las que hubieran optado los beneficiarios.
- **FONASA**. Es el fondo que inicialmente financió el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de enfermedad del BPS, de los jubilados, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado y luego al SNS.
- **Usuarios**. Todas las personas que residen en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la JNS, en una de las entidades prestadoras de servicio de salud que lo integran.
- **Prestadores de servicio de salud privados**. Son las entidades privadas prestadoras de servicios de salud (mutualistas, seguros privados) que hayan decidido formar parte del SNIS y están debidamente autorizadas por el MSP.
- **Prestadores de seguros integrales de Salud**. Son las entidades privadas que comercializan seguros integrales de salud y que hayan decidido formar parte del SNIS con la debida autorización del MSP. Éstas deben prestar los mismos servicios que los otros prestadores de salud, sin perjuicio de que los usuarios puedan solicitar mayores servicios al ejercer una libre contratación.
- **ASSE**. Tal como mencionamos antes, ASSE es el servicio descentralizado que sustituye al actual órgano desconcentrado del mismo nombre; es decir que es el órgano que administra las instituciones de salud pública.

En el siguiente cuadro se puede apreciar cómo los aportes al FONASA que efectúan los usuarios y los empleadores terminan siendo vertidos a los diferentes prestadores de servicios de salud (de acuerdo a lo que cada usuario haya elegido).⁵

⁵ Informe sobre el financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud - *María Beatriz Viera y Federico Camy - Guyer & Regules* - <http://www.guyer.com.uy/-newsletters/informe05.html>



Las Prestadoras Integrales de Salud están conformadas a la fecha por:

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado.

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva,

Seguros Integrales: Instituciones privadas con fines de lucro y escasa regulación.

Sanidad Militar y Policial: Prestadores públicos que atienden exclusivamente funcionarios militares y policiales y sus familias.

Se debe tener en cuenta que el **Hospital de Clínicas**, si bien atiende a usuarios del MSP, aún está en etapa de gestión para ser integrado como Prestador Integral de Salud, dentro de las condiciones formales establecidas por el sistema.⁶

El usuario deberá decidir por un único Prestador Integral de Salud contando con la posibilidad de cambiar de acuerdo a las normas establecidas para este sistema.

3) Régimen de atención en salud de los jubilados del BPS

Si bien el tema en estudio está enfocado a la situación de salud de los jubilados del BPS, es importante tener en cuenta el escenario que se presentaba dentro de la población jubilada del país, previo al SNIS.

En general, una vez que el trabajador, tanto a nivel público o privado, en calidad de dependiente o no dependiente, en su pasaje a la condición de jubilado, debía asumir la cobertura de salud. Entre otras circunstancias que se le presentaba en esta etapa (menor ingreso y pérdida de beneficios obtenidos en su ejercicio laboral), debía prever cuál sería la mejor opción para la atención de salud de él y su familia, considerando calidad y bajos costos. Esta situación enmarcada dentro del principio que a mayor edad es más frecuente la utilización de un servicio de salud.

⁶ Consulta efectuada con fecha 14/07/2010 a la Dirección Técnica del Hospital de Clínicas.

La atención en salud al momento de jubilarse dependía de las condiciones de derecho que le otorgara su desempeño laboral y dentro del sistema de seguridad social que estuviera inserto (profesional, policial, militar, bancaria, entre otras).

Existían algunas excepciones donde se extendía el derecho de atención en salud al momento de jubilarse. A modo de ejemplo se puede mencionar que a nivel público tanto los jubilados de la Intendencia Municipal de Montevideo y su cónyuge mantenían la atención de salud por el CASMU, continuando así el derecho obtenido durante el ejercicio laboral. A nivel privado un ejemplo a considerar es la Caja Notarial que ofrecía el seguro de salud a través de una entidad privada de salud.

En el caso concreto de los jubilados beneficiarios del BPS, se debe hacer referencia a la Ley 16.713 de 3 de septiembre de 1995, en su artículo 186 que refiere a la cuota mutual, su generación y condiciones de derecho. En este artículo se establece que “Los afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes en actividades amparadas en el Banco de Previsión Social, **tendrán derecho a partir del 1° de enero de 1997 a beneficio de cuota mutual a cargo del mismo.** Dentro de las condiciones se plantea los ingresos totales incluyendo las prestaciones de pasividad o retiro, no superando un tope establecido a la cantidad de \$ 1.050 al 1° enero/1997 y a partir del 1° de enero/1998 en adelante a la suma de \$ 1.250, ambas tomadas a valores de mayo/1995. Esta prestación es incompatible con ingresos derivados de cualquier actividad remunerada, que en su conjunto superen con las jubilaciones, los valores establecidos por la presente ley. En el caso de que los jubilados del BPS con derecho a esta cobertura tuvieran además beneficio por otro régimen, podrán optar por esta prestación en las condiciones establecidas (Art. 187 de Ley 16.713).

A diez años de este logro, en el año 2007 se comienzan a concretar a nivel normativo, la reforma de salud, que a nivel del Estado se promovieron a partir del nuevo gobierno instaurado en el año 2005.

En este sentido, con la Ley 18.131 de 31/05/2007 se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es administrado por el BPS y financia el régimen de prestación de asistencia médica a los beneficiarios del Seguro de Enfermedades del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley 16.713 de 3/9/1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la ley.

Entre otras competencias establecidas se dispone que los beneficiarios del FONASA, podrán optar por su afiliación a las IAMC, contratadas por el BPS, o por ASSE, bajo las condiciones establecidas entre dichas instituciones (BPS y IAMC o ASSE). Se exceptúa de dicha afiliación quienes se encuentren amparados en otros regímenes, que le aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema que se crea en la presente ley. En ningún caso será admitida la doble cobertura de la asistencia médica.

Según lo establecido por la Ley N° 18.211 de 13/12/2007 respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud, en cuanto a su creación, funcionamiento y financiación, se destaca la siguiente información, de mayor relevancia para la población en estudio:

El artículo 62 (capítulo VII) plantea que los trabajadores dependientes y no dependientes, incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación,

continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar, establecidos en la presente ley.

En los artículos 63 y 68 de la ley referida, se dispone que están incorporados al Seguro Nacional de Salud los afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes y no dependientes en actividades amparadas al BPS, en ambos casos con jubilaciones vigentes con anterioridad al 1° de enero de 2008, en las condiciones ya establecidas en los artículos 186 y 187 de la Ley N° 16.713. Se exige que los ingresos no superen los \$ 5.554,42 en los jubilados dependientes y 2,5 BPC para los jubilados no dependientes amparados por el BPS, aportando un 3% de su pasividad a partir del 1° enero/2008.

Teniendo en cuenta que se genera una diferencia en el derecho de salud, entre los que se encuentran jubilados y los que se acojan a la jubilación por ley 18.211, se recoge esta situación en el Decreto Reglamentario CM/830 de 5 de octubre de 2009, donde entre otras cosas se establece:

- Incluir como usuarios al Seguro Nacional de Salud a los jubilados anteriores al 1° de enero de 2008 con actividades amparadas por el BPS que al momento de registrarse en las entidades prestadoras de servicios de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, no perdiéndose la calidad de usuarios si las condiciones varían en el futuro.
- Se contemplan a los usuarios que perdieron su derecho en el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2008 y la fecha de vigencia de este decreto, a efectuar en un plazo de 90 días desde la vigencia de este decreto.

Dentro de este contexto normativo es importante aclarar que los beneficiarios de salud en condición de jubilados del BPS, están encuadrados en las siguientes circunstancias⁷:

- 1- Ser JUBILADO de una actividad amparada por el BPS como TRABAJADOR DEPENDIENTE (EMPLEADO) y NO tener INGRESOS NOMINALES PROPIO POR TODO CONCEPTO (incluyen: pasividades del BPS, otras pasividades o ingresos, incluida a la Prima por Edad), que SUPEREN el TOPE establecido para esta categoría de afiliados.
- 2- Ser JUBILADO de una actividad amparada por el BPS como TRABAJADOR NO DEPENDIENTE (PATRÓN), siempre que el haber jubilatorio no supere las 2,5 BPC e integren hogares cuyo promedio de ingresos por todo concepto no supere las 2,5 BPC.
- 3- JUBILADO con fecha de cese posterior al 1/1/2008, por cualquier actividad por la que hubiere sido beneficiario en el período inmediato anterior, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) establecido por ley N° 18.211. En este caso, también tendrán el derecho de la afiliación mutua, los hijos menores de 18 años, o mayores de esa edad con discapacidad, propios o de su cónyuge o concubino.

⁷ *Página web del BPS*

3. Análisis de resultados

En este apartado se analizan los indicadores elaborados a partir de los microdatos de la ECH relevada por el INE, en el período que se extiende desde el año 2006 hasta el 2010.

Este documento pretende mostrar la cobertura de salud de los jubilados del BPS y su evolución durante el período seleccionado, procurando exponer no solo los cambios posibles de visualizar sino generar un análisis del proceso transitado hacia el sistema nacional integrado de salud.

Se presenta información respecto a la población de jubilados del BPS que se atienden en salud, y además se analiza aquellos jubilados que tienen como beneficio la cuota mutual y de aquellos otros que no cuentan con esta subvención, en base a las reglamentaciones normativas existentes para este sector.

3.1 Jubilados BPS

Previo a presentar la información de las ECH, se muestran datos del BPS sobre la cantidad de jubilados en relación a la cobertura de cuota de salud.

En el cuadro N° 1 se observa el total de jubilados del BPS, los afiliados con cuota mutual y la variación anual durante el período de estudio 2005 - 2009.

Cuadro N°1: Jubilados BPS: totales y con cuota mutual (*)

	Total	Afiliados	Afiliados/Total	Variación Anual Afiliados
2005	353.213	49.154	14%	
2006	349.314	50.051	14%	1,8%
2007	345.412	52.560	15%	5,0%
2008	346.294	72.033	21%	37,0%
2009	359.946	87.891	24%	22,0%
2010	377.104	109.972	29%	25,1%

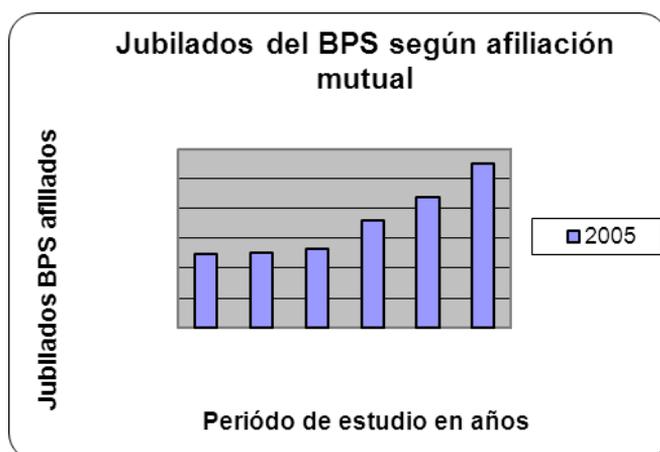
Fuente: Boletín Estadístico N° 66, BPS - AGSS – AEA (pag.183 y 351)

(*) A diciembre de cada año.

Existe un aumento de los jubilados totales del BPS y de los cubiertos por la cuota de salud.

A diciembre de 2010 se registran 109.972 jubilados que perciben la cuota mutual. La proporción de jubilados con cuota mutual en relación al total, pasaron de representar 14% a 29% a fines de 2010. Se observa un incremento sostenido de afiliados a partir de la reforma de salud.

En el gráfico adjunto se muestra claramente la situación planteada.



En el cuadro N° 2 se presenta el porcentaje de jubilados del BPS representados en el total de la población, con apertura por sexo.

Cuadro N° 2 – Porcentajes de Jubilados BPS representados en la Población Total País y por sexo.

	2006	2008	2009	2010
Jubilados BPS	10,15	9,58	10,42	11,13
Hombres Jubilados BPS	9,65	9,14	10,11	10,74
Mujeres Jubiladas BPS	10,63	10,00	10,70	11,48

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Se aprecia un aumento gradual de los jubilados del BPS representados en el total de la población.

Al observar datos registrados a 2010 se presenta que el 11,13% representa a los jubilados del BPS en relación a la población total. Al comparar el período 2006 al 2010, se advierte un aumento porcentual del 0,98%.

En la apertura por sexo se distingue una mayor proporción de mujeres jubiladas (11,48% a 2010) en relación a los hombres jubilados del BPS (10,74% igual período).

En ambos sexos se observa un leve aumento porcentual durante los años en estudio.

Cuadro N° 3 – Porcentajes de Jubilados BPS, representados en la Población de Personas Mayores de 60 y más años - Total País y por sexo.

	2006	2008	2009	2010
Jubilados BPS	57,57	54,01	52,85	62,30
Hombres Jubilados BPS	63,83	60,36	59,03	69,71
Mujeres Jubiladas BPS	53,15	49,55	48,53	57,12

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Nota: Se debe tener en cuenta que dentro de la población de jubilados del BPS existen tramos de edades menores a 60 años, de menor incidencia

La cantidad de jubilados del BPS representa el 62,30% del total de personas de 60 y más años en el 2010. Este porcentaje ha aumentado en el período 2006 y 2010, en un 4,73%, si bien es un leve aumento puede estar indicando que la flexibilización de edad al jubilarse pueda tener alguna incidencia al respecto. En apertura por sexo se observa que es mayormente proporcional el porcentaje de hombres (69,71%) en relación a las mujeres (57,12%) en este tramo de edad.

Como forma de componer el perfil de jubilado del BPS que se atienden en salud, se presenta en el cuadro 4 datos con apertura por tramos de edades.

Cuadro N° 4 – Distribución de Jubilados BPS que atienden su salud por año según tramo de edades.

	2006	2008	2009	2010
15 A 19	0,00	0,01	0,00	0,00
20 A 44	0,34	0,29	0,26	0,35
45 A 64	14,14	12,93	13,63	15,47
65 A 74	42,69	41,47	41,00	40,23
75 Y MÁS	42,84	45,29	45,10	43,95
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

El tramo de 75 y más años es el mayor grupo de edad al igual que los comprendidos entre los 65 y 74 años, representando un porcentaje importante entre la población jubilada del BPS.

3.2 Atención en Salud

Previo a realizar el análisis de este tema es conveniente indicar la información a que refiere cada institución de salud⁸:

MSP – Están incluidas todas las dependencias del MSP. Se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia.

Hospital de Clínicas – Si bien para este estudio se unen los **datos** en un mismo grupo de institución, este centro depende de la Universidad de la República. Al igual que en caso anterior, se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia.

Sanidad Policial o Militar – La atención en esta institución puede ser de un beneficio tanto para el efectivo como para sus familiares. Estas policlínicas atienden usuarios con todo tipo de coberturas, verificándose un alto porcentaje de usuarios del sistema público (ASSE).

Policlínica Municipal – Debe contar con el Carné de Asistencia correspondiente a esta unidad de salud. Estas policlínicas atienden usuarios con todo tipo de coberturas, verificándose un alto porcentaje de usuarios del sistema público (ASSE). Para estos

⁸ Manual del Entrevistador – Metodología Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006 - INE

últimos los medicamentos y estudios también se proporcionan en forma totalmente gratuita.⁹

Centros de Salud del BPS – Refiere a aquellas personas que tiene derecho de atender su salud en los distintos servicios que presta este sistema de seguridad social a cargo del propio Organismo (Centros Maternos, DEMEQUI, etc.), contando para esto con un carné de asistencia.

IAMC – Atención en Mutualistas contando también con carnet, recibo o documento que habilite la consulta.

Seguros Privados – Se incluye al seguro “privado parcial quirúrgico” y de “salud total”. También está la categoría “**Otros**” a fin de considerar aquellos casos que no estén contemplados en los ítems anteriores, por ejemplo centros médicos de ANCAP, BHU o BSE.

En el cuadro 5 se presenta la distribución de los jubilados que reciben alguna prestación del BPS por tipo de institución de salud, durante el período 2006 a 2010.

Cuadro N° 5 - Distribución de Jubilados del BPS por año, según tipo de institución donde atienden su salud.

Institución de Salud	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	27,90	26,25	27,45	27,79
Sanidad Policial o Militar	2,17	2,19	2,49	2,15
Policlínicas Municipales	0,79	0,63	0,60	0,48
BPS	0,05	0,01	0,03	0,04
IAMC	65,15	66,17	67,79	68,19
Seguros Privados y Otros	3,03	4,17	1,20	0,93
No se atienden	0,91	0,58	0,44	0,42
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Si tomamos los datos al año 2010 surge que el 68,19% de los jubilados del BPS atienden su salud en una IAMC, representando a más de la mitad de esta población que se atienden en los centros de salud privados. Un 27,79% se atienden en salud pública; un 0,93% en Seguros Privados y Otros; 2,15% en Sanidad Policial o Militar; un 0,48% en Policlínicas Municipales; un 0,42 No se atienden en salud y un 0,04 en BPS.

La institución de salud IAMC es uno de los servicios que mayormente opta la población jubilada del BPS, observando un aumento gradual pero permanente por parte de este colectivo. Está descendiendo la atención en salud en los seguros privados y otros. La atención en instituciones públicas de salud se mantiene estable en el período.

En este sentido surge que más del 70% de los jubilados del BPS realizan una opción por la atención en salud a nivel privado, sobre todo por las instituciones de asistencia médica

⁹ Publicación Div..Salud IMM <http://www.montevideo.gub.uy/ciudadania/servicios/salud/policlinicas/policlinicas>

colectiva, teniendo en cuenta que es menor quienes optan por los seguros privados (0,93%). Quienes eligen el sector público, corresponden a un tercio de esta población.

Al realizar un análisis por el período de estudio que comprende el año 2006 a 2010 se registra un aumento gradual en las opciones de atención en las IAMC, y un descenso en Seguros Privados y Otros. Se observa una baja poco significativa en la atención en instituciones públicas (MSP, Sanidad Policial y Militar, BPS y Policlínicas Municipales). Asimismo, viene bajando en forma porcentual los jubilados que no se atienden en salud, representados en un 0,42%.

En el siguiente cuadro se presentan datos sobre el porcentaje de jubilados del BPS por sexo, según el tipo de institución donde atienden su salud, en el periodo de estudio.

Cuadro N° 6 - Distribución de Jubilados del BPS por año y sexo, según tipo de institución donde atiende su salud.

Institución de Salud	2006		2008		2009		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M
M.S.P./Hosp. Clínicas	32,27	24,19	30,77	22,38	31,20	24,26	32,54	23,75
Sanidad Policial o Militar	1,29	2,91	1,29	2,97	1,55	3,30	1,14	3,01
Policlínicas Municipales	0,90	0,70	0,66	0,60	0,70	0,51	0,51	0,45
BPS	0,06	0,05	0,00	0,02	0,05	0,01	0,02	0,06
IAMC	60,45	69,14	61,84	69,87	64,36	70,71	64,03	71,73
Seguros Privados y Otros	3,71	2,45	4,70	3,72	1,40	1,02	1,03	0,85
No se atienden	1,31	0,56	0,74	0,44	0,74	0,19	0,72	0,16
Total	100,0							

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS – APSS

En relación a la situación de atención en salud por sexo se observa para el año 2010 que:

Los hombres jubilados del BPS realizan la atención en salud a nivel privado en un 65,06% y a nivel del sector público está representado en un 34,21%. Un 0,72% no se atienden en salud, donde si bien no es un dato significativo, es un indicador a seguir, teniendo en cuenta que a mayor edad se está más vulnerable a transitar por enfermedades de carácter invalidantes.

En relación a las mujeres jubiladas del BPS que se atienden en salud se observa la siguiente distribución: un 72,58% a nivel privado, un 27,27% en el ámbito público. Un 0,16% no se atienden en salud.

Observando el comportamiento que asumen los indicadores, en relación al género, se plantea que existe una distribución similar en ambos casos, pero la mujer en comparación al hombre se atiende en mayor proporción en las IAMC y en Sanidad Policial o Militar. El hombre se atiende en mayor proporción que la mujer en MSP/Hospital de Clínicas, en Seguros Privados y en Policlínicas Municipales. También es mayor la cantidad de hombres que no se atienden en salud en relación a las mujeres.

En ambos casos se observa que tanto los hombres como las mujeres jubilados del BPS no efectúan atención de salud en el BPS.¹⁰

Cuadro N° 7 – Porcentaje de Jubilados del BPS por tramo de edad por tipo de institución donde atiende su salud, según período de estudio

Instituciones Salud	Tramo de Edad											
	15 A 19				20 A 44				45 A 64			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	100,0	100,0	0,00	0,00	35,34	41,41	32,26	35,21	27,03	24,67	25,29	25,14
Sanidad Pcial./Militar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,85	3,25	2,48	2,17
Policlínicas Mcipales.	0,00	0,00	0,00	0,00	1,94	0,00	0,00	0,00	0,87	0,62	0,63	0,27
BPS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,12	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02
IAMC	0,00	0,00	0,00	0,00	55,48	51,44	64,63	64,79	65,44	66,63	69,30	71,15
Seguros Priv./Otros	0,00	0,00	0,00	0,00	6,89	7,15	0,00	0,00	2,43	3,68	1,66	0,60
No se atienden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	1,38	1,17	0,64	0,65
TOTAL	100,0	100,0	0,00	0,00	100,0							

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Instituciones Salud	Tramo de Edad							
	65 A 74				75 Y MÁS			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	29,56	27,62	28,78	28,40	26,47	25,33	26,87	28,11
Sanidad Pcial./Militar	2,14	2,24	2,75	2,33	2,00	1,87	2,28	2,00
Policlínicas Mcipales.	0,93	0,87	0,67	0,60	0,62	0,42	0,53	0,44
BPS	0,07	0,00	0,02	0,08	0,05	0,02	0,04	0,02
IAMC	63,52	64,69	65,91	67,14	66,76	67,50	69,07	68,14
Seguros Priv./Otros	2,73	4,01	1,34	0,97	3,49	4,45	0,93	1,02
No se atienden	1,05	0,58	0,55	0,48	0,61	0,41	0,29	0,28
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS – APSS

Al analizar la atención de salud de los jubilados del BPS en cada uno de los tramos de edades, es posible plantear que a nivel general son en los tramos de mayor edad donde se registra la atención en más de una institución.

¹⁰ Lo que estaría justificado, debiendo tener en cuenta que los centros a cargo de este Organismo son para la población materna – infantil y personas con discapacidad, condicionadas a ingreso por edad y con derecho generado según situación laboral de los cotizantes. Por otra parte el servicio de DEMEQUI (Departamento Médico Quirúrgico) fue asignada a la ex Dirección General de la Seguridad Social (hoy BPS) en el año 1981, según decreto ley N° 15.084, contando con 29 años de estar regulado por el Organismo (Fuente: Marco Regulator de las prestaciones de salud del BPS – Servicio Materno Infantil y Ayudas Especiales – Comité Estratégico de Salud).

Si nos detenemos a realizar un estudio más específico, se puede observar al año 2010 que:

- en el tramo de 15 a 19 años no se registra población de jubilados del BPS (en años anteriores se realizaba a nivel público, concentrado en una sola institución).
- dentro del tramo de 20 a 44 años, el mayor registro se da a nivel de IAMC con un 64,79%, le sigue MSP/Hospital de Clínicas con un 35,21%. Este tramo tiene mayor registro a nivel de atención privada.
- En las edades de 45 a 64 años se observa un mayor abanico de atención en las distintas instituciones según categoría de estudio. El mayor porcentaje es a nivel de las IAMC con 71,15%; le sigue el MSP/Hospital de Clínicas con 25,14%; Seguros Privados y otros con 0,60%; Sanidad Policial o Militar con 2,17%; un 0,27% en Policlínicas Municipales, un 0,02% en BPS y un 0,65% No se atienden su salud. El mayor registro se da a nivel de atención médica privada.
- entre los 65 a 74 años al igual que en el tramo anterior, se registra una atención ampliada en las categorías de instituciones que comprende este estudio. El 67,14% se atienden en las IMAC; un 28,40% en el MSP/Hospital de Clínicas; el 0,97% en Seguros Privados y Otros; el 2,33% en Sanidad Policial/Militar; 0,60% en Policlínicas Municipales, un 0,08% en BPS y 0,48% no se atienden.
- en la edad de 75 y más años se registra que la atención de este grupo etéreo se da en la totalidad de las instituciones de salud, planteadas en este estudio. El 68,14% se atienden en IAMC; el 28,11% en el MSP/Hospital de Clínicas; el 1,02% en Seguros Privados y Otros; un 2,00% en Sanidad Policial o Militar, el 0,44% en Policlínicas Municipales, un 0,02% en Centros Salud BPS y el 0,28% no se atienden a nivel de salud.

Para una mejor visualización de los cambios que se procesan durante el periodo de estudio de 2006 a 2010 se adjunta el siguiente cuadro graficado, posibilitando analizar la situación de los jubilados del BPS que se atienden en salud, por tramo de edades:

Gráfico 1 – Evolución del nivel de atención de Jubilados BPS por tramo de edad, según institución de salud.

Instituciones de Salud	Tramo de Edad de Jubilados BPS según atención				
	15 A 19	20 A 44	45 A 64	65 A 74	75 Y MÁS
M.S.P./Hosp.Clínicas	↓	↓	↓	↓	↑
Sanidad Policial o Militar	0	0	↓	↑	=
Policlínicas Municipales	0	↓	↓	↓	↓
BPS	0	0	↑	↑	↓
IAMC	0	↑	↑	↑	↑
Seguros Privados y Otros	0	↓	↓	↓	↓
No se atienden	0	↓	↓	↓	↓

Fuente: Indicadores creados en base a cuadro N° 7.

Simbología: aumentó ↑ disminuyó ↓ se mantuvo incambiada = y no registra datos 0.

- En los jubilados del BPS de 15 a 19 años de edad baja la atención de salud a 0% por no registrar población en ese tramo.
- En el grupo de edades de 20 a 44 años aumenta la atención a nivel de IAMC y baja en MSP/Hospital de Clínicas, Policlínicas Municipales y Seguros Privados y Otros. Se mantiene incambiada la situación en Sanidad Policial y Militar y en BPS. En la categoría “no se atienden en salud” baja el dato, siendo favorable por contabilizar menos personas sin control salud.
- De 45 a 64 años baja la atención en MSP/Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar, Policlínicas Municipales y Seguros Privados y Otros. Aumenta la atención en IAMC y en Centro Salud BPS.
- En el tramo de 65 a 74 años aumenta la atención en Sanidad Policial/Militar, Centros Salud BPS e IAMC. Desciende la atención de los jubilados del BPS en MSP/Hospital Clínicas, Policlínicas Municipales y en Seguros Privados y Otros. Se registra un descenso porcentual en “no se atienden en salud”.
- En la edad de 75 y más aumenta la atención en salud a nivel del MSP/Hospital de Clínicas y las IAMC. Se observa que baja el porcentaje de jubilado en atenderse en las instituciones de salud de Policlínicas Municipales, Centros Salud BPS y Seguros Privados y Otros. Se mantiene incambiada la situación en Sanidad Policial y Militar. No se atienden en salud registra una disminución porcentual.

En forma transversal se registra en los tramos de edad que van de 20 a 75 y más años de edad, una disminución de los jubilados del BPS en la categoría “No se atienden en salud”, siendo un dato significativo. En el tramo de 15 a 19 años se mantiene igual, dado que en esta edad no se registraba esta situación (0%).

Además se observa que en los tramos de edades que van de 20 a 75 y más aumenta la atención en centros de salud de nivel privado.

En los siguientes cuadros 8 y 9, se puede apreciar la forma de atención de los pasivos del BPS por sexo, dentro de cada tramo de edad establecido, por categoría de atención y período de estudio.

Cuadro N° 8 - Distribución de Hombres Jubilados del BPS por tramo de edad y año, según tipo de institución donde atiende su salud.

Instituciones Salud	Tramo de Edad											
	15 A 19				20 A 44				45 A 64			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	100,0	100,0	0,00	0,00	41,09	53,73	34,48	35,29	34,15	32,53	28,94	30,74
Sanidad Pcial./ Militar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,46	1,77	1,67	1,30
Policlínicas Mcipales.	0,00	0,00	0,00	0,00	3,16	0,00	0,00	0,00	1,26	1,15	0,90	0,38
BPS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	0,02	0,00	0,00	1,00
IAMC	0,00	0,00	0,00	0,00	43,97	38,97	59,96	64,71	56,63	58,70	65,15	66,07
Seguros Priv./Otros	0,00	0,00	0,00	0,00	11,21	7,30	0,00	0,00	3,34	4,21	2,09	0,33
No se atienden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00	0,00	2,14	1,64	1,26	1,17
TOTAL	100,0	100,0	00,0	00,0	100,0							

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS – APSS

Instituciones Salud	Tramo de Edad							
	65 A 74				75 Y MÁS			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	34,83	32,99	34,17	33,61	28,82	27,77	28,74	32,06
Sanidad Pcial./Militar	1,06	1,44	1,93	1,31	1,16	1,00	1,11	0,92
Policlínicas Mcipales.	1,04	0,75	0,89	0,57	0,61	0,44	0,45	0,50
BPS	0,09	0,00	0,04	0,02	0,00	0,00	0,05	0,04
IAMC	58,14	59,61	60,67	62,46	64,37	65,27	68,07	64,94
Seguros Priv./Otros	3,26	4,54	1,51	1,21	4,24	4,99	1,08	1,11
No se atienden	1,58	0,68	0,80	0,83	0,75	0,55	0,51	0,44
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

A continuación se desagrega información respecto a la situación de los hombres jubilados del BPS referidos al año 2010:

- en los hombres jubilados del BPS, dentro del tramo de edad de 15 a 19 años, no se registran datos a este año, es decir el 0,0%, en años anteriores se planteaba que solo se atendían a nivel del MSP/Hospital de Clínicas.
- en el grupo de 20 a 44 años la atención en salud se distribuye en dos sectores, a nivel privado en las IAMC representando en un 64,71% y en el sector público en el MSP/Hospital de Clínicas registrando un 35,29%.
- en el tramo de 45 a 64 años se amplía la atención en varios centros de salud, existiendo mayor porcentaje dentro del sector privado, en las IMAC con 66,07%, le sigue a nivel público el MSP/Hospital de Clínicas con 30,74% y en menor porcentaje le siguen Sanidad Policial y Militar 1,30%, Centro Salud BPS 1,00% y Policlínicas Municipales con 0,38%. Desciende la atención en Seguros Privados y Otros que pasa de 3,34 a 0,33% y No se atienden en Salud de 2,14% a 1,17%.
- con relación al grupo de hombres jubilados del BPS de 65 a 74 años, se presenta que el 62,46% atienden su salud en las IAMC, un 33,61 en el MSP/Hospital de Clínicas, 1,31% en Sanidad Policial y Militar, 1,21% en Seguros Privados y Otros, 0,57% en Policlínicas Municipales y 0,02 en Centros Salud BPS. No se atienden representados en un 0,83%.
- en el tramo de 75 y mas años se observa que los hombres jubilados del BPS se atienden en forma mayoritaria en la IAMC representado en un 64,94%, en menor grado en la institución MSP/Hospital de Clínicas con 32,06% y con datos mínimos se encuentran Seguros Privados y Otros con 1,11%, 0,50% en Policlínicas Municipales y en Sanidad Policial y Militar un 0,92% y 0,04% en BPS. No atienden su salud sólo se registra un 0,44%.

A fin de observar la evolución de los datos durante el periodo de estudio 2006 a 2010, se adjunta el gráfico siguiente posibilitando un mejor análisis.

Gráfico 2 – Evolución del nivel de atención de Hombres Jubilados BPS por tramo de edad, según institución de salud.

Instituciones de Salud	Tramo de Edad de Hombres Jubilados BPS según atención				
	15 A 19	20 A 44	45 A 64	65 A 74	75 Y MÁS
M.S.P./Hosp. Clínicas	↓	↓	↓	↓	↑
Sanidad Policial o Militar	0	0	↓	↑	↓
Policlínicas Municipales	0	↓	↓	↓	↓
BPS	0	0	↑	↓	↓
IAMC	0	↑	↑	↑	↑
Seguros Privados y Otros	0	↓	↓	↓	↓
No se atienden	0	↓	↓	↓	↓

Fuente: Indicadores creados en base a cuadro N° 8.

Simbología: *↑* aumentó *↑* disminuyó *↓* se mantuvo incambiada = y no registra datos 0.

Si realizamos una observación general del comportamiento en la atención de hombres jubilados del BPS en los períodos en estudio y a nivel de atención de salud en las diferentes categorías por institución, se observa que:

- el índice que representa una baja acentuada en las instituciones de atención de salud se encuentra registrado en el tramo de edad de 75 y más.
- una baja en forma progresiva en el tramo de 20 a 44 años.
- Mayor baja y menor aumento se presenta en el grupo de 45 a 64 y de 65 a 74 años.
- en todas las edades se observa una disminución en la categoría “no atención en salud”.

A nivel del sexo femenino se presenta cuadro con datos numéricos y graficados con su respectivo análisis.

En este cuadro se presenta información respecto a las mujeres jubiladas del BPS, por tramos de edad, según institución de salud donde se atienden.

Cuadro N° 9 - Distribución de Mujeres Jubiladas del BPS por tramo de edad y año, según tipo de institución donde atiende su salud.

Instituciones Salud	Tramo de Edad											
	15 A 19				20 A 44				45 A 64			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	0,00	0,00	0,00	0,00	26,15	19,16	29,43	35,10	21,12	17,89	22,25	20,72
Sanidad Pcial./Militar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,16	4,51	3,15	2,86
Policlínicas Mcipales.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,17	0,39	0,18
BPS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
IAMC	0,00	0,00	0,00	0,00	73,85	73,95	70,57	64,90	72,76	73,45	72,77	75,15
Seguros Priv./Otros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,89	0,00	0,00	1,68	3,22	1,31	0,81
No se atienden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	0,75	0,13	0,24
TOTAL	0,00	0,00	00,0	00,0	100,0							

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Instituciones Salud	Tramo de Edad							
	65 A 74				75 Y MÁS			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	24,83	22,61	23,42	23,34	24,59	23,43	25,48	25,07
Sanidad Pcial./Militar	3,10	2,98	3,56	3,32	2,67	2,56	3,14	2,82
Policlínicas Mcipales.	0,83	0,98	0,45	0,63	0,63	0,41	0,60	0,40
BPS	0,06	0,00	0,00	0,13	0,06	0,03	0,03	0,00
IAMC	68,37	69,43	71,10	71,69	68,67	69,25	69,81	70,60
Seguros Priv./Otros	2,25	3,51	1,18	0,74	2,89	4,02	0,82	0,95
No se atienden	0,57	0,49	0,29	0,14	0,50	0,30	0,12	0,16
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

- Dentro del tramo de edad de 15 a 19 años no surgen datos, por lo que no existirían mujeres, dentro de la población jubilada del BPS.
- en las edades comprendidas entre 20 a 44 años, si se toma como referencia el año 2010, surge que el 64,90% se atienden a nivel privado sólo en las IAMC. A nivel público se atienden un 35,10% sólo a nivel del MSP/Hospital de Clínicas. Esta población estaría cubierta con relación a su salud, teniendo en cuenta que no existen datos en la categoría “no se atienden en salud”.
- en el grupo de jubiladas del BPS entre 45 a 64 años, existe una mayor apertura en la atención de salud, ampliándose el abanico de las instituciones de salud en las que se atienden. El 75,15% se controlan en las IAMC, un 20,72% en el MSP/Hospital de Clínicas, un

2,86% en Sanidad Policial y Militar, 0,81% en Seguros Privados y Otros, 0,18% en Policlínicas Municipales y un 0,04% en BPS. Un 0,24% es el porcentaje de mujeres jubiladas del BPS que no se atienden en salud.

- de 65 a 74 años se observa una apertura respecto a la atención en todas las instituciones de salud. Si lo agrupamos por categoría pública y privada, se observa que el 72,43% de las mujeres jubiladas del BPS realizan una opción en la atención a nivel privado (71,69% en las IAMC y 0,74% en Seguros Privados y Otros). Un 27,42% se agrupan en la atención a nivel público: 23,34% en el MSP/Hospital de Clínicas; 3,32% en Sanidad Policial y Militar y 0,63% en Policlínicas Municipales, 0,13% en BPS. Sólo un 0,14% no se atienden en salud.
- en el tramo de 75 y más años se registran datos de atención en la mayoría de las instituciones de salud. Un 71,55% se atienden a nivel privado: 70,60% en las IAMCS y un 0,95% en Seguros Privados y Otros. Un 28,29% de las mujeres jubiladas del BPS cuentan con cobertura en el sector público: 25,07% en el MPS/Hospital de Clínicas, 2,82% en Sanidad Policial y Militar y 0,40% en Policlínicas Municipales. Un 0,16% es el grupo de población que no se atienden en salud.

Gráfico 3 - Evolución del nivel de atención de Mujeres Jubiladas BPS por tramo de edad, según institución de salud.

Instituciones de atención salud	Tramo de Edad de Mujeres Jubiladas BPS según atención				
	15 A 19	20 A 44	45 A 64	65 A 74	75 Y MÁS
M.S.P./Hosp. Clínicas	0	↑	↓	↓	↑
Sanidad Policial o Militar	0	0	↓	↑	↓
Policlínicas Municipales	0	0	↓	↓	↓
BPS	0	0	↑	↑	↓
IAMC	0	↓	↑	↑	↑
Seguros Privados y Otros	0	↓	↓	↓	↓
No se atienden	0	0	↓	↓	↓

Fuente: Indicadores creados en base a cuadro N° 9.

Simbología: *↑* aumentó *↓* disminuyó *↕* se mantuvo incambiada = y no registra datos 0.

A partir de una observación general del comportamiento en la atención de mujeres jubilados del BPS, en los períodos en estudio y según tipo de atención por institución de salud, considerando las diferentes categorías, se observa que:

- en el tramo de 15 a 19 años no se registran datos, no existiendo variación de la situación.
- en los tramos de 20 a 44 se registran datos de atención en 2 instituciones de salud, aumentando la cobertura en el sector público y disminuyendo la atención a nivel privado. No se verifican datos en la categoría no se atienden en salud, manteniéndose incambiada.

- para las mujeres jubiladas del BPS comprendidas en el tramo de edad de 45 a 64 años, se plantea situaciones de baja en la atención en salud mayormente en el sector público y en forma contraria aumenta dentro del sector privado. Existe una baja entre las personas que no se atienden en salud.
- el grupo de mujeres jubiladas de 65 a 74 años tiene una disminución en la atención a nivel del MSP/Hospital de Clínicas, Policlínicas Municipales y Seguros Privados y Otros. Un aumento en Sanidad Policial y Militar, Centros de Salud BPS y en las IAMC. Disminuye las personas que no se atienden en salud.
- en cambio en el tramo de 75 y más las mujeres jubiladas presentan más episodios de bajas que de altas, en relación a la atención en salud. Aumenta la atención en MSP/Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar e IAMC. Las bajas están relacionadas con la atención dentro de los dos sectores público y privado. También se registra baja entre las mujeres jubiladas del BPS que no se atienden en salud.

A nivel general se puede observar que las mujeres jubiladas del BPS se han volcado mayormente a la elección de salud dentro del ámbito privado y durante el periodo de estudio se registra un aumento en esta categoría.

4. Atención de Salud y nivel de ingreso

En el cuadro N° 10 se efectúa una exploración respecto al ingreso personal de los jubilados del BPS, por tramos de asignación según la unidad financiera de Base de Prestaciones Contributivas - BPC -¹ y tipo de institución donde atienden su salud.

Tramos de BPC	Monto correspondiente a \$
Hasta 3 BPC	\$ 6.183
> 3 hasta 6 BPC	> \$ 6.183 a \$12.366
> 6 a 9 BPC	> \$12.366 a \$ 18.549
> 9 BPC	\$ 18.549

¹ BPC equivale a \$ 2.061 (año 2010)

Fuente: Intranet BPS

Cuadro N° 10 Distribución de Jubilados del BPS según tipo de institución de salud por ingreso personal y año.

Instituciones Salud	Tramo de Ingreso Personal							
	Hasta 3 BPC				> 3 a 6 BPC			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	37,20	31,76	32,79	31,56	31,95	34,91	37,23	37,10
Sanidad Pcial./Militar	1,47	1,53	1,46	1,21	2,50	2,13	2,25	1,90
Policlínicas Mcipales.	1,05	0,65	0,61	0,45	0,95	0,93	0,86	0,68
BPS	0,12	0,02	0,07	0,10	0,01	0,00	0,02	0,00
IAMC	57,29	63,06	64,15	65,96	60,40	57,05	57,86	58,99
Seguros Priv./Otros	1,89	2,50	0,61	0,43	3,24	4,35	1,22	0,76
No se atienden	0,98	0,50	0,31	0,30	0,96	0,63	0,55	0,57
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Instituciones Salud	Tramo de Ingreso Personal							
	> 6 a 9 BPC				> 9 BPC			
	2006	2008	2009	2010	2006	2008	2009	2010
M.S.P./Hosp. Clínicas	11,05	12,52	15,40	20,38	2,77	3,38	4,79	4,92
Sanidad Pcial./Militar	2,74	3,22	3,67	3,83	3,13	3,16	4,26	3,20
Policlínicas Mcipales.	0,28	0,44	0,49	0,44	0,04	0,06	0,10	0,11
BPS	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
IAMC	80,26	76,90	78,00	73,61	89,10	86,61	88,67	89,32
Seguros Priv./Otros	4,69	6,15	1,70	1,17	4,59	6,37	2,00	2,21
No se atienden	0,99	0,79	0,73	0,52	0,38	0,42	0,18	0,24
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

Los jubilados del BPS que tienen ingresos personales hasta 3 BPC que equivale a retribuciones de hasta \$6.183, han aumentando la asistencia de salud en las IAMC y descendió a nivel del MSP.

La población en estudio comprendida entre los tramos de ingresos personales de > 3 a 6 BPC refieren a mayor a \$6.183 hasta \$12.366, en relación a la atención de salud plantea como aspecto principal un aumento de asistencia a nivel del MSP/Hospital de Clínicas y una disminución a nivel de la atención privada, tanto en IAMC como en Seguros Privados y Otros.

En el tramo siguiente de > 6 a 9 BPC con ingresos mayores a \$12.366 hasta \$18.549, existe un aumento en la atención a nivel público comprendiendo este comportamiento en todas las instituciones públicas: MSP/Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar, Policlínicas Municipales y Centros de Salud BPS. Por otro lado desciende la atención a nivel privado, estando comprendidos las IAMC y Seguros Privados y Otros.

En el último tramo planteado > 9 BPC que comprenden los ingresos personales mayor a \$18.549, la gran mayoría de jubilados se atienden en las IAMC. En general aumenta la

atención en el MSP/Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar, Policlínicas Municipales y en las IAMC. Se registra una disminución porcentual en la atención en Seguros Privados y Otros.

En la categoría “No se atienden en salud” se observa una baja del porcentaje para todos los tramos planteados.

Gráfico 4 - Evolución del nivel de atención de Jubiladas BPS por ingresos personales, según institución de salud.

Instituciones Salud	Ingreso Personal- BPC			
	hasta 3 BPC	> 3 a 6 BPC	> 6 a 9 BPC	> 9 BPC
M.S.P./Hosp. Clínicas	↓	↑	↑	↑
Sanidad Pcial./Militar	↓	↓	↑	↑
Policlínicas Municipales	↓	↓	↑	↑
BPS	↓	↓	↑	=
IAMC	↑	↓	↓	↑
Seguros Priv./Otros	↓	↓	↓	↓
No se atienden	↓	↓	↓	↓

Fuente: Indicadores creados en base a cuadro N° 10.

Simbología: aumentó ↑ disminuyó ↓ se mantuvo incambiada = y no registra datos 0.

Si se compara la variación que ha existido en el periodo de estudio de 2006 a 2010 se observa, a partir del siguiente gráfico que:

Dentro de los jubilados del BPS comprendidos en el tramo de ingreso de hasta \$ 6.183 (3 BPC), se registra un único ascenso de atención en las IAMC y descenso en las otras categorías.

En el tramo mayor a \$6.183 hasta \$12.366 (>3 a 6 BPC) se observa sólo el aumento de atención a nivel del MSP/Hospital de Clínicas y una disminución a nivel de los otros centros de salud pública y a nivel privado.

Entre los ingresos personales comprendidos en el tramo mayor a \$12.366 hasta \$18.549 (>6 a 9 BPC) se verifica un alza en la atención a nivel del sector público, en todos los centros de salud y una disminución en cobertura a nivel privado.

Los jubilados del BPS que cuentan con ingresos superiores a \$18.549 (> 9 BPC) presentan un aumento de atención en las entidades de carácter público (con excepción de centros de BPS que se presenta igual en este periodo, 0,00%) y también a nivel privado en las IAMC. Sólo se presenta un descenso porcentual en Seguros Privados y Otros.

La categoría “no se atienden en salud” desciende para todos los tramos de edad planteados, lo que podría estar significando un aumento de la atención por parte de los jubilados del BPS.

5. ¿Quién paga la cuota de salud?

En la información que se presenta en el cuadro 11, se analiza quien paga o se hace cargo de la cuota de salud, abarcando solo a los jubilados que hayan respondido contar con derecho de atención en una Institución Médica Colectiva o Seguros Privados (totales o parciales).

Es frecuente que quien realice el pago de los servicios de atención médica sea una persona o entidad distinta a quien posee el derecho. Si bien el caso más frecuente es el de DISSE (ex Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad) se han observado diferentes modalidades como el pago por familiares no miembros del hogar (padres a hijos o viceversa) o empresas que asumen el pago de las cuotas mutuales de los familiares directos de sus empleados.²

El INE dirige esta consulta con el fin de obtener información directa de transferencias entre hogares o de ingresos adicionales obtenidos por un trabajador y para este estudio tiene, la finalidad de conocer quien se hace cargo de esta cobertura de salud de los jubilados del BPS³.

Cuadro N° 11 – Distribución de Jubilados del BPS que solo atienden Salud en IAMC y Seguros Privados/Otros según Quien Paga Cuota Salud.

Quien paga la cuota	2006			2008		
	IAMC	Seg.Priv./Otro	Total	IAMC	Seg.Priv./Otro	Total
Empleador algún miembro hogar	0,98	0,01	0,99	0,54	0,01	0,55
Familiar no integra este hogar	4,44	0,13	4,57	3,49	0,09	3,58
BPS/FONASA	24,66	0,16	24,82	34,66	0,13	34,79
Miembro de este hogar	66,37	2,53	68,90	56,82	3,03	59,85
Aporta la cuota salud Otro	0,69	0,01	0,70	1,18	0,04	1,22
<i>Sub Total</i>	<i>97,14</i>	<i>2,84</i>	<i>100,00</i>	<i>96,69</i>	<i>3,30</i>	<i>100,00</i>

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

² INE, Metodología de Encuesta Continua de Hogares

³ El orden establecido es:

El empleador de algún miembro del hogar, corresponde a la opción cuando la cuota de la institución médica es pagada por el empleador de algún miembro del hogar, ya sea dando el dinero o directamente del recibo.

Un familiar que no integra este hogar, para el caso de transferencias de otros hogares que no integran el hogar que está recibiendo la cuota de salud.

BPS, DISSE u otra institución similar, es el caso de la persona en que su afiliación a una institución de salud es a través de seguridad social.

Un miembro de este hogar, corresponde a todos aquellos casos donde un integrante del propio hogar es quien paga la cuota de la institución médica a la que se encuentre afiliado.

Otro, solo se utilizará cuando no es posible encasillar la situación dentro de los casos anteriormente descriptos.

Quien paga la cuota	2009			2010		
	IAMC	Seg.Priv./Otro	Total	IAMC	Seg.Priv./Otro	Total
Empleador algún miembro hogar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Familiar no integra este hogar	4,15	0,06	4,21	3,23	0,05	3,28
BPS/FONASA	37,51	0,10	37,61	45,31	0,06	45,37
Miembro de este hogar	57,58	0,60	58,18	50,92	0,46	51,38
Aporta la cuota salud Otro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Sub Total</i>	<i>99,24</i>	<i>0,16</i>	<i>100,00</i>	<i>99,46</i>	<i>0,57</i>	<i>100,00</i>

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

En este cuadro se presentan los datos por año, según el tipo de institución de carácter privado (IAMC y Seguros Privados y Otros) referidas a quien paga la cuota de salud de los jubilados del BPS.

Según datos a 2010 se plantea que:

Para las IAMC se registra que la mayor cifra está representada por 50,92% y corresponde al miembro del mismo hogar quien paga la cuota de salud. Le sigue un 45,31% que el aporte está dado por BPS/FONASA. En esta categoría es importante plantear que en los datos referidos al año 2006 estarían comprendidos los jubilados del BPS amparados por la Ley 16.713 de 3 de septiembre de 1995, ampliada en este documento. Los datos referidos al año 2010 estarían reflejados los nuevos jubilados integrados al Sistema Nacional de Salud. En menor porcentaje estarían representados la otra categoría “familiar que no integra este hogar” con 3,23.

Si se analiza los años 2006 referenciado a 2010, dentro del proceso de estudio planteado, se observa que aumentó la categoría de *BPS/FONASA* como organismo que aporta la cuota de salud, debiéndose tener en cuenta el proceso enmarcado dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se registra una disminución porcentual en los datos *Empleador de algún miembro del hogar* (pasó de 0,98% a 0,00%), *familiar que no integra este hogar* (de 4,44% a 3,23%) y *Miembro de este hogar* (66,37% a 50,92%).

Con respecto a los jubilados que se atienden en Seguros Privados de Salud, se plantea que el mayor dato está dado por el 0,46% quien paga la cuota de salud un miembro de este hogar.

Cuadro N° 11a – Distribución de Jubilados del BPS que solo atienden Salud en MSP, según Quien Paga Cuota Salud.

Quien aporta cuota salud (*)	2009	2010
FONASA	6,87	8,91
por bajos recursos	93,13	91,09
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaborado a partir de micro datos de ECH del INE.

(*)Este dato es levantado por el INE a partir del año 2009 registrando la implantación del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al MSP, por medio de ASSE, como una unidad ejecutora de salud.

A partir de la implantación del SNIS el MSP, a través de ASSE, se integra como prestador integral de salud, junto con otras instituciones como por ejemplo las IAMC, por lo cual los jubilados pueden optar por este sistema de atención.

Al año 2010, de los jubilados del BPS que se atienden en el MSP, el 8,9% lo hacen a través del FONASA.

6. Tipo de Cobertura de Salud en jubilados del BPS que se atienden en salud

En el cuadro N° 12 se plantea la situación relativa a la distribución de los jubilados del BPS que utilizan servicios de salud en relación a su condición de beneficiarios en la cobertura de la cuota de salud. En este sentido se tendrá en cuenta a los jubilados cubiertos y a los jubilados no cubiertos por este beneficio.

Cuadro N° 12 - Distribución de Jubilados BPS que utilizan servicio de salud, según tipo cobertura - Total País.

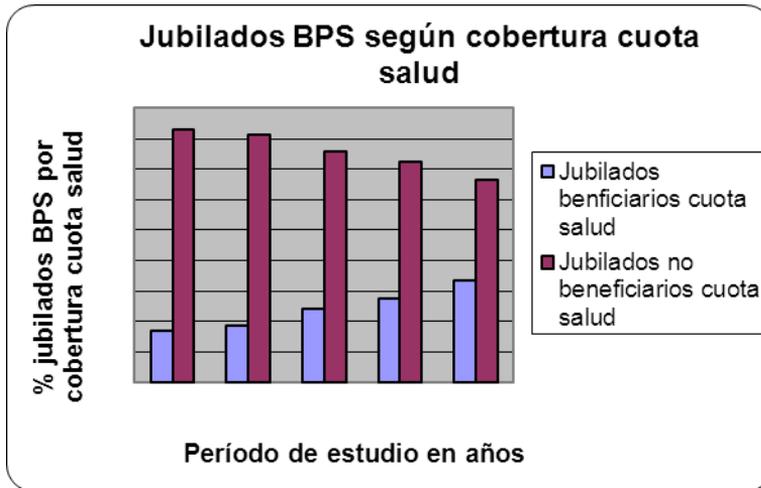
Años	Jubilados cubiertos BPS/FONASA	Jubilados no cubiertos por seguro colectivo público	Total Jubilados
2006	16,84	83,17	100,00
2008	24,02	75,98	100,00
2009	27,56	72,44	100,00
2010	33,55	66,45	100,00

Fuente: Sistema de Indicadores de Seguridad Social – BPS – AGSS - APSS

En el período 2006-2010 se ha duplicado la cobertura de salud de los jubilados del BPS a través de un seguro público colectivo (BPS/FONASA). Se pasa de un 17% a un 34%. Sin embargo aún el 66% de esta población tienen una cobertura privada o se atienden en el MSP por condición de bajos recursos.

Esta evolución está relacionada con la actual reforma de salud, instrumentada a través del SNIS, aplicado a partir de enero/2008 donde en forma paulatina se amplía el derecho de salud a todos los nuevos jubilados amparados por el BPS (dependientes y no dependientes) no importando el tope de ingreso jubilatorio.

Se adjunta el gráfico como forma de visualizar más claramente el proceso de transición al sistema integrado de salud.



7. Consideraciones Generales

En el periodo de estudio propuesto 2006 a 2010 queda comprendido desde el año 2008, el proceso hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El actual sistema se fundamenta en dar mayor protección a la población residente en nuestro país, racionalizar la atención en las instituciones de salud al tener que optar por un prestador integral de salud e ir avanzando en el camino ya iniciado de no poder atenderse en más de una institución de salud.

En el caso concreto de los jubilados del BPS es importante destacar que a partir del año 1995, se organiza un sistema de salud a nivel de todo el territorio nacional, para los beneficiarios con menores ingresos. A partir del 2008, con la implementación del SNIS se establece un sistema de cobertura con derecho a todos los pasivos comprendidos en el BPS. De esta forma la condición de derecho se amplía, teniendo en cuenta que previo a este sistema, estaban condicionadas a ingresos mínimos. De todas formas se debe tener presente que un 66.45% (registro a 2010) de los jubilados del BPS aún no tienen cubierto el beneficio de la cuota de salud, situación que se está considerando en cuanto se vienen analizando de que forma ampliar el beneficio. Se debe tener presente que el SNIS cuenta con un cronograma establecido para ir integrando a los diferentes colectivos de la población, pero tuvo como prioridad inmediata dar cobertura a los menores de edad.

Los jubilados del BPS representan el 11,13% del total de la población del Uruguay (dato registrado en el año 2010).

A fines de 2010, el total de jubilados del BPS que percibían cuota mutual fue de 109.972 beneficiarios, los que representan el 29% del total de jubilados del BPS. Los jubilados con cobertura muestran un incremento significativo del 25,1% respecto del año anterior, explicado por la reforma de salud.

Surge del estudio relacionado a la atención de salud de los jubilados BPS por tipo de institución que, independientemente de quien se haga cargo de la cuota de salud, el mayor porcentaje se atiende a nivel privado y mayoritariamente en las IAMC, representado en un 66,19% (dato al año 2010).

Durante el período de estudio se observa que existe un aumento gradual en la atención en instituciones de salud IAMC, en Seguros Privados y Otros y en Sanidad Policial o Militar. En cambio se observa una baja poco significativa en las otras instituciones de salud tales como MSP/Hospital de Clínicas, BPS, Policlínicas Municipales.

Es muy baja la población jubilada de BPS que no se atiende en salud, que al año 2010 registra un 0,42%.

De la atención en salud por sexo se observa que tanto el hombre como la mujer efectúan la opción por las instituciones a nivel privado, y en menor porcentaje por las entidades públicas.

Dentro de las aperturas de edad planteadas para este estudio (15 a 19; 20 a 44; 45 a 64; 65 a 74; 75 y más) surge que la mayor población jubilada que se atienden en salud está registrada en el grupo de 75 y más años y le sigue el tramo de 65 a 74 años. Esta situación podría estar comprendida dentro del proceso de envejecimiento, en tanto que a mayor edad se registran mayor necesidad de atención en salud.

En los jubilados del BPS, según ingreso personal definido por tramos de BPC, se observa que a mayor ingreso personal se presenta un aumento porcentual en la elección por las entidades de salud a nivel privado.

En relación a quién se hace cargo de la cuota de salud de Jubilados del BPS, cuando la institución prestadora es privada, se observa que el 51,38% es un integrante del hogar (año 2010) y un 45,37% BPS/FONASA. De acuerdo a la evolución, de 2006 a 2010, se registra un aumento del Seguro de Salud por la implementación del SNIS y se redujo las categorías de que se hacen cargo "Familiares no integran este hogar" y "Empleador de algún miembro del hogar".

En un primer acercamiento a la situación de atención de salud de los jubilados del BPS, se reporta que es una población que se atienden mayormente en salud; que a mayor edad y a mayor nivel de ingresos ha realizado una opción por las entidades de carácter privado, y que gradualmente este colectivo va siendo incluido dentro del SNIS.

**ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL:
Ejemplos de Modelos Institucionales y de
Intervención**

Psic. Cristina Kluver

ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL: EJEMPLOS DE MODELOS INSTITUCIONALES Y DE INTERVENCIÓN

1. Introducción

Ante el fenómeno del crecimiento y envejecimiento de la población existen diversas modalidades institucionales y estrategias de intervención, que promueven y protegen los derechos humanos de las personas mayores en las políticas públicas. Algunos países europeos como España, Suecia y en la región, Argentina son referentes en este tema en aspectos diferentes. Conocer estos modelos institucionales y las estrategias de esos países para abordar el fenómeno del envejecimiento, cobra interés en el sentido de observar experiencias a considerar por los países de la región. Este tema fue presentado en el curso internacional Envejecimiento y Estrategias de Protección Social en América Latina, llevado a cabo por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo¹ (ASDI) en Chile en el año 2010.

Este comentario tiene la intención de transmitir los puntos más sobresalientes de las experiencias presentadas por esos países. Países con muchas diferencias en sus procesos de crecimiento y envejecimiento de su población, en su forma de abordarlo, en su forma de atender la vejez y en promover y proteger los derechos de las personas mayores.

2. Modalidades institucionales y estrategias de intervención

España, Suecia y Argentina, son países que transitan el fenómeno demográfico de un progresivo envejecimiento de la población de manera muy diversa en la evolución de los indicadores de dicho proceso. Las repercusiones políticas, económicas y socioculturales que este fenómeno demográfico tiene, afecta no sólo al grupo etario integrado por las personas mayores, sino también a la sociedad en su conjunto, e incide de manera importante en áreas específicas de salud, empleo, vivienda, educación y seguridad social.

El interés y la respuesta de estas sociedades, - España, Suecia y Argentina - ante el problema del envejecimiento general de sus poblaciones y el aumento progresivo de las personas de edad, es muy diverso. Sin duda cada escenario cultural - características geográficas, económicas, políticas y sociales - se sostiene con lógicas diferentes y dan forma a esas respuestas.

Sólo lo inevitable del crecimiento y envejecimiento poblacional que se impone cada vez con mayor presencia, introduce la exigencia de que los asuntos de la vejez deben contemplar los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad contenidos en la Observación General N° 6¹¹. Es decir, la relevancia de las personas mayores como sujetos de derechos no viene dada únicamente por razones puramente demográficas y de hecho políticas, sino también por su valor capital para ponderar la capacidad de integración a la sociedad. Y ello implica un importante cambio cultural con demanda de nuevas acciones que abran otros espacios y sostengan las nuevas formas de la sociedad inclusiva a la cual se apunta.

Las experiencias que los países expositores en esta oportunidad presentaron, forman parte de las respuestas para abordar el crecimiento de la población de las personas adultas mayores en diferentes áreas de la protección social - salud, educación y seguridad social - y en la construcción de un nuevo fondo histórico, cultural y social desde el cual la imagen del adulto mayor se muestre activa, tanto en su vida cotidiana como en su rol social.

En España, las políticas, la participación y la atención de las personas mayores - principalmente las personas mayores dependientes - son temas de urgente interés. El énfasis estuvo en el requisito a priori de pensar y promover una sociedad para todas las edadesⁱⁱⁱ, donde modificar los perfiles de envejecimiento, los niveles de actividad, y la participación social de las personas mayores como aspectos a trabajar. Superar la fragmentación de los Servicios Sociales, promover servicios integrados y consolidados para cuidar de las personas mayores es otro de los puntos que ocupa a los especialistas. Finalmente la formación de los profesionales que trabajan en los distintos ámbitos de los Servicios Sociales, atienden las necesidades y demandas de las personas mayores en situación de dependencia. Sobre estos tres temas versaron las experiencias transmitidas por España.^{iv}

En el caso de Suecia, - considerado por muchos como Estado de bienestar avanzado - referente de los países escandinavos por la particular adhesión general de estos países al principio del universalismo y por el importante papel que desempeñan el Estado y el gobierno local en el cuidado y atención de las personas de edad participó, a través de una video conferencia, en la protección a los adultos mayores por la *seguridad social*.

Finalmente, estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los Adultos Mayores desde un ámbito académico especializado en adultos mayores. (Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional - Universidad de Mar del Plata-Argentina) es la experiencia transmitida por Argentina.

Los datos que se utilizan son de la información proporcionada en el curso, ampliada con datos de los informes estadísticos oficiales de cada país.

3. Participación y políticas públicas. España

El envejecimiento no sólo se ha comportado como un aumento de la cantidad absoluta y relativa de la población de 60 años y más de edad, ha aumentado también la cantidad de años que han de vivir estas personas al alcanzar esta edad. La esperanza de vida a los 60 años en los últimos años se incrementó sensiblemente en todos los países. Las personas mayores demandarán cada vez mayor atención y cobertura de sus necesidades a través de respuestas singularizadas.

Prevenir la dependencia

En las últimas décadas la población mayor española ha experimentado un crecimiento muy considerable y seguirá creciendo. Uno de los aspectos que define la condición social de las personas mayores en la sociedad española es que se han incrementado sus posibilidades de vivir de forma autónoma, debido fundamentalmente a la mejora de las pensiones, al aumento de servicios destinados a este grupo poblacional, y a la universalización de la

cobertura sanitaria. Sin embargo, y debido a la mejora en la esperanza de vida, se está incrementando el número de personas de edad avanzada que necesitan cuidados permanentes y que, por tanto, se encuentran en una situación de dependencia funcional.

Según la ONU, la esperanza de vida en España, en 1901 era de 34,76 años, y en un siglo ha alcanzado los 79,69 años, es decir, se ha multiplicado por 2,29. Desde 1900 la población mayor se ha multiplicado por ocho en términos absolutos, siendo más fuerte el incremento de los mayores de 80 que entre 1991 y 2001 aumentaron en un 42%. En el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años.

La esperanza de vida de la población española se encuentra entre las más alta de la Unión Europea¹. Dolores Puga González especialista en envejecimiento y vejez e investigadora española, plantea que aumentan las personas mayores y aumenta también la presencia de los muy mayores y ocurre una sustitución de los problemas de salud agudos por enfermedades crónicas. La dependencia se presenta como un nuevo riesgo social².

El Observatorio de Personas Mayores del Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO,³ expresa "La sociedad española nunca, hasta estos últimos años, había sido tan consciente de su envejecimiento como estructura demográfica, ni socialmente habían sido interiorizadas sus consecuencias para el conjunto de la sociedad, ni científicamente había sido tan necesario el estudio de la población mayor de edad desde un enfoque multidisciplinar y multidimensional.

Ante esa realidad, España se ha planteado la necesidad de enfocar las políticas destinadas a las personas mayores desde dos líneas prioritarias: la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia.

Entre las propuestas se destaca una fuerte apuesta a los Servicios Sociales. ¿Cómo tratar el tema de Servicios Sociales? Es necesario evitar el deslizamiento de los Servicios Sociales hacia un modelo de tipo asistencial. Los Servicios Sociales deben entenderse como un pilar más de la Protección Social, no sólo centrado en Seguridad Social y Salud. Constituirse como cuarto pilar del Estado de Bienestar es uno de los asuntos más relevantes de la política social, de su entronque con los sistemas de servicios sociales, salud y seguridad social. En la respuesta que se construya en este desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad del sistema de protección social. (Libro Blanco, 2004: 242).

Actualmente España, en su Ley de Dependencia, define los criterios y servicios para la atención de las personas mayores en situación de dependencia y es el único país en el sur de Europa – según los estudios de Dolores Puga - que ha puesto en marcha programas muy ambiciosos de atención a las personas mayores. Destina importantes esfuerzos para alcanzar la universalidad, calidad y sostenibilidad del sistema de cuidados, superar la fragmentación de la oferta y ponerlos a disposición de una manera equitativa. Aún estos

¹ Ver Informes Portal Mayores N°127 Indicadores estadísticos básicos, (2011:12).

² Dolores Puga integrante del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) Madrid fue quien expuso sobre la experiencia en España y plantea que la dependencia puede entenderse como: 1. Existencia de limitación física, psíquica o intelectual que merme ciertas capacidades de la persona. 2. Incapacidad de la persona para realizar por sí misma las AVD 3. Necesidad de asistencia por un tercero.

³ En Boletín N° 50 de la publicación "Perfiles y Tendencias" del IMSERSO. Diciembre 2011.

esfuerzos, los servicios continúan siendo parciales e insuficientes⁴. Ello da cuenta de lo difícil que resulta implementar estas propuestas. Sabido es que lo histórico-social no crea o inventa de una vez y para siempre las significaciones imaginarias, el desorden social se despliega cuando aparecen nuevos organizadores de sentido.

Por ello interesa y mucho, la participación de las personas de edad. Una participación concebida desde un vector educativo e involucramiento de los adultos mayores como vector para estimular los cambios hacia el nuevo paradigma de Envejecimiento Activo - calidad de vida, independencia, autonomía, información, aptitud a lo largo de la vida - de manera de facilitar el tránsito desde un modelo centrado en las Necesidades Básicas y el déficit hacia uno de Derechos y Desarrollo Humano.

Por otro lado con la finalidad de facilitar la creación en Europa de una cultura del envejecimiento activo, basada en una sociedad para todas las edades, el año 2012, ha sido designado por el Parlamento Europeo⁵ como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional^{VI}.

¿Cuáles son los instrumentos que consideran importantes? Los principales instrumentos que se plantean para acercar las políticas sociales a la realidad de las personas mayores estarían centrados en:

- La educación de los adultos mayores en términos preventivos.
- La participación de las personas en la toma de decisiones.
- Formación especializada: formar en servicios sociales aquellas personas que atienden las necesidades y demandas de las personas de edad.
- Realizar estudios e investigaciones que permitan conocer las necesidades y demandas de las personas mayores en un intento de dar respuestas adecuadas.

Para finalizar la presentación de este país, y relacionado con el promover una sociedad para todas las edades, es fácil detectar una lógica inclusiva y que de hecho contempla los derechos de las personas mayores, subyace en todos los temas expuestos.

4. La atención de las personas de edad. Suecia

Si bien la ponencia se identificó como “La atención de las personas de edad en el marco del sistema sueco” sugiriendo un mayor alcance, la video conferencia versó específicamente sobre la cobertura de la seguridad social y como las personas de edad - por las características del estado de bienestar sueco y su sistema seguridad social - se encuentran protegidas por el mismo.

⁴ Un ejemplo citado por la docente para observar la atención parcial: “una persona, gitana, discapacitada, mujer y mayor, los servicios para atenderle están todos separados y sin conexión entre sí. Y ella es una sola persona”.

⁵ Decisión 940/2011/11, del 14.09.2011.

Las personas mayores en Suecia representan una proporción creciente de la población sueca. De los 9,3 millones de habitantes del país, el 17,4% ya han pasado la edad de 65 años y están jubilados. Se prevé que en el 2030, llegarán al 23%. Por esa época se espera que uno de cada cinco suecos haya llegado a la edad de la jubilación, lo cual se explica por el hecho de que el número de suecos nacidos en la década de 1940-50 es excepcionalmente elevado.

Cobertura de las personas mayores por la seguridad social

Una amplia bibliografía oficial sobre Suecia, expresa que dentro de los países europeos nórdicos, este país se ha caracterizado tradicionalmente por un alto nivel de protección social basado en los principios de cobertura universal y solidaridad, en un amplio sector público, baja tasa de desempleo, una reglamentación del mercado de trabajo sobre la base de acuerdos colectivos, y unas tasas de crecimiento relativamente elevadas⁶.

Según el Instituto Sueco⁷ (SI) para muchas personas, este país es el referente del Estado del bienestar avanzado⁸. Una de sus piedras angulares es el sistema de la seguridad social, considerado tradicionalmente como el arquetipo de un modelo universal, dado su carácter inclusivo. Si bien el futuro de la financiación de la seguridad social según las proyecciones demográficas del Centro de Estadísticas Sueco (SCB) preocuparía, no está en duda su apuesta a la inclusión social. El interés en citar este punto responde o daría cuenta de una concepción de la protección social.

Además del sistema de jubilaciones obligatorio de reparto y otro de capitalización individual vinculados a ingresos, todos los ciudadanos residentes en Suecia tienen derecho a una pensión mínima garantizada, financiada por el Estado, a partir de los 65 años, que es la edad de jubilación normal en Suecia.⁹ La flexibilidad en la edad de la jubilación conduce a que las personas mayores opten por empezar a recibir la pensión entre los 61 y los 67 años de edad¹⁰.

Según lo expuesto, las personas mayores en Suecia contarían con la garantía que el sistema de pensiones les protege económicamente. Un ciudadano sueco, sin ingresos o

⁶ Según Sapir, André (2005) Los países nórdicos son tipificados como de Alta Equidad y Alta Eficiencia. Según este autor, la eficiencia del modelo nórdico estaría en que generan altas tasas de actividad y empleo, y, por lo tanto, serían los más sostenibles a largo plazo. Si bien tiene una importante presión fiscal, redistribuye más la renta y genera un resultado más equitativo. En: *Globalization and the Reform of the European Social Models*. Bruegel Policy Brief.

⁷ Instituto Sueco (SI): organismo estatal oficial de Suecia, en: www.sweden.se.

⁸ En *The developmental Welfare State in Scandinavia. Lessons for the Developing World*, Stein Kuhnle y Sven E.O.Hort analizan las etapas fundamentales de la historia del estado de bienestar que prevalece en los países escandinavos, desde sus comienzos a finales del siglo XIX hasta la actualidad. Material del curso.

⁹ El nuevo sistema sueco, luego de su re-organización en 2001, básicamente puede describirse según tres niveles: 1) pensión laboral vinculada con los ingresos de la persona en toda la vida, hasta cierto tope. Su cuantía depende de los años trabajados y del salario percibido y se financia a través de las cotizaciones abonadas por los empresarios y los trabajadores, 2) pensión de garantía para las personas que carezcan de ingresos del trabajo remunerado, o con ingresos bajos se les asegura unos ingresos mínimos en forma mensual. Abarca a todas las personas que hayan residido o trabajado en Suecia por un período al menos de tres años y su cuantía se determina según años de residencia o trabajo. 3) El tercer elemento del nuevo sistema es una pensión obligatoria por primas, de ahorros en fondos privados, donde la persona ahorra en fondos de su propia elección. En el nuevo sistema, la edad de jubilación es flexible a partir de los 61 años, aunque la edad de jubilación corriente sigue siendo actualmente de 65 años.

¹⁰ Ver www.sweden.se.

con bajos ingresos, cuenta con una pensión de garantía. Si a ello le agregamos, la fuerte consolidación de los Servicios Sociales y de Salud, los cuales constituyen una parte importante de la política de bienestar sueca, sería posible calificar la atención de las personas de edad en el marco del sistema de bienestar como un modelo social de referencia.

5. Metodología de intervención y espacio local. Argentina

Según datos del último censo 2010¹¹ el fenómeno demográfico en Argentina es de un particular interés en la actualidad, debido a que este país es uno de los que presenta población con mayor nivel de envejecimiento de América Latina, con un 10,2% de población de 65 años y más; proporción sólo superada por Cuba y Uruguay y un progresivo aumento de su dependencia demográfica según datos de la CEPAL.¹²

A diferencia de los países de Europa, en Argentina este proceso de envejecimiento se desarrolla de manera acelerada. El diagnóstico oportuno es primordial para el diseño e implementación de políticas públicas inclusivas que otorguen mejoras en la calidad de vida de esta población específica.

Las políticas de Estado en materia de vejez en este país¹³, tienen antecedentes desde la década de 1940, cuando se establecieron los “derechos de la ancianidad”. Argentina llevó a las Naciones Unidas la preocupación por este tema, y el mismo fue incorporado en la agenda de sesiones de la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de noviembre de 1948. Y si bien a partir de esa presentación se posiciona como pionera en la promoción de la temática en el plano internacional, en el contexto nacional, no hubo mayor seguimiento del tema ni avances posteriores hacia una ley integral de protección que hiciera operativos los derechos de los adultos mayores.

Ha sido frecuente observar que¹⁴:

“en la Argentina, el tema del envejecimiento parece ser un área que no interesó en general a especialistas, planificadores y políticos. El intento sistemático para ocuparse del potencial social y económico del país y de los problemas ocasionados por el envejecimiento ha sido muy pobre. Es sorprendente el hecho de que se haya tardado tanto en tener en cuenta esta problemática y detenerse a buscar soluciones racionales”.

Una observación semejante es hecha por el Ministerio de Salud y Acción Social al afirmar que:

...” los efectos del fenómeno demográfico de progresivo envejecimiento de la población comenzaron a sentirse en Argentina como afligentes hace ya una veintena de años sin

¹¹ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Argentina.

¹² Relación de dependencia demográfica del adulto mayor: en 2010 llega al 16.4%, en 2020 alcanza 18.3% y en 2030 el 20.6%. Ver Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2011: 27.

¹³ Ver: Personas adultas mayores y derechos humanos. 2011. Publicación realizada por la Dirección de Apoyo a Actores Sociales para la Construcción Ciudadana de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad. (DDHH del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación).

¹⁴ Ver: Ruiz Migliora.

embargo la ausencia de políticas demográficas, sociales y económicas que previeran esos efectos, impedirán evitar muchas de sus ingratas secuelas”.

Es así que, si bien los adultos mayores son mencionados específicamente en algunas leyes referidas a salud o a previsión social y tangencialmente en las atinentes a violencia, en la Argentina, todavía no se ha logrado una ley nacional de protección integral de los derechos de las personas mayores, como sí se ha alcanzado en los casos de otros grupos mencionados en convenciones internacionales específicas.

Investigación e intervención con las personas adultas mayores

Pero desde el ámbito educativo especializado - la Gerontología – Argentina tiene una rica trayectoria en el trabajo con las personas adultas mayores. La propuesta es investigar e intervenir, donde la participación de las personas adultas mayores cobra especial interés con la finalidad de transformar su conocimiento y experiencias en acciones de apoyo social a las personas mayores.

En la exposición desarrollada en modalidad de taller, se presentaron contenidos teóricos y se ejemplificó con pasajes de varias investigaciones específicas del campo gerontológico. Desde la fase de elección del tema de investigación y el planteamiento de preguntas iniciales hasta la redacción del informe final y la comunicación de los hallazgos. La intervención en apoyo social desde el conocimiento teórico.

Se pudieron observar características de los enfoques cualitativo y cuantitativo, la triangulación metodológica y el modelo de investigación de evaluación de las necesidades con adultos mayores: la Investigación Acción Participativa (IAP) y el modelo de intervención con adultos mayores: Modelo de Apoyo Social, que se utilizan en el campo de la Gerontología.

6. Síntesis

El mundo envejece. La evolución de los patrones demográficos tendrá una incidencia duradera sobre las sociedades todas y en sus sistemas de protección social.

Las personas mayores representan una proporción cada vez mayor en España, Suecia y Argentina. En España, casi uno de cada cuatro ciudadanos en el 2025, tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años. En Suecia, para el 2030 se espera que uno de cada cinco suecos haya llegado a la edad de la jubilación de 65 años, mientras que Argentina es uno de los países que presenta una población con mayor nivel de envejecimiento de América Latina, con un 10,2% de población de 65 años y más; proporción sólo superada por Cuba y Uruguay, con el agravante de que a diferencia de los países de Europa, este proceso de envejecimiento se desarrolla de manera acelerada.

Las estrategias de protección social dirigidas a las personas mayores articuladas sobre ciclos vitales de menor esperanza de vida - y por esa razón de menor riesgo de deterioro físico y cognitivo - sobre trayectorias familiares de división sexual del trabajo y sobre redes familiares y sociales que constituían un activo frente al envejecimiento y en consecuencia, las políticas dirigidas a los mayores - han sido principalmente - políticas de protección económica. Estos escenarios instalados de protección social, se permeabilizan ante el fenómeno del envejecimiento y el aumento de las personas de 65 y más, e incentiva a la vez el desafío de instituir nuevas modalidades en su atención y cobertura.

En el caso de España, el fenómeno de su envejecimiento los enfrenta a un nuevo riesgo social: la dependencia, y en ese sentido proponen la articulación efectiva de diferentes ámbitos - público estatal, económico, académico, social, y al propio adulto mayor - como premisa para la construcción de una sociedad para todos. Su atención - centrada en los Servicios Sociales - pone énfasis en superar la fragmentación de servicios y el asistencialismo. Igual interés plantean en involucrar a las personas mayores en el diseño y asesoramiento de actividades, y la formación en temas específicos de vejez al personal de los servicios de atención.

Diferente es el escenario que se plantea en culturas de los países nórdicos como Suecia. Su modelo de protección social, sustentado en la idea de que la sociedad debe estar basada en una distribución equitativa e inclusiva de todas las personas, donde la previsión y la prevención son sus dos pilares más fuertes en materia de salud, vivienda, educación, participación social y seguridad social. Consientes de que en el futuro serán muchos más las personas mayores que necesiten apoyo, - sería a partir del año 2020, cuando la presión demográfica se intensificaría - se ha iniciado el diálogo entre los diseñadores de políticas, sobre la implementación de un modelo de financiación más amplio y mejor sustentado de la seguridad social. La reforma gradual y re-organización de su política de seguridad social - alineada con su filosofía inclusiva - beneficia específicamente a las personas adultas mayores que residan en el país, quienes reciben una prestación económica independiente de que haya o no realizado su aporte.

Mientras que la experiencia presentada por Argentina, procede del ámbito académico – la Gerontología - en dos aspectos relevantes. Uno de ellos – como eje principal - refiere al rol del adulto mayor en la sociedad apuntando a construir un nuevo fondo histórico, cultural y social desde el cual la imagen del adulto mayor se muestre activa, tanto en su vida cotidiana como en su rol social. El otro refiere a la necesidad de promover y desarrollar una investigación integral, diversificada y especializada sobre el envejecimiento y la vejez que ofrezca un fundamento esencial para la adopción de políticas eficaces. Su propuesta fue un modelo de investigación - desde una disciplina especializada y desde lo institucional - con la finalidad de disponer de información, sobre las personas mayores con la participación de las personas mayores, de manera de transformar el conocimiento y experiencias en acciones de apoyo social a las personas mayores. De esta manera, la intervención en lo social podrá ser eficaz.

La necesidad de reformar las políticas de bienestar para dar respuesta a fenómenos nuevos en el ciclo vital y familiar de las personas, exige comenzar por la comprensión y el reconocimiento de que la categoría de “mayores” esté inscripta en las políticas actuales y cómo se pueden generar nuevos fundamentos para mejorarlas. Ello es un denominador común en España, Suecia y Argentina. La transformación de la estructura de edades, marca su presencia y las consecuencias adquieren mayor visibilidad. En ese sentido las estrategias de Protección Social de las ponencias se orientan hacia ese nuevo horizonte.

Ahora, la relevancia de las personas mayores como sujetos de derechos no viene dada únicamente por razones puramente demográficas y de hecho políticas, sino también por su valor capital para ponderar la capacidad de integración de nuestra sociedad.

Un proyecto de sociedad cohesionada pasa por modificar el imaginario^{vii} desde el cual se percibe a la categoría social de las personas mayores. Un imaginario asociado a

narraciones de pérdidas, limitaciones, o cargas que crean la problematización social del envejecimiento, y condicionan conductas personales, sociales e institucionales hacia las personas que han traspasado una determinada frontera cronológica. Crear un proyecto de sociedad cohesionada para todas las edades pasa pues por la reelaboración de la noción de sujeto de derechos, en un sentido inclusivo según la edad y basada en una redefinición del trabajo en el que se incluyan los ámbitos cultural, social y doméstico-familiar.

Políticas integrales de ciclo de vida, que partan de que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, y tengan como objetivo el bienestar integral de la persona antes los riesgos de exclusión que imponen las transiciones entre estadios del ciclo vital, constituye por tanto una prioridad estratégica de primer orden en una agenda de estrategias de políticas sociales inclusivas.

Bibliografía

Abellán García, Antonio, et al (2011) Un perfil de las personas mayores en España, Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Portal Mayores, N° 127 del 28.10.2011. http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/boletin_envejecimiento/index.htm.

Arias, Claudia Mg., Scolni, M.Lic (2011) Estrategias de Investigación e Intervenciones desde el apoyo social a los Adultos Mayores.

Asociación Universitaria de Formación del Profesorado. (AUFOP). Universidad de Zaragoza, España. www.aufop.org

Bermejo García, L. (2009) Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Conserjería de Bienestar Social y Vivienda. Asturias, España.

CEPAL, 2011 Anuario Estadístico para América Latina y el Caribe.

Huenchuan, S, Rodríguez-Piñero, L. (2010) Envejecimiento y derechos humanos situación y expectativas de protección. CEPAL Colección documentos de proyecto.

INDEC. (2010) Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Argentina.

IMSERSO (2005) Instituto de Mayores y Servicios Sociales Atención. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco.

Fernández, Ana M. (2007) Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Ed. Biblos. Bs.As. Argentina.

Kuhnle S, Hort Sven E.O (2004) The developmental Welfare State in Scandinavia. Lessons for the Developing World. Social Policy and Development Programme Paper Number 17.

Ministerio de Salud y Acción Social, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Sistema Estadístico Nacional, Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 60 y más Bs. As. Dirección de Estadísticas de Salud, 1990.

Personas adultas mayores y derechos humanos. (2011) Publicación de la Dirección de Apoyo a Actores Sociales para la Construcción Ciudadana de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad. (DDHH del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación) Bs. As. Argentina.

Puga González, Ma. Dolores et al. (2011) La diversificación y consolidación de los servicios sociales para las personas mayores en España y Suecia. Rev. Esp. Salud Pública 2011 N° 6.

Revista Perfiles y Tendencias, Diciembre 2011. N°50 www.imserso.es

Ruiz Migliora, María C. (1988) El envejecimiento poblacional argentino. Procesos etnodemográficos y consecuencias socioeconómicas. Revista Argentina de Geriatria y Gerontología Número 8 p:163.

www.imsersomayores.csic.es

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/index.html>.

www.swedwn.se

ⁱ La Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo, (ASDI) es una agencia gubernamental Secca a cargo del Ministerio de Asuntos Exteriores. Tiene como finalidad contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población mundial que vive en condiciones de pobreza y subdesarrollo.

ⁱⁱ Ver Huenchuan, S, Rodríguez-Piñero (2010) pp. 25-31.

ⁱⁱⁱ Ver AUFOP Revista Universitaria.

^{iv} Ver Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Conserjería de Bienestar Social y Vivienda. Asturias, España.

^v El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia, fue el paso inicial en España para definir los criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten. La elaboración del Libro Blanco, insumo de la Ley de dependencia en la que se establece el conjunto de servicios a brindar a las personas en situación de dependencia y sienta las bases para la construcción del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

Servicios que ofrece la Ley de Dependencia

- 1. De promoción de la autonomía personal: 1.a Prevención de las situaciones de dependencia. 1.b Teleasistencia*
- 2. Atención y cuidado: De ayuda a domicilio - De centro de Día y de Noche*
- 3. Atención Residencial*
- 4. Prestaciones económicas: Prestaciones económicas a la persona y Compensaciones económicas a familiares*
- 5. Prestaciones económicas de asistencia personalizada*

^v Informes Portal Mayores N°127 Indicadores estadísticos básicos, 2011 Programa de Trabajo Año del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. España, Diciembre 2011.

www.envejecimientoactivo2012.es

*^{vii} **La noción de imaginario social, en tanto dimensión histórica, alude a aquellos conjuntos de** significaciones que consolidan lo establecido. En esta dimensión los universos de significaciones operan como organizadores de sentido de los actos humanos estableciendo líneas de demarcación de lo lícito e ilícito, de lo permitido y lo prohibido. Es el imaginario social efectivo que mantiene unida una sociedad, haciendo posible su continuidad y grados de cohesión (Fernández, Ana 2007: 39).*