

Comentarios de Seguridad Social

Primer Trimestre 2015 – Nº 47

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 como finalidad facilitar su identificación, búsqueda y visualización.

Contenido

PENSIONISTAS POR INVALIDEZ:

CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS Y ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.

(Actualización).

Lic.T.A. Inés Nuñez.....	9
Introducción	11
PARTE I	12
1. Conceptos generales	12
2.. Indicadores generales sobre Pensión por Invalidez	15
2.1. Población Beneficiaria a nivel del país	15
2.2. Población Beneficiaria	16
3. A modo de resumen.....	21
PARTE II	22
4. Aspectos socio demográficos de Pensionistas por Invalidez	22
4.1. Urbanización / Ruralidad.....	22
4.2. Etnia	26
4.3. Educación	27
4.4. Nupcialidad	29
4.5. Arreglos Familiares	30
5. A modo de resumen.....	32

ETNIA: TRANSFERENCIAS DE INGRESOS DE LOS PROGRAMAS NO CONTRIBUTIVOS Y ARREGLOS FAMILIARES.

Ps. Cristina Klüver.....	35
INTRODUCCION	37
1. Distribución de la población según ascendencia étnico-racial.....	39
2. Transferencias de Ingresos	39
2.1 Asignaciones Familiares	40
2.2 Pensiones a la Vejez e Invalidez	41
2.2.1 Pensión a la vejez.....	42
2.2.2 Pensiones por invalidez.....	42
3. Estructura de hogares.....	43
4. Síntesis	45
Textos consultados	47
Páginas web consultadas	47
Abreviaturas.....	48

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Actualización con datos al 2013.

Soc. Silvia Santos, Lic. T. A. Inés Núñez.....	49
1. Consideraciones generales	51
2. Prestaciones económicas	54
2.1 Prestaciones de pasividad (Invalidez, Vejez y Supervivencia)	54
2.1.1 Jubilaciones por Incapacidad Total.....	54
2.1.2 Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial.....	56
2.1.3 Pensiones por Invalidez.....	58
2.1.3.1 Ayuda alimentaria en dinero para pensionistas no contributivos	62
2.1.4 Pensiones de Supervivencia.....	63

2.1.5 Pensiones para víctimas de Violencia Doméstica y Delitos Violentos	64
2.1.6 Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas	65
2.2 Prestaciones a activos	66
2.2.1 Asignaciones Familiares Ley 15.084	66
2.2.2 Asignaciones Familiares Plan de Equidad	67
3. Beneficios de salud	68
3.1 Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas	69
3.2 Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal	72
3.3. Rehabilitación para las personas con discapacidad	75
3.3.1 Ayudas extraordinarias	75
3.3.1.1 Apoyo a la Equinoterapia	77
3.3.2 Beneficios de salud en servicios externos	77
3.3.3 Ayudas técnicas	80
3.3.3.1 Población destinataria de las ayudas técnicas	82
3.4 Reconversión Laboral	85
3.5 Operaciones de Ojos	87
4. Servicios Sociales para Personas con Discapacidad	88
4.1 Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil	88
4.2 Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales	92
4.3 Programa de Turismo Social	96
5. Determinación de las discapacidades	98
5.1 Baremo	98
5.2 Estadísticas de trámites de solicitudes de beneficios	100
6. Promoción y capacitación en temas de discapacidad	102
6.1 Centro de Formación del BPS con accesibilidad	102
6.2 Curso de capacitación para la función de Asistentes Personales	105
7. Ámbitos de participación del BPS en temas de discapacidad	106
7.1. Sistema Nacional de Cuidados	107
7.2 Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad	108
7.3 Otras actividades complementarias	109
8. En resumen	113
ANEXO I	116
Cursos proyecto "Cuidar Mejor"	116
1. Formación de Formadores de Cuidadores/as de personas adultas mayores	116
2. Formación de Cuidadores/as de personas adultas mayores	116
ANEXO II	118
Asistencia Personal para personas con discapacidad severa. Antecedentes	118
ANEXO III	119
Cursos de capacitación para Asistencia Personal	119

EVOLUCIÓN DE LAS EMPRESAS COTIZANTES AL BPS 2002 – 2014.

Análisis por tamaño, sectores de actividad y remuneraciones.

Ec. Martín Naranja Sotelo	121
1. Introducción	123
2. Definición y clasificaciones de empresas	124
3. Evolución de la economía y de las empresas	125
4. Las empresas según tamaño	128
5. Las empresas según actividad económica	130
6. La evolución de las remuneraciones reales en las empresas estudiadas	132
7. Conclusiones	137
8. Bibliografía	137

ETNIA:

Brecha Educativa y Actividad Económica.

Ps. Cristina Klüver	139
1. Introducción	141
2. La desconstrucción del universo de la no-alteridad	142
3. Promoviendo la equidad étnico-cultural	143
3.1 Acciones afirmativas	143
3.2 Oportunidades laborales	144
4. Una mirada a la población según ascendencia étnico-racial	144
4.1 El problema de los datos	144
4.2 La población afro-negra, blanca e indígena en cifras	145
5. Educación formal incompleta	145
6. Participación Económica	147
6.1 Tasa de actividad	147
6.2 Desempleo	148
7. Síntesis	149
8. Fuentes consultadas	150

PRINCIPALES CAMBIOS EN EL SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY.

Avances hacia la universalidad del aseguramiento.

Soc. María Alejandra Gallo, Soc. Santiago Sosa	153
1. Principales dificultades del sistema de salud previo a la reforma	156
2. La Reforma como respuesta. Cambios en el modelo de gestión, de atención y de financiamiento	159
3. Incorporación gradual de colectivos hacia la universalidad de aseguramiento	160
4. Principales Resultados	162
5. Conclusiones	166
6. Bibliografía Consultada	167
7. Leyes y Decretos	168

EVOLUCIÓN DE PUESTOS COTIZANTES EN EL SERVICIO DOMÉSTICO

Cr. Nicolas Bene	169
1. Introducción	171
2. Metodología	172
2.1 Construcción de las variables	172
3. Evolución de los puestos cotizantes	173
4. Evolución del Salario de Cotización	175
4.1 Evolución del salario nominal de cotización	175
4.2 Evolución del salario real de cotización	177
5. Conclusiones	179

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS POR VEJEZ CON APLICACIÓN DEL ART. 1 DE LA LEY 18.395

Cra. Adriana Scardino	181
1. Objetivo	183
2. Antecedentes	183
3. Metodología	184
4. Resultados	184
5. Consideraciones generales	192

ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES ASOCIADAS AL SECTOR RURAL 2003 a 2014

Cr. Alex Fernandez Just	195
1. Metodología	197
2. Puestos Cotizantes I.V.S.	198
3. Beneficiarios de pasividades	199
4. Beneficiarios de prestaciones de actividad	201
5. Recursos y erogaciones del sector	203
6. Aporte patronal rural IVS	204
7. Consideraciones generales	205

**PENSIONISTAS POR INVALIDEZ:
CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS Y
ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS
(Actualización)**

Lic.T. A. Inés Nuñez

PENSIONISTAS POR INVALIDEZ: CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS Y ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS (Actualización)

Lic. T. A. Inés Nuñez
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Enero 2015

Introducción

A partir de los indicadores elaborados por el *Sistema de Seguimiento de los Programas Sociales administrados por el BPS* que elabora la Asesoría en Políticas de Seguridad Social de la Asesoría General en Seguridad Social, se actualizan documentos previos¹ que analizan dos conjuntos de indicadores:

1. Caracterización de los pensionistas por invalidez
2. Situación socio demográfico de la población beneficiaria

¹ Comentarios de Seguridad Social N° 26 “Pensionistas por Invalidez desde la perspectiva de la Seguridad Social” y “Pensionistas por Invalidez- Aspectos Socio Demográficos” Asesoría General en Seguridad Social del BPS – Lic. T.S. Inés Núñez – Publicación Enero-Marzo 2010.

En estos documentos se presentaron datos estadísticos de las personas beneficiarias de pensión por invalidez utilizando dos fuentes de información:

- ✓ Datos del BPS acerca de las personas beneficiarias de esta prestación.
- ✓ Microdatos de las Encuestas Continuas de Hogares del INE, de las cuales se obtuvo información de los pensionistas por invalidez respecto al total de la población del país.

Esta actualización presenta información estadística de los años 2006, 2009 y 2013, que permite reflejar la evolución y cambios producidos en el tiempo.

La primer parte presenta información de la pensión por invalidez desde los aspectos que comprende la seguridad social, brindando algunos conceptos asociados a esta prestación e información estadística de la población beneficiaria.

La segunda parte muestra los datos de factores socio-demográficos. Estos comprenden características sociales de la población, que incluyen información referente a distribución geográfica (urbana o rural), la conformación de los hogares de las personas en estudio, las inherentes a los individuos como su edad, sexo, estado conyugal, ascendencia, nivel educacional, entre otros rasgos. Estos aspectos condicionan la conducta de las personas frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios, y por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.²

PARTE I

1. Conceptos generales

Las pensiones no contributivas, como su nombre lo indica, son aquellas que no requieren cotización previa a la seguridad social. De acuerdo con Bertranou, consisten en prestaciones monetarias relativamente uniformes en forma focalizada y/o categórica ante los riesgos de vejez, discapacidad e invalidez. Palacios y Sluchynsky utilizan el concepto de “*pensiones sociales*” para referirse a las pensiones no contributivas.³

Los mecanismos de ingresos mínimos en la seguridad social buscan proveer una cantidad tal de recursos que evite que las personas estén desprotegidas y en riesgo de pobreza. Entre estos mecanismos se encuentran las pensiones mínimas garantizadas y las pensiones no contributivas.

De acuerdo con el Banco Mundial, las pensiones no contributivas van dirigidas principalmente a tres grupos sociales: los pobres crónicos, los trabajadores del sector informal que están en riesgo de volverse pobres si dejan de trabajar, y los trabajadores del sector formal que están cubiertos por la seguridad social, pero no cumplen con el tiempo de cotización requerido.⁴

² Creación del concepto en base a fuentes documentales.

³ Los párrafos de este punto están extraídos del documento Panorama Mundial de las pensiones no contributivas – Sara María Ochoa León – Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de México – Documento de Trabajo N° 2 – Septiembre/2006.

⁴ World Bank, Old Age Income Support in the 21st Century, Washington, 2005, p.81. referido en Panorama Mundial de las pensiones no contributivas – Sara María Ochoa León – Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de México – Documento de Trabajo N° 2 – Septiembre/2006.

Los Programas asistenciales se definen como aquellos dirigidos a sectores sociales considerados carenciados y vulnerables, a los que el Estado se encuentra obligado a prestarles asistencia sin requerir de ellos una contribución previa, porque su situación social no le posibilita otras formas de acceso al ejercicio de la ciudadanía.⁵

Las pensiones no contributivas y asistenciales son un componente de seguridad social y en base a un esquema propuesto por Esping – Andersen, pueden identificarse tres modelos de bienestar, que enmarcan también el caso específico de la seguridad social.⁶

1. El modelo Universal, donde el estado asegura un determinado nivel de bienestar para todos los ciudadanos. Está basado en conceptos de solidaridad y ciudadanía, se logra a través impuestos generales. Este tipo de modelo requiere un alto nivel impositivo general, con un amplio consenso social sobre la provisión de bienestar.

2. El modelo Residual considera que cada persona deberá adquirir en el mercado los bienes sociales, como educación, salud y seguridad social, utilizando para ello sus propios recursos. El estado interviene únicamente cuando las personas no cuentan con los recursos suficientes para allegarse a estos bienes, por lo que los beneficios adoptan el carácter de asistencia social. En este caso, ante una gran cantidad de bienes necesarios es previsible que un considerable número de personas necesitaran apoyo del Estado.

3. Un modelo Ocupacional, cuando el acceso a la seguridad social está determinado por las características de inserción en el mercado laboral, ya sea en un trabajo formal o informal, en los sectores públicos y privados dentro de las actividades de industria, agricultura, servicios entre otros. Este modelo está sujeto al comportamiento del mercado de trabajo y de la actividad económica, excluyendo a segmentos importantes de la población.

Cada uno de estos modelos implica una forma de cubrir a la mayor parte de la población y complementariamente a aquellas personas que no cumplen con los criterios establecidos.

Los modelos de seguridad social y los esquemas no contributivos afrontan diferentes limitantes que van desde la forma en que se concibe la provisión del bienestar, ya sea que privilegie al Estado, el mercado o la familia, hasta la capacidad financiera y administrativa de los países. En los sistemas universales se tiene como principal limitante los recursos necesarios para su funcionamiento, mientras que los programas focalizados necesitan de una mayor capacidad administrativa para la identificación eficiente de los beneficiarios y el manejo de los programas.

El aumento de las pensiones no contributivas o pensiones “sociales” a nivel mundial está relacionado con la baja cobertura de los esquemas contributivos y la necesidad de otorgar protección a los adultos mayores que quedan fuera de estos esquemas.⁷

En los países desarrollados todos cuentan con mecanismos de ingresos mínimos, aunque la forma que asumen difiere ampliamente. En general, cuentan con pensiones mínimas garantizadas para aquellas personas que no alcanzaron un nivel mínimo de ingresos con

⁵ Extraído del Informe 30/06/08 sobre avance del sistema monitoreo programas no contributivo elaborado por Mag. Claudia Sirlin y Lic. Psic. Cristina Kluver.

⁶ Panorama mundial de las pensiones no contributivas – Sara María Ochoa León – Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública – Documento de Trabajo N° 2 – Septiembre 2006.

⁷ Panorama mundial de las pensiones no contributivas – Sara María Ochoa León – Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública – Documento de Trabajo N° 2 – Septiembre 2006.

sus contribuciones. Adicionalmente, las pensiones no contributivas funcionan como un mínimo de ingresos que evitan la pobreza en la vejez.

En los países en desarrollo si bien la cobertura de la seguridad social varía ampliamente, la máxima cobertura es de poco más del 50% de la población, por lo que una gran porción de esta se encuentra desprotegida.

A nivel de América Latina predomina un diseño contributivo de la seguridad social. En la región las tasas de participación así como los beneficios para los trabajadores cubiertos por la seguridad social varían ampliamente entre países. Mientras Uruguay cubre al 80% de la población económicamente activa, y los casos donde países como Bolivia y El Salvador cuentan con el nivel de participación más baja que se sitúan entre 10 y 15%. De los doce países latinoamericanos que han reformado su sistema de pensiones desde 1981 a la fecha, 8 cuentan con una pensión de asistencia social: Chile, Argentina, Uruguay, Bolivia, Costa Rica, Nicaragua, Ecuador y República Dominicana. Por su parte, Perú, Colombia, México y El Salvador no incluyeron esta figura en su reforma.⁸

Bertranou plantea que Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay tienen los sistemas más acabados de pensiones no contributivas y asistenciales, lo que está relacionado con un proceso temprano en sus sistemas de seguridad social, lo cual ha permitido desarrollar una capacidad institucional, además de que los esquemas no contributivos surgieron paralelamente a los sistemas contributivos, por lo que están bastante extendidos.

En materia de prestaciones, en Uruguay el valor de la pensión no contributiva promedio representa cerca del 60% de la pensión contributiva promedio, por lo que puede considerarse un esquema generoso.

Los programas de Pensión Vejez e Invalidez constituyen uno de los más antiguos de la Seguridad Social uruguaya, con el que se ha intentado mejorar el impacto de la Seguridad Social en la reducción de la pobreza de grupos vulnerables por sus dificultades para insertarse en el mundo laboral o en el mercado laboral formal, debido a las exclusiones ocasionadas por la dinámica de este mercado.⁹

En particular, la Pensión por Invalidez es una prestación que cubre a toda aquella persona incapacitada en forma absoluta y permanente para todo trabajo remunerado y que no puedan acceder a prestaciones por incapacidad del sistema contributivo.

Los programas de seguridad social o las redes de protección social desempeñan un papel importante respecto de la discapacidad: pueden reducir o aliviar la pobreza y contribuir a la prevención.¹⁰

Pueden brindarse como regímenes de seguro social (por ejemplo, programas de jubilación invalidez), como transferencias de financiación pública (por ejemplo, asignaciones familiares), como suministros en especies (por ejemplo, dispositivos de asistencia) o como programas de asistencia social (Mitra, 2005).¹¹

⁸ Idem .5.

⁹ Idem. numeral 2.

¹⁰ Aumento de las prestaciones de invalidez: Búsqueda de Políticas innovadoras – RienK Prins – Grupo de Investigación y Consultoría AStri. Países Bajos / Evolución y Tendencias: Una Seguridad Social Dinámica – Foro Mundial de la Seguridad Social – 29° Asamblea General de la AISS – 2007 / Aumento de las prestaciones de invalidez: Búsqueda de Políticas innovadoras.

¹¹ Idem .numeral 5.

2. Indicadores generales sobre Pensión por Invalidez

En este apartado se presentan datos de los pensionistas por invalidez que cuantifican su participación en el total de la población, la apertura por sexo, edad y la evolución de beneficiarios en el tiempo.

1. Población Beneficiaria a nivel del país

En el cuadro 1 se plantea información sobre el porcentaje de personas que reciben pensión invalidez en el total de la población, con apertura por sexo para los años 2006, 2009 y 2013.

Cuadro N° 1 –

Porcentaje de Pensionistas de Invalidez en el total de la población en apertura por sexo.

Años seleccionados

	2006	2009	2013
% de PI en el total de la población	1,2	1,2	1,4
Apertura por sexo de los pensionistas invalidez (*)			
Hombre	1,3	1,2	1,3
Mujer	1,2	1,2	1,4

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE

(*) Están referidos al grupo de población de cada sexo.

Se observa que el 1,4% es el porcentaje de personas que a nivel del país perciben una prestación no contributiva de carácter asistencial denominada pensión invalidez, referido al año 2013. Este dato ha tenido una leve variación positiva entre los años 2006, 2009 y 2013.

Al analizar este indicador por sexo, se plantea que para el año 2013, el hombre representa el 1,3% y la mujer un 1,4%, existiendo una diferencia porcentual muy leve. Al estudiar la evolución de este indicador, se visualiza que para el sexo masculino bajó en 2009 y en 2013 toma el mismo valor que en 2006. En el caso de la mujer se produjo un aumento en el año 2013. Para ambos sexos existe una oscilación del dato poco significativa.

En el cuadro que sigue se presenta la situación de los pensionistas de invalidez por tramo de edad y en apertura por sexo, según período de estudio.

Cuadro N° 2 –

Porcentaje de PI por tramo de edades con apertura de sexo. Años seleccionados

Tramo de Edades	2006			2009			2013		
	PI	H	M	PI	H	M	PI	H	M
0 a 13	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
14 a 17	1,0	1,3	0,6	1,0	1,5	0,4	1,2	1,6	0,8
18 a 59	1,5	1,7	1,4	1,4	1,5	1,4	1,6	1,7	1,6
60 y más	1,8	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	2,1	1,9	2,2

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE

1/ La ECH permite identificar a los pensionistas invalidez a partir de los 14 años de edad.

Notas:

Se abrevia de la siguiente forma: PI – Pensionista Invalidez, H – Hombre y M – Mujer.

Los porcentajes están referidos al grupo de población de cada tramo de edad y sexo.

Por tramo de edades, se observa que es en el grupo de 60 y más años donde se registra el mayor porcentaje de personas que perciben esta prestación.

Si se analiza la situación de las personas que reciben una pensión invalidez con apertura por sexo en cada año de estudio, se observa que, en los tramos de edad de 14 a 17 y 18 a 59 años, es el hombre quien cuenta con mayor porcentaje en comparación a la mujer. En cambio en el grupo de 60 y más es la mujer quien tiene mayor porcentaje.

En relación a la evolución de este indicador, se observa que en el grupo de 0 a 13 años registra para todos los años el mismo porcentaje del 0,0%. En el tramo de 14 a 17 se verifica el 1,0% para el 2006 y 2009 llegando a 1,2% para el año 2013, existiendo apenas un aumento poco significativo. Para las personas pensionistas invalidez que se encuentran entre los 18 a 59 años se registra para el año 2006 el 1,5%, para el 2009 el 1,4% y para 2013 un 1,6%. En el tramo comprendido por personas mayores de 60 y más años se presentan los siguientes dato correlativos a cada año: 1,8%, 1,7%, 2,1%, por lo que ha existido una baja y luego un alta en las cifras registradas. En el último año analizado, se observa un aumento de la participación de los pensionistas invalidez en todos los grupos etarios.

2. Población Beneficiaria

En el cuadro 3 se presenta la cantidad de beneficiarios del B.P.S. que reciben una pensión invalidez entre los años 2006, 2009 y 2013 y su variación.

**Cuadro N° 3 –
Cantidad de beneficiarios Pensionistas Invalidez. Años seleccionados**

	Cantidad PI	Variación (%)
2006	51.256	
2009	56.986	3,0
2013	64.749	2,8

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

En 2013 se encuentra que el total de beneficiarios asciende a 64.749.

Se observa en el período de estudio un aumento gradual de la cantidad de beneficiarios, registrando en 2009 un aumento de 3,0% y en 2013 el incremento baja a 2,8%.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios del BPS por sexo para los años de estudio.

**Cuadro N° 4 –
Cantidad de beneficiarios Pensionistas Invalidez por sexo. Años seleccionados**

	Hombre	Mujer	Variación	
			H	M
2006	26.081	25.175		
2009	28.854	28.132	2,8	3,2
2013	32.555	32.194	2,7	2,9

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

Nota: Se abrevia de la siguiente forma: PI – Pensionista Invalidez, H – Hombre y M – Mujer.

Se registra para el año 2013 la cantidad de 32.555 hombres que reciben una pensión invalidez y 32.194 mujeres beneficiarias de la misma prestación.

Si se analiza la cantidad de personas por sexo que reciben esta prestación en cada año de estudio, se percibe que es mayor la cantidad de beneficiarios hombres en relación a las mujeres.

Si observamos el comportamiento de los datos por género durante el período de evolución del indicador, se registra un aumento en la cantidad de beneficiarios en ambos sexos. Asimismo, si bien hay cierta similitud en el porcentaje de variación en el período de estudio, la mujer registra un valor superior al hombre, registrando para el año 2009 el mayor dato.

A fin de complementar información se plantea en el cuadro 5 la distribución de beneficiarios pensionistas invalidez.

**Cuadro N° 5 -
Distribución de beneficiarios de Pensionistas Invalidez por sexo. Años seleccionados**

	Hombre	Mujer	Total
2006	50,9	49,1	100,0
2009	50,6	49,4	100,0
2013	50,3	49,7	100,0

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

Para este corte de estudio se observa una leve variación en los datos durante el período seleccionado. Se registra en el año 2013 que el 50,3% corresponde al sexo masculino y el 49,7% al sexo femenino. Existe una disminución en las cifras poco significativa pero continua en el caso del hombre (50,9% en el 2006, 50,6% en el 2009 y 50,3% en el 2013) y un aumento consiguiente progresivo en el caso de la mujer (49,1% en el 2006, 49,4% para el 2009 y en el 2013 un 49,7%).

En el cuadro 6 se presenta la distribución de las personas beneficiarias de una pensión invalidez por tramo de edades, según años seleccionados.

**Cuadro N° 6 –
Distribución de beneficiarios de Pensionistas Invalidez por tramos de edades. Años seleccionados**

	2006	2009	2013
0 a 13	6.359	6.745	8.258
14 a 17	2.845	3.266	3.797
18 a 59	29.436	32.224	35.797
60 a 69	7.191	8.566	9.807
70 y más años	5.425	6.185	7.090
<i>Total</i>	<i>51.256</i>	<i>56.986</i>	<i>64.749</i>

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

Entre los 18 a 59 años de edad, es donde se encuentra representada la mayor población beneficiaria de este programa; en el año 2013 se registra 35.797 personas.

Para el mismo período y en los otros tramos de edades se plantean cantidades de menor cifra, los que se presentan de mayor a menor dato: 60 a 69 años 9.807; de 0 a 13 años 8.258; de 70 y más 7.090 y el grupo de edad de 14 a 17 años 3.797 beneficiarios, donde se registra el valor más bajo.

En forma complementaria se agrega datos con la variación existente en cada tramo de edad entre los años analizados.

Cuadro N° 7 –

Variación porcentual de la distribución de los Pensionistas Invalidez por tramo de edad entre los años 2006, 2009 y 2013 (en porcentaje)

Tramo Edad	2006/2009	2009/2013
0 a 13	6,1	22,4
14 a 17	14,8	16,3
18 a 59	9,5	11,1
60 a 69	19,1	14,5
70 y más años	14,0	14,6

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

Si nos detenemos a observar la evolución de los datos por tramos de edades, surge que:

Para el período 2006/2009 el mayor dato se registra en el tramo de 60 a 69 años con 19,1% y el menor incremento en el tramo de 0 a 13 años con 6,1%.

En el comparativo 2009/2013 se presenta el dato más significativo de 22,4% para el grupo de beneficiarios de 0 a 13 años y el menor dato se registra en el tramo de 18 a 59 años con 11,1%.

Si analizamos los porcentajes presentados para cada período por grupos de población, se plantea que es el tramo de 0 a 13 años donde se observa un incremento relativamente alto (de 6,1% a 22,4%), representado por los pensionistas invalidez de menor edad. Asimismo los tramos de edades de 14 a 17 (14,8% a 16,3%), 18 a 59 (9,5% a 11,1%) y 70 y más (14,0% a 14,6%) obtuvieron un leve incremento. En cambio el tramo de 60 a 69 años se redujo en forma considerable (19,1% a 14,5%).

Algunas condiciones como la situación de discapacidad según el último Censo Nacional del INE 2011, donde se plantea mayor incidencia en los extremos de las edades (menor y mayor edad) podrán explicar el aumento del beneficio en el tramo de edad de 0 a 13 años. Otras circunstancias que podrían estar relacionadas es la actualización de las normas para la Valoración del Grado de Invalidez (Baremo) del BPS, que habilita a considerar nuevas enfermedades y otros aspectos como la valoración social, entre otros. La ampliación de cobertura a otras prestaciones aprobadas en este período de estudio (creación de la pensión especial para las víctimas de delitos violentos; modificación de las condiciones de acceso en las jubilación por invalidez -permanente y parcial- y jubilación por edad avanzada) pueden posibilitar los cambios en el acceso a esta prestación. Un tema de mayor peso podría estar dado por la mayor cobertura al sistema de seguridad social a prestaciones contributivas que la población del país viene logrando, y que se refleja en las mayores edades.

Cuadro N° 8 –

Distribución de los Pensionistas Invalidez por tramo de edad y sexo y variación porcentual entre los años 2006, 2009 y 2013 (en porcentajes)

Tramo de Edad	2006		2009		2013		Variación 2006/2009	
	H	M	H	M	H	M	Hombre	Mujer
0 a 13	14,5	10,2	14,1	9,6	15,7	9,8	-2,8	-5,9
14 a 17	6,5	4,6	7,0	4,4	7,3	4,4	7,7	-4,3
18 a 59	59,8	54,9	58,5	54,6	57,3	53,2	-2,2	-0,5
60 a 69	12,0	16,1	12,9	17,3	12,1	18,3	7,5	7,5
70 y más años	7,2	14,1	7,6	14,2	7,6	14,3	5,6	0,7
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>		

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S. Nota: H significa Hombre y M representa Mujer	Variación 2009/2013	
	Hombre	Mujer
	11,3	2,1
	4,3	0,0
	-2,1	-2,6
	-6,2	5,8
	0,0	0,7

Al efectuar un análisis de la situación por género en cada uno de los tramos de edades de los pensionistas invalidez y en todos los años, se puede observar que:

- *El hombre pensionista invalidez* registra mayor porcentaje en el tramo de 18 a 59 años. Para los tramos de 0 a 13 y 60 a 69 años lo representa en menor medida y de 14 a 17 y 70 y más años se observa un porcentaje bajo. Este tipo de frecuencia, con una menor variación, se mantiene para los años de estudio seleccionados.
- *Las mujeres pensionistas invalidez* tienen mayor representación en el tramo de 18 a 59 años, en forma similar a los hombres. En menor grado de significación le siguen los tramos de 60 a 69 años y 70 y más años. Con baja frecuencia de datos se registran para los tramos 14 a 17 y 0 a 13 años. Esta situación se presenta en forma similar con algunas variaciones en los datos, durante el período de estudio

Se observa que el tramo de 18 a 59 años es el grupo de población beneficiaria con mayor peso para ambos sexos. Los tramos con menor representación en el hombre están dados en los grupos de menor edad y edad media y para la mujer en edades mayores.

En relación a la variación porcentual del año 2006/2009, realizada en cada uno de los tramos de edades y diferenciado por sexo, se puede plantear que:

Para el sexo masculino:

- ha tenido una variación negativa, es decir una disminución porcentual en forma muy leve en los tramos de edades de 0 a 13 años y en el grupo de 18 a 59 años.
- En cambio ha efectuado un aumento en los tramos de edades de 14 a 17 años, de 60 a 69 años y de 70 y más años.

Para el *sexo femenino*:

- se observa una disminución porcentual en forma poco representativa en los tramos de edades de 0 a 13 años, 14 a 17 y 18 a 59 años.
- se constata un aumento en los tramos de edades de 60 a 69 y muy leve en el de 70 y más años.

La variación porcentual del año 2009/2013 muestra la siguiente distribución:

Para el *sexo masculino*:

- Hay una variación positiva y significativa en el tramo de 0 a 13 años de 11,3%, le sigue el tramo de 14 a 17 años.
- Con variación negativa se encuentran los tramos de 60 a 69 y 18 a 59 años, según grado de variación porcentual.
- Sin variación se encuentra el tramo de 70 y más años.

Para el *sexo femenino*:

- La mayor variación y de forma positiva se registra para el tramo de 60 a 69 años y le siguen los grupos de 0 a 13 años y 70 y más, estos últimos en cifras porcentuales menores.
- La variación negativa se encuentra en el tramo de 18 a 59 años.
- No se observa variación porcentual en el tramo de 14 a 17 años.

Se analiza el comportamiento generado en los períodos de estudios seleccionados 2006/2009 y 2009/2013, en relación a las variaciones para cada sexo y en cada tramo de edad de beneficiarios de pensión invalidez, observando que tanto hombres como mujeres de 0 a 13 años se procesó en comparación al último período una variación positiva.

En el siguiente cuadro se presenta la edad promedio de los pensionistas invalidez por sexo para cada año analizado.

**Cuadro N° 9 –
Edad promedio de los Pensionistas Invalidez del por sexo. Años seleccionados**

	2006	2009	2013
Hombre	39,1	39,7	39,1
Mujer	45,9	46,9	47,5
<i>Total</i>	<i>42,4</i>	<i>43,3</i>	<i>43,2</i>

Fuente: Datos Presupuesto a Diciembre de cada año. RING de Prestaciones – B.P.S.

La edad promedio del pensionista invalidez es de 43 años según registros para los años 2009 y 2013. Si observamos la evolución de los datos durante el período de estudio, se observa un leve aumento.

En el caso de los hombres beneficiarios, la edad promedio es 39 años, la que se mantiene para los tres años (2006, 2009 y 2013). Este dato estaría por debajo de la edad promedio prevista para el total de los pensionistas invalidez (43 años).

La edad promedio de las mujeres pensionistas invalidez es de 47 años en 2013, superando la edad media para el total de esta población (43 años). Se observa un aumento poco significativo pero progresivo en la edad de las mujeres beneficiarias, teniendo en cuenta que en el año 2006 se registra 45,9, en el 2009 es 46,9 y al 2013 de 47,5 años.

3. A modo de resumen

A partir del análisis preliminar sobre indicadores de Pensión Invalidez para los años 2006, 2009 y 2013, es posible dejar planteado algunas consideraciones generales:

A nivel del total de la población:

- el porcentaje de pensionistas invalidez representa un 1,4% en relación al total de la población uruguaya.
- durante el período de estudio (2006 a 2013), ese porcentaje se incrementó de 1,2% a 1,4%, reflejando un leve aumento de la proporción de beneficiarios en el total de la población.
- En 2013 tiene mayor peso porcentual el sexo femenino (1,4%) que el masculino (1,3%), en tanto en 2006 se observaba lo opuesto (1,3% hombres y 1,2% mujeres).
- la proporción de pensionistas invalidez por tramos de edades se incrementa con la edad y se registra mayores cuantificaciones en el grupo de 60 y más años.

A partir de los registros del B.P.S se puede plantear que:

- existe un aumento gradual en la cantidad de beneficiarios de pensión invalidez.
- los pensionistas por invalidez hombres son levemente mayores en relación a las mujeres beneficiarias.
- es en el tramo de 18 a 59 años donde se concentra la mayor cantidad de beneficiarios.
- la mujer pensionista invalidez tiene mayor representación en el grupo de 60 y más años.
- en cambio en el caso de los beneficiarios hombres el mayor peso se concentra en las edades de 0 a 59 años.
- se registra un aumento de pensionistas invalidez en el tramo de edad de 0 a 13 años.
- la edad promedio de los pensionistas invalidez es de 43 años de edad (registro 2013).

- La edad promedio de los pensionistas invalidez por género plantea 47,5 años para la mujer y 39,1 para el hombre.

De acuerdo con lo planteado, es posible considerar que no ha existido un aumento en el porcentaje de personas que perciben una prestación no contributiva de pensión invalidez. Es en el grupo de 60 y más años donde se concentran los beneficiarios, pudiendo tener relación con el proceso de invalidez que atraviesan los grupos de mayor edad. Por género, se muestra que son los hombres pensionistas invalidez quienes son mayoría en comparación a las mujeres.

En relación a las prestaciones cubiertas por BPS durante este periodo de análisis se observa un aumento gradual y permanente en la cantidad de personas a las que se otorga pensión invalidez. Los beneficiarios hombres y mujeres se dividen casi por mitades, aunque es el grupo integrado por el sexo masculino quien tiene mayor representación dentro de la población en estudio. La proporción de mujeres beneficiarias aumentó levemente. La edad promedio de las personas que reciben este beneficio se encuentra en los 43 años, registrándose en 2013 ocho años de diferencia entre hombres (39,1) y mujeres 47,5).

Asimismo, en el caso concreto del B.P.S., se debe tener en cuenta que esta población, puede obtener además otros tipos de beneficios, como ayudas especiales, atención médica especializada, prótesis y ortésis para su rehabilitación, entre otras, lo cual requerirá analizar, en otros cortes de estudios, como se complementan estas prestaciones en las necesidades de los pensionistas invalidez.

PARTE II

4. Aspectos socio demográficos de Pensionistas por Invalidez

En esta segunda parte se analizan indicadores socio - demográficos de los pensionistas por invalidez. Esto es zona y localidad de residencia, ascendencia racial, nivel educativo, nupcialidad y arreglos familiares. En algunos cuadros se presentan información que permite referenciar a la población de invalidez con la población total del país.

4.1 Urbanización / Ruralidad

A través de indicadores organizados para medir la distribución geográfica de los pensionistas por invalidez, se presenta la población beneficiaria por zonas urbanas y rurales, permitiendo observar cómo se localizan a nivel del territorio nacional y referenciado a la población total del país.

Cuadro N° 10 –

Distribución de Pensionistas Invalidez residentes en Zonas Urbanas y Rurales comparada con población total 1/. Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Urbanas	94,5	93,6	93,4	92,1	94,9	94,4
Rurales	5,5	6,4	6,6	7,9	5,1	5,6
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

Si tomamos en cuenta la proporción de beneficiarios por zonas, se registra para el año 2013 que el 94,9% residen en zonas urbanas y el 5,1% están ubicados en el medio rural, existiendo una prevalencia importante de pensionistas invalidez con residencia en el medio urbano.

Al comparar los datos de los pensionistas invalidez con la población total en relación a residencia, se observa una similitud de los porcentajes en los períodos de estudio. Existe una analogía sobre la concentración de las poblaciones en zonas urbanas.

En los datos que siguen se presenta la población beneficiaria con apertura por sexo según distribución por zona urbana y rural y período de estudio.

Cuadro N° 11 –

Distribución de Pensionistas Invalidez residentes en Zonas Urbanas y Rurales, por sexo. Años seleccionados (en %)

Sexo:	2006		2009		2013	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Masculino	93,7	6,3	95,3	4,7	95,1	4,9
Femenino	95,2	4,8	91,6	8,4	94,8	5,2

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

Nota: Se calculan sobre el total masculino y femenino de la población pensionista invalidez, respectivamente. Los valores cierran a 100% para cada período.

Al analizar la situación de residencia por sexo se puede plantear que:

- los hombres pensionistas de invalidez se distribuyen en mayor proporción en la zona urbana y en menor escala en la zona rural. Al año 2013 registra 95,1% en la zona urbana y 4,9% los residentes en la zona rural.
- En las mujeres se presenta una situación similar a la planteada para el hombre, por lo que se registra para el año 2013, 94,8% en zona urbana y 5,2% en el medio rural.

Si se analizan los datos planteados para ambos sexos durante los años 2006 y 2009, se observa que aumentó en el último período para el sexo masculino y disminuyó para la mujer, el porcentaje de residir en zona urbana. Para el año 2013 la brecha se reduce, obteniendo una cifra similar para cada género, 95,1% para hombres y 94,8% para mujeres beneficiarias.

Al estudiar los datos de los pensionistas invalidez por sexo en la zona rural, se plantea que para el año 2006 el hombre reside en un porcentaje algo superior al de la mujer. A partir del año 2009 y se mantiene para el 2013, es la mujer pensionista invalidez que registra un leve aumento de residencia en la zona rural, lo que lleva que al año 2013 casi se asemejen los valores en ambos sexos, 4,9% en el hombre y 5,2% en la mujer.

En el cuadro 12 se informa sobre la distribución de los pensionistas invalidez y la población total por localidades, tomando como referencia: Montevideo, Interior Urbano de localidades de 5000 y más habitantes, Interior Urbano de localidades con menos de 5.000 habitantes y zona Rural.

Cuadro N° 12 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por localidades comparada con población total 1/ Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Montevideo	30,9	42,1	32,0	42,7	29,4	41,0
Interior Urbano > 5000 hab.	55,9	45,8	54,0	44,7	50,6	43,3
Interior urbano < 5000 hab. y Zonas Rurales	13,2	12,1	14,0	12,7	20,0	15,8
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

En cuanto a distribución de los pensionistas invalidez por localidades a nivel del país, se observa que para el año 2013, el 50,6% de los beneficiarios se ubican en el Interior Urbano que comprende a más de 5000 habitantes, un 29,4% se localizan en Montevideo y un 20,0% se encuentran en el Interior Urbano con menos de 5000 habitantes y en zonas rurales.

Al estudiar la evolución del indicador, se puede visualizar que en el Interior Rural (Interior Urbano < 5000 habitantes y zona rural) se registra un aumento de los beneficiarios, y una disminución en las localidades de Montevideo y en el Interior Urbano > 5000 habitantes.

Al comparar los porcentajes registrados entre la población en estudio y total país, respecto a la residencia en localidades categorizadas, se registra una distancia porcentual de los datos y en cambio mantiene una distribución similar respecto a la ubicación de las localidades. En este sentido, la población total al igual que la de pensionista invalidez se ubica en 2013, en mayor porcentaje, en el interior urbano > 5000 habitantes, le sigue Montevideo y en menor grado residen en el interior urbano < 5000 habitantes y rural. Con relación a los porcentajes, la población de pensionistas invalidez supera el dato en la localidad de interior urbano > 5000 habitantes (50,6% y 43,3%), presenta una distancia importante porcentual respecto a la localidad de Montevideo (29,4% y 41,0%) y una

relativa para interior urbano < 5000 habitantes y rural (20,0% y 15,8%) datos correspondiente al año 2013, reflejando con mayor énfasis la tendencia de residencia de la población invalidez en el interior urbano.

Si realizamos un análisis comparativo para ambas poblaciones, sobre la evolución durante el período de estudio previsto, respecto a la residencia en las localidades, se plantea que:

- Se observa una baja respecto a la residencia de los pensionistas invalidez en Montevideo a la vez que aumenta la brecha porcentual en relación a la población total, la que concentra a casi la mitad de la población.
- Si bien descienden para ambas poblaciones el porcentaje de poblaciones en el interior urbano > 5000 habitantes, se mantiene como la categoría de mayor peso y es la población de pensionistas invalidez que registra mayor dato.
- Para el último año de estudio, 2013, se observa un aumento en la residencia del interior rural para ambas poblaciones, manteniendo mayor cifra los pensionistas invalidez.

En el siguiente cuadro, se complementa información al realizar una apertura por sexo.

Cuadro N° 13 –

Proporción de Pensionistas Invalidez por localidades con apertura por sexo. Total país. Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	H	M	H	M	H	M
Montevideo	31,7	30,0	31,5	32,4	30,1	28,8
Interior Urbano > 5000 hab.	54,0	58,0	57,6	50,7	50,3	50,9
Interior urbano < 5000 hab. y en Zonas Rurales	14,3	12,0	11,0	16,8	19,6	20,3
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

Nota: Se abrevia de la siguiente forma: H – Hombre y M – Mujer.

Del cuadro 13 es posible extraer la siguiente información relativa a 2013:

- o muestra que el sexo masculino reside mayormente en el Interior Urbano registrando el 50,3%, el 30,1% en Montevideo y el 19,6% en el Interior Urbano y Rural.
- o para la mujer se presenta similar situación que para el sexo masculino; el 50,9% se localiza en el Interior Urbano, el 28,8% en Montevideo y el 20,3% en el Interior Urbano y Rural.

Si se realiza una comparación entre ambos sexos, existe una similitud en relación a la distribución por localidad, con algunas diferencias porcentuales.

Con relación a la evolución del indicador en el período seleccionado, se puede observar que:

- en el caso de los hombres, ha disminuido el porcentaje de pensionistas invalidez con residencia en el Interior Urbano de más de 5.000 habitantes (de 54,0% en el

2006 a 50,3% en 2013) y se ha registrado una disminución porcentual de los beneficiarios que se localizan en Montevideo (en el 2006 registra 31,7% y 30,1% en 2013). Aumentó la proporción de beneficiarios que residen en el Interior Urbano de menos de 5.000 habitantes y zona Rural (en el 2006 el 14,3% y el 19,6% en el 2013).

- la situación de la mujer plantea una disminución en la proporción de pensionistas invalidez del sexo femenino en el Interior Urbano, 58,0% en el 2006 y 50,9% para el 2013; se reduce en forma gradual la residencia en la localidad de Montevideo, 30,0% en el 2006 y 28,8% en el año 2013 y aumenta la proporción de pensionistas invalidez mujer que residen en el Interior Urbano de menos de 5.000 habitantes y zona Rural (en 2006 el 12,0% y el 20,3% en 2013).

Se considera un dato significativo que una proporción alta de pensionistas invalidez residan en el Interior Urbano de 5.000 y más habitantes. En estudios relativos a esta población, se debería analizar qué circunstancias generan esta situación, pudiendo dejar planteado algunas líneas de investigación, en cuanto a: existencia de mayor incidencia de la discapacidad en esta localidad y la causa de estos eventos; un mejor ámbito que integre posibilidades económicas y acceso a servicios cercanos; seguridad para vivir por las relaciones cercanas y redes de apoyo.

4.2 Etnia

A fin de contemplar otro aspecto de la situación socio - demográfica de los pensionistas invalidez, se desarrollará información respecto a los beneficiarios según el origen étnico o a qué tipo de ascendencia corresponde, de acuerdo a los criterios utilizados por el INE, incluyendo datos referenciados a la población total.

Cuadro N° 14 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por condición étnica comparada con población total 1/. Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Afro Negra	11,2	11,6	13,5	11,9	14,2	13,8
Amarilla	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4
Blanca	94,8	123,3	98,1	124,7	97,4	123,4
Indígena	4,2	4,8	4,8	6,4	6,0	7,7

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

Nota: No cierra a 100% porque los encuestados pueden identificarse en más de un tipo de ascendencia.

Según datos a 2013, el 97,4% de los pensionistas invalidez son de descendencia blanca, le sigue el 14,2% en condición afro negra, un 6,0% de beneficiarios con ascendencia indígena y el 0,3% son de raza amarilla.

Si observamos el comportamiento de este indicador en el período de estudio, se registra un aumento en las ascendencias blanca, afro negra e indígena, y apenas una disminución en la categoría “raza amarilla”.

Con relación a las categorías étnicas, comparadas para ambas poblaciones (pensión invalidez y total), se destaca que la población afro negra tiene un leve mayor registro

porcentual en la población invalidez (13,5% - 11,9% en 2009 y 14,2% - 13,8% datos a 2013), presentando el resto de las categorías mayor similitud. En la evolución se presenta variaciones en cada período, y para el año 2013 se presenta cierta similitud en la mayoría de los porcentajes respecto a la descendencia de la población.

4.3 Educación

En este tema se estudia la situación de los pensionistas invalidez con relación al nivel educativo y como se presenta esta información en una apertura por sexo.

El cuadro que sigue aborda la situación educativa de los pensionistas invalidez y de la población total, presentando los niveles de educación alcanzados y en forma complementaria qué porcentaje de personas no accedieron al sistema formal de estudio.

Cuadro N° 15 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por nivel de educación comparada con población total 1/. Años seleccionados (en %)

Educación:	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Primaria 2/	79,9	36,7	79,0	34,5	76,1	29,1
Media	18,6	47,9	19,9	49,4	22,2	52,8
Superior	1,5	15,4	1,1	16,1	1,7	18,1
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Sin participación en la educación						
Analfabetos	31,2	2,2	29,4	1,8	30,6	1,6

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

2/ Se incluye a las personas sin instrucción o los que no han superado la educación primaria (no más de 6to. grado aprobado).

Al tomar como referencia de análisis el año 2013 se plantea que 76,1% de los pensionistas invalidez han cursado educación primaria (completa, incompleta o sin ninguna educación), un 22,2% ha logrado ingresar al nivel medio de educación y solo un 1,7% ha podido matricularse a la educación superior, en estos dos niveles puede ocurrir que hayan completado o no los cursos.

Con relación al grado de alfabetización se observa que el 30,6% de las personas que perciben esta prestación son analfabetos.

Si se estudia la evolución del indicador relacionado con el nivel educativo de los pensionistas invalidez, se observa que ha disminuido el porcentaje de beneficiarios en la educación primaria y ha aumentado el porcentaje de este grupo dentro de la enseñanza media y en forma más leve de las personas que se encuentran dentro del nivel superior.

Por otra parte, en relación a los datos que surgen del cuadro 15, se aprecia una disminución dentro del nivel de analfabetos, pasando de 31,2% en el 2006 a 30,6% en el año 2013.

La comparación de datos con la población total, sobre nivel educativo muestra que la población de invalidez está bastante alejada de alcanzar la situación educativa que se refleja a nivel del país, teniendo en cuenta que por ejemplo la mitad de la población total ha

cursado nivel medio y en el caso de las personas con pensión invalidez sólo el 22,2%; el 30,6% de los pensionistas invalidez son analfabetos en contraste con la población total que registra un 1,6%. Esta comparación permite visualizar en forma más clara que la población pensionista invalidez presenta un menor nivel educativo al del resto de la población del país. Si observamos la evolución se registran cambios positivos para ambas poblaciones.

Se complementa datos en relación al nivel de participación educativo por género, según período de estudio, que se presenta en el cuadro 1.

Cuadro Nº 16 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por nivel de educación con apertura por sexo. Años seleccionados (en %)

Educación:	2006		2009		2013	
	H	M	H	M	H	M
Primaria (*)	79,8	80,1	81,2	76,9	77,7	74,8
Media	19,2	18,1	18,3	21,4	21,2	23,0
Superior	1,0	1,8	0,5	1,7	1,1	2,2
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
PI sin participación en la educación						
Analfabetos	35,4	27,3	35,9	23,3	35,0	26,7

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

(*) Se incluye a los pensionistas invalidez sin instrucción o los que no han superado la educación primaria (no más de 6to. grado aprobado).

Nota: Se abrevia de la siguiente forma: H – Hombre y M – Mujer.

Según datos registrados al año 2013, el 77,7% de hombres pensionistas invalidez han cursado educación primaria, el 21,2% ha transitado por la educación media y un 1,1% se ha instruido en la educación superior. Un 35,0% se encuentra en situación de analfabetos.

En el caso de la mujer se presenta para el año 2013 que el 74,8% se encuentra en el nivel de educación primaria, el 23,0% representan las mujeres pensionistas invalidez con educación media y el 2,2% transitan la educación superior. Un 26,7% de las mujeres beneficiarias de esta prestación son analfabetas.

Si realizamos una comparación de situación entre género, se aprecia que las mujeres en relación a los hombres pensionistas de invalidez tienen mayor porcentaje de formación en educación media y superior y menor grado de personas analfabetas.

Con relación a la evolución del indicador se aprecia que los pensionistas hombres presentan una variación de porcentajes según el período de estudio seleccionado. Si comparamos 2006 y 2013 se plantea una disminución dentro del nivel de educación primaria y un aumento leve en los niveles medio y superior. Existe una leve baja en la condición de analfabetos.

Para la mujer, ha tenido variación y se encuentra en ascenso los niveles de educación media y superior. El descenso se encuentra a nivel de enseñanza primaria y de personas analfabetas.

4.4 Nupcialidad

Al estudiar la condición de nupcialidad de los pensionistas de invalidez, nos permite obtener información respecto a su estado civil y qué grado de relación familiar lo conforma.

Cuadro N° 17 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por condición de nupcialidad comparada con población total 1/. Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Casados	22,4	40,2	19,8	37,4	20,9	34,6
Unión Consensual	9,7	13,6	10,8	16,5	9,9	20,0
Divorciados o Separados	8,9	7,8	14,4	11,4	15,0	11,9
Viudos	5,9	8,2	5,0	8,0	5,4	7,2
Solteros	53,0	30,2	50,0	26,8	48,7	26,3
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

En el año 2013, siguiendo un orden ascendente, el 48,7% de los pensionistas de invalidez se encuentran en condición de solteros, el 20,9% son casados, un 9,9% están en unión consensual, un 15,0% en calidad de divorciados o separados y el 5,4% en la circunstancia de viudez.

La evolución del indicador plantea que ha aumentado la condición de beneficiarios en unión consensual, habiendo descendido las categorías de casados, solteros, viudos y se mantiene casi incambiado la situación de divorciados o separados.

Es un dato sugerente que casi el 50% de los pensionistas invalidez se encuentren en la condición de solteros, si tenemos en cuenta que un porcentaje importante están comprendidos en el tramo de edad de 18 a 59 años, estando habilitados a conformar una familia.

Al comparar la situación de nupcialidad de los pensionistas invalidez con el total de la población referida, se constata una diferencia importante en los porcentajes planteados para cada población. Según datos al año 2013 y siguiendo el orden de población invalidez y población total se presenta la comparación porcentual: en la condición de casados se registra el 20,9% y 34,6%, en unión consensual el 9,9% y el 20,0%, divorciados o separados 15,0% y 11,9%, viudos 5,4% y 7,2% y solteros 48,7% y 26,3%. Al medir las categorías entre las poblaciones, se constata que la población invalidez conforma una condición de nupcialidad particularizada, en cuanto a que un 30,8% se encuentra en unión conyugal (casado y unión libre) y un 69,2% sin formalizar una relación de parejas (divorciadas, viudas y solteras). El estudio comparativo muestra a la población invalidez con una tendencia marcada en la disolución de la unión conyugal.

En la evolución de los indicadores de nupcialidad para ambas poblaciones, se presenta una mayor variación de alta y baja para los pensionistas invalidez a diferencia de la población total, que en la mayoría de las categorías muestra una línea de alta en forma progresiva.

El cuadro siguiente presenta la situación de los beneficiarios según estado civil por sexo en el período de estudio correspondiente.

Cuadro N° 18 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por condición de nupcialidad en cada sexo.

Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	H	M	H	M	H	M
Casados	18,8	25,9	13,6	25,7	13,6	27,3
Unión Consensual	9,0	10,4	9,0	12,3	13,5	18,6
Divorciados o Separados	5,1	12,5	9,5	19,0	6,0	11,2
Solteros	65,1	41,6	65,9	35,2	65,0	34,3
Viudos	2,0	9,6	2,0	7,8	1,9	8,6
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

Nota: Se abrevia de la siguiente forma: H – Hombre y M – Mujer.

El año 2013 plantea que el 65,0% de los hombres pensionistas de invalidez son solteros, el 13,6% se encuentran en condición de casados, un 13,5% en unión consensual, los 6,0% divorciados y el 1,9% viudos.

Para las personas pensionistas invalidez del sexo femenino, el 34,3% son solteras, el 27,3% casadas, el 18,6% en unión consensual, el 11,2% divorciadas o separadas y el 8,6% se encuentran viudas.

Al comparar la situación nupcial de los pensionistas de invalidez por género se observa que los hombres se encuentran en mayor proporción en condición de solteros que la mujer. En cambio la mujer tiene mayor porcentaje en las categorías de casadas, unión consensual, divorciadas o separadas y viudas en relación a la condición de los hombres.

4.5 Arreglos Familiares

Se inicia con la presentación de cuadros estadísticos sobre los arreglos familiares, teniendo en cuenta la importancia de conocer la conformación de los hogares que integran los pensionistas de invalidez.

El cuadro 19 presenta información sobre los hogares con pensionistas invalidez, con datos por género y período de estudio dentro de la población total del país.

Cuadro N° 19 –

Porcentaje de Hogares de Pensionistas Invalidez en el total de hogares con apertura por sexo. Total país. Años seleccionados

	2006	2009	2013
% Hogares con PI	3,4	3,2	3,8
Apertura de los hogares con pensionistas invalidez por sexo			
Hombre	50,1	49,4	48,4
Mujer	53,1	53,5	50,9

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

Nota: Los hogares de PI están representados en el total de los hogares del país. En apertura por sexo se calculan sobre el total de los hogares de PI. No suman 100,0% en la medida que en un hogar puede haber más de un pensionista invalidez de diferente sexo.

De acuerdo con la cifra planteada para el año 2013, el 3,8% de los hogares están integrados por algún pensionista invalidez.

En este período de estudio, se observa que los valores se han mantenido, existiendo algunas variaciones con tendencia ascendente en el porcentaje de hogares con pensionistas de invalidez.

Si observamos los datos por apertura de sexo, muestra que los hogares de pensionistas invalidez integrados por mujeres tienen mayor participación que los compuestos por hombres. Para el año 2013 los hogares del sexo masculino son el 48,4% y los hogares integrados por la mujer el 50,9%, si bien se mantiene igual distribución en relación a los otros períodos de estudio, se observa que los hogares de mujeres pensionistas invalidez vienen presentando una caída porcentual (53,1% en 2006 y 50,9% a 2013).

En el siguiente cuadro se presenta información de cómo se conforman los hogares de los pensionistas invalidez los cuales se comparan con la estructura que conforma la población total.

En base a la pregunta formulada por el INE sobre relación de parentesco, se construye la variable tipo de hogar, teniendo en cuenta conformaciones de hogares que hace posible analizar la estructura familiar de los pensionistas invalidez en comparación al total de la población.

Cuadro N° 20 –

Distribución de Pensionistas Invalidez por tipo de hogar comparada con población total 1/.

Años seleccionados (en %)

	2006		2009		2013	
	PI	Total	PI	Total	PI	Total
Unipersonal	9,0	8,6	11,0	9,7	8,1	8,3
Biparental sin hijos	11,6	14,1	11,5	15,2	12,7	15,1
Biparental con hijos	27,8	42,5	26,5	41,7	27,5	43,2
Monoparental	16,5	10,1	17,0	10,5	17,9	11,2
Extendidos	25,1	19,2	26,3	18,0	25,3	17,9
Compuestos	10,0	5,4	7,7	4,9	8,6	4,3
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

1/ En la ECH los pensionistas invalidez se pueden identificar para la población de 14 años y más. El total de población está referida a ese grupo etario.

Unipersonal – formado por una sola persona

Biparental sin hijos – pareja jefe hogar y cónyuge

Biparental con hijos – pareja con hijos del núcleo conyugal o uno de sus miembros.

Monoparental – Núcleo conyugal incompleto con un jefe de hogar (hombre o mujer) e hijos de éste.

Extendidos - Nuclear más otros parientes

Compuestos - Nuclear más otros no parientes y hogares sin núcleo conyugal.

Los hogares de pensionistas invalidez tienen el mayor dato porcentual en los conformados por biparental con hijos (27,5%), extendidos (25,3%) y monoparental (17,9%), según datos a 2013.

En la evolución correspondiente al período de estudio se destaca el aumento de los hogares biparental sin hijos, monoparental y la disminución en los hogares unipersonales y compuestos.

Al comparar la estructura de hogares con la población total se plantean diferencias importantes de conformación, según año 2013: unipersonal 8,1% y 8,3%, biparental sin hijos 12,7% y 15,1%, biparental con hijos 27,5% y 43,2%, monoparental 17,9% y 11,2%, extendidos 25,3% y 17,9%, compuestos 8,6% y 4,3%. De este estudio se observa que los hogares con pensionistas invalidez tienden a una conformación de hogar más amplia, que va en concordancia con su situación nupcial, con menor situación conyugal o mayor nivel de disolución conyugal. En la evolución de esta categoría para ambas poblaciones se presenta una tendencia variable de alta y baja, manteniendo casi la misma diferencia porcentual.

El siguiente cuadro muestra el porcentaje de hogares unipersonales por sexo, haciendo referencia a los pensionistas invalidez que viven solos¹².

Cuadro N° 21 –

Porcentaje de Hogares de Pensionistas Invalidez que viven solos, con apertura por sexo.

Total país. Años seleccionados

	2006	2009	2013
Hombre	9,9	12,1	10,6
Mujer	8,6	10,5	6,9
<i>Total</i>	<i>9,6</i>	<i>11,6</i>	<i>8,6</i>

Fuente: Elaborado a partir de microdatos de la ECH – INE.

En el año 2013 se registra que el 8,6% de los hogares con pensionistas por invalidez son unipersonales. Al estudiar la situación por sexo se presenta que los hogares unipersonales constituidos por hombres pensionistas invalidez son mayores a los conformados por mujeres. Al año 2013, el 10,6% son hogares unipersonales de hombres y el 6,9% hogares de mujeres, existiendo una diferencia del 3,7%. Podría señalarse una tendencia a la baja de la cantidad de pensionistas invalidez en hogares unipersonales.

5 A modo de resumen

De acuerdo con la información presentada sobre indicadores socio-demográficos, es posible ir organizando el perfil de los pensionistas invalidez.

Con referencia al año 2013, se observa que:

- casi el 95% de los beneficiarios residen en zona urbana
- la mitad de esta población se localiza en el interior urbano (> 5000 y + habitantes)
- casi un 30% de los pensionistas invalidez viven en Montevideo
- casi el 98% son de descendencia blanca, siguiendo la distribución de la población total según etnia.
- el 76,1% tiene un nivel de instrucción básica

¹² El cuadro 20 en el tipo de hogar “unipersonal” el denominador son el total de personas pensionistas invalidez y en el cuadro 21 (pensionistas que viven solos) el denominador es el total de hogares con pensionistas invalidez.

- el 30,6% son analfabetos y la mayor cifra está representada en los hombres
- más de la mitad de los beneficiarios tienen estado civil “solteros” y los hombres se encuentran en esta condición en mayor porcentaje que las mujeres.
- el 3,8% de los hogares uruguayos están integrados por pensionistas invalidez
- existe casi una igualitaria distribución de los hogares por género
- un 8,6% se conforman por hogares unipersonales
- en mayor porcentaje los pensionistas invalidez hombres viven solos

Algunas consideraciones analizadas durante el período de estudio 2006 y 2013

- Los pensionistas invalidez se concentran en zonas urbanas al igual que la población total.
- No han existido cambios en la distribución de la población por zonas urbanas y rurales, manteniéndose casi los mismos datos en cada período.
- Cuentan con un nivel educativo de enseñanza primaria, que es proporcionalmente mayor al resto de los niveles educativos medio y superior.
- Es importante y considerable el grado de analfabetismo en esta población.
- Mayormente se encuentran en estado civil soltero, siendo elevado el porcentaje de pensionistas invalidez en esta condición.
- Existe un aumento de la población en unión consensual
- Son predominantemente de ascendencia “blanca”.
- Se ha generado un leve aumento en el porcentaje de hogares con pensionistas invalidez dentro del total hogares del país.
- Se presenta un aumento de los hogares unipersonales de los pensionistas invalidez hombres.

Se han visto algunos cambios positivos respecto a los beneficiarios de la prestación pensión invalidez, por ejemplo en educación ha venido aumentando la formación en los niveles medio y superior y un leve descenso de analfabetos. Se observa un aumento en el acceso de esta prestación de las poblaciones afro negra e indígena. Descienden los hogares unipersonales.

Del estudio comparativo entre la población de pensión invalidez y la población total es posible concluir que existen algunas similitudes dado que se concentran en zonas urbanas y se localizan en el interior urbano > a 5000 habitantes.

Respecto a la conformación étnica se encuentra que la ascendencia afro negra es algo superior en la población invalidez.

En otras categorías se observa una gran diferencia entre ambas poblaciones, conformando así una particularidad de situación de la población invalidez. En este sentido, se observa una diferencia muy significativa a nivel educativo donde se visualiza relativo bajo nivel educativo en relación a lo representado en la población total. En forma similar se plantea en la situación de nupcialidad en la cual las personas con pensión invalidez tienden a estar solas y con una tendencia en la disolución conyugal. En igual situación la conformación de hogares es diferenciada a la conformada por la población total, generando una amplia combinación en la relación de parentesco, que estructura arreglos familiares estudiados en poblaciones de riesgo social.

En el marco de este análisis es posible plantear que la población de pensión invalidez se conforma por personas vulnerables, donde la prestación asistencial se orienta dentro del objetivo previsto de proteger a este grupo de población.

ETNIA: TRANSFERENCIAS DE INGRESOS DE LOS PROGRAMAS NO CONTRIBUTIVOS Y ARREGLOS FAMILIARES

Ps. Cristina Klüver

ETNIA: TRANSFERENCIAS DE INGRESOS DE LOS PROGRAMAS NO CONTRIBUTIVOS Y ARREGLOS FAMILIARES

Ps. Cristina Klüver

Asesoría en Políticas de Seguridad Social

Enero 2015

INTRODUCCION

A pesar de que a los uruguayos les gusta verse como una sociedad homogénea, las diferencias raciales existen y los mecanismos a través de los cuales las personas identifican la pertenencia racial de los otros, aunque les resulte difícil expresarlos, forman parte del conjunto de reglas de diferenciación que la población uruguaya utiliza diariamente.

Desde la década de los 90 encontramos evidencias que permiten afirmar que Uruguay comenzó a revisar el tema relacionado con las diferencias entre mayorías y minorías, en documentos e informes presentados a organismos, foros y conferencias nacionales e internacionales como también ha recibido sugerencias al respecto.¹

¹ En 1996 la Encuesta Nacional de Hogares incorporó el ítem raza, en 2006 lo hizo la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. Ambas permitieron obtener información sobre ascendencia racial de la población uruguaya y la situación

En el último censo de 2011, se repitió la pregunta de 2006 con el argumento: "... la inclusión de preguntas sobre características *étnico-raciales* en el cuestionario censal representa otro paso fundamental para el reconocimiento de las poblaciones minoritarias como sujetos de derechos, posibilitando con ello la construcción de sociedades más justas e inclusivas" (INE, 2011 a).

La fuente más directa que argumenta la utilización conjunta de estas dos categorías es el trabajo Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay. Allí se establece que:

... se partió de concebir a los afrodescendientes en el Uruguay según el concepto de etnia [...] como identificación o sentimiento de pertenencia a un colectivo con el que se comparten cuestiones históricas, culturales, cosmovisiones, lenguaje, etcétera [...] Sin embargo, el lenguaje popular en el Uruguay no incorporó esta expresión, y el término "raza" sigue siendo el más utilizado, incluso, y con especiales acentos, por la población afrodescendiente [...] Por este motivo, en algunos textos se ha optado por usar la expresión "etnia/raza" para aludir al concepto de etnia, expresado con la palabra "raza" (Scuro, 2008, pp:151-153).

Si bien esta argumentación fue referida a la población afrodescendiente, se extiende a los descendientes de indígenas. Aún cuando Uruguay contó muy tempranamente con mecanismos de recolección de información socio demográfico, la visibilidad estadística de grupos étnico-raciales es relativamente reciente en la historia del país (Arocena, 2013:139).

En este comentario interesa observar en un primer momento la *relación* entre la población según su condición de ascendencia, y las transferencias de ingresos de los Programas no Contributivos, (PNC) que brinda la Seguridad Social. Nos referimos concretamente a las Asignaciones Familiares (AFAM) - por Ley 15.084 y Ley 18.227 -, y la Pensión Vejez (PV) e Invalidez (PI). Interesa también combinar esta primera relación, condición de ascendencia – transferencias económicas no contributivas, con la estructura y tamaño de sus hogares, con la finalidad de observar el comportamiento de estos subgrupos poblacionales en relación a sus estrategias familiares para superar los riesgos sociales.

Algunas advertencias previas necesarias. Especialistas en temas de población plantean que la representación estadística de la diversidad es un proceso complejo y suele reflejar los conflictos y las tensiones que existen alrededor del tema. Es común que exista una brecha entre la diversidad racial existente y las formas en que las sociedades se perciben a sí mismas y son representadas en las estadísticas de los países.² Los datos que se analizan en este comentario corresponden a los Encuestas Continuas de Hogares de los años 2012 y 2013, y las diferencias con el Censo 2011 serían resultado de estas percepciones y las respuestas de los entrevistados en el reconocimiento de su ascendencia.

de las minorías (Olaza, 2011). En 2011, el último censo en Uruguay, tiene entre sus principales novedades la inclusión por primera vez de dos preguntas sobre la condición étnica de la población. Desde el siglo XIX no había existido interés o preocupación por conocer el tamaño de la población afro descendiente o el número de descendientes de indígenas desde el punto de vista censal. No es que hubiera algún impedimento para hacerlo, simplemente el tema no figuraba en la agenda pública en los censos anteriores. Entonces, predominaba la idea de que en el país no había indígenas o descendientes de indígenas, y que la población negra estaba integrada y asimilada al conjunto de ciudadanos y no tenía relevancia estudiarla en sí misma.

² Cabella, W. Iguales y diferentes 2013/2014.

Sin duda el hecho de tener como punto de partida, una población y hogares a la cual nos vamos a referir, como una población y hogares cuyo denominador común es contar con pocos recursos económicos, y algunas de esas personas, - niños, jóvenes y adultos mayores - pueden tener además, algún tipo de discapacidad, pueda parecer una obviedad interrogarse sobre su bienestar. Sin embargo es lo que interesa mostrar. Se hace necesario realizar un quiebre en la acumulación de inequidades y re-pensar en qué tipos de transferencias de ingresos puedan ser factibles.

1. Distribución de la población según ascendencia étnico-racial

La estimación de la población que se identifica con ascendiente étnico-racial³ en Uruguay - obtenida a través de las Encuestas Continuas de Hogares en los años 2012 y 2013 - arrojan los valores porcentuales que se observan en el Cuadro 1.

**Cuadro 1 –
 Distribución de la población según ascendencia étnica-racial (en%)**

	2012			2013		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Afro-negra	10,7	10,6	10,7	11,0	11,1	11,0
Blanca	84,6	84,5	84,5	84,9	84,6	84,7
Indígena	4,4	4,7	4,6	3,9	4,2	4,1
Otras	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaborado con datos BPS de los años 2012 y 2013

Quienes manifiestan tener ascendencia afro-negra presentan valores de un 11%⁴, los de ascendencia blanca 84%, mientras los de ascendencia indígena arrojan 5%.

El colectivo mayoritario corresponde a quienes reconocen su pertenencia al subgrupo de ascendencia blanca, seguidos de la población con ascendencia afro-negra y finalmente quienes manifiestan tener ascendencia indígena.

2. Transferencias de Ingresos

Los principales programas de transferencia de ingresos en Uruguay - como parte de las políticas de protección social - , proporcionan recursos a las personas y a los hogares, destinados tanto a prevenir, como a paliar y enfrentar los riesgos sociales. Tradicionalmente han sido clasificados en programas contributivos y no contributivos, - por sus diferencias en los mecanismos de financiamiento, los principios que rigen la

³ Para la elaboración de categorías de ascendencia en grupos excluyentes de la población se siguió la metodología propuesta por Marisa Bucheli y Wanda Cabella, 2007, Informe temático. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. El perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial, Pag. 16.

⁴ En torno a 250.000 personas declararon ser afro descendientes en el censo de 2011, ello equivale al 8% del total de la población residente en Uruguay. Esta cifra es algo menor a la obtenida en los relevamientos realizados por el INE a través de las Encuestas Continuas de Hogares (ECH y ENHA), que a su vez año a año recogen resultados diferentes sobre el total de la población afro descendiente existente en el país. Las diferencias son pequeñas, cercanas a un punto porcentual, pero revelan que hay una cierta flexibilidad en la declaración de la ascendencia, que depende de un conjunto de factores difíciles de identificar. En: Cabella, W. Nathan, M. Iguales y Diferentes 2013/2014 p:19.

selección de la población objetivo, y los objetivos de los programas – siendo algunos de larga data, como el sistema de jubilaciones y pensiones, y otros, más recientes fueron introducidos en los últimos años.

En este trabajo se hará referencia a los programas no contributivos, aquellos programas destinados a sectores de la población que, por diferentes motivos, están expuestos a un riesgo social alto - particularmente, con respecto a su estado de pobreza - y no requieren antecedentes laborales ni aportes anteriores para calificar. Este grupo de transferencias de ingresos incluye los programas: pensión por edad avanzada, e invalidez y el sistema de asignaciones familiares.

2.1 Asignaciones Familiares

Como partida complementaria del salario, la Asignación familiar está dirigida al trabajador, con la finalidad de cubrir una necesidad económica creada por el aumento de la familia. Si bien el destinatario es el niño, la reciben y administran los padres o el mayor que tiene a su cargo el menor. En general, la prestación que se brinda queda condicionada a que se cumplan determinadas obligaciones como la concurrencia a centros de enseñanza o a la realización de controles médicos.

En la actualidad podemos hablar de tres tipos de AFAM en Uruguay: a) AFAM a funcionarios públicos,⁵ b) AFAM a trabajadores del sector privado formalizados y c) AFAM asistenciales.

El Banco de Previsión Social (BPS) gestiona el programa de AFAM dirigido a aquellos que no reciben dicha prestación como funcionarios públicos. En la actualidad gestiona dos tipos de prestaciones: las que se enmarcan en el Decreto - Ley Nº 15.084 de 20/11/1980 y la ley Nº 18.227 del 22/12/2007⁶ a través de la cual se modifica la modalidad tradicional.

Las prestaciones comprendidas por el Decreto - Ley 15.084 consisten en prestaciones en efectivo de pago bimensual y atención primaria de Salud en los Centros Materno – Infantiles del Área de la Salud del BPS. Los hijos o menores a cargo amparados por esta ley corresponden a trabajadores de la actividad privada cotizantes, jubilados o pensionistas.

Los beneficiarios de las Asignaciones Familiares del Plan de Equidad por Ley 18.227 reciben sólo la prestación pecuniaria, los generantes no tienen que cumplir con el requisito de cotización. Los montos mensuales definidos por beneficiario, se realizan atendiendo al número de los mismos que integren el hogar, al nivel educativo que estén cursando y a la presencia o no de discapacidades. (Art.4, ley 18.227).

⁵ En Uruguay los funcionarios públicos (incluidos militares y policiales) reciben este beneficios en forma directa de la institución pública en la cual el padre o mayor que tiene a su cargo niños, presta servicios. (Caristo, 2005: 25).

⁶ La ley 18.227 plantea como objetivo ampliar la matriz de protección social, en especial las AFAM, a las familias de contextos socioeconómicos vulnerables. En su Art. 3 define para su instrumentación el Hogar como “ el núcleo integrado por dos más personas vinculadas o no por lazos de parentesco, que conviven bajo un mismo techo y constituyen una familia o unidad similar a la familia. Las personas privadas de libertad, que integraban el hogar al momento de su detención se considerarán como cohabitantes del mismo. (Art. 2º, D322/008) y se determina la Situación de Vulnerabilidad Socioeconómica considerando: ingresos del hogar, condición habitacional y entorno, composición del hogar y características de los integrantes y situación sanitaria. Ver: Protocolos para la aplicación de la ley Nº 18.227 referente a la extensión de las asignaciones familiares. La asignación instituida por la presente ley tendrá los siguientes montos mensuales por beneficiario, atendiendo al número de los mismos que integren el hogar, al nivel educativo que estén cursando y a la presencia o no de discapacidades.

Según los datos del Cuadro 2 - en las AFAM por la Ley 18.227 - es donde se registra, en todos los subgrupos poblacionales, los mayores valores porcentuales. En la población de ascendencia afro-negra alcanzan valores de 75% y 77% en los dos años analizados, en la población de ascendencia blanca el 59% y 60% y en la población de ascendencia indígena el 66% en los dos años analizados.

**Cuadro 2 -
Beneficiarios en cada tipo de AFAM según ascendencia étnica (en%)**

Afro-negra	2012	2013
AFAM por Ley 15.084	16,8	13,8
AFAM por Ley 18.227	75,1	76,9
AFAM funcionarios públicos	8,1	9,3
Total	100,0	100,0
Blanca		
AFAM por Ley 15.084	29,1	27,8
AFAM por Ley 18.227	58,9	59,5
AFAM funcionarios públicos	12,0	12,7
Total	100,0	100
Indígena		
AFAM por Ley 15.084	20,0	19,8
AFAM por Ley 18.227	66,5	66,3
AFAM funcionarios públicos	13,5	13,9
Total	100,0	100,0

Fuente: elaborado con datos BPS de los años 2012 y 2013

Los beneficiarios de la AFAM por Ley 15.804, tienen su mayor presencia en la población de ascendencia blanca. Alcanzan en los dos períodos analizados -2012 y 2013 - valores porcentuales de 29% y 28% respectivamente. Quienes manifiestan tener ascendencia indígena, los beneficiarios alcanzan a valores porcentuales del 20% y 19,8% en el mismo período. Finalmente en la población que se identifica con ascendencia afro-negra, los beneficiarios son menos, alcanzando valores de 16,8% y 13,8%.

En los tres sub-grupos poblacionales, - afro-negra, blanca, indígena - los beneficiarios de esta prestación disminuyen. Entre las posibilidades que explicarían los motivos para que ese hogar-familia no reciba esta partida complementaria (AFAM) podría pensarse en: a) no hay más beneficiarios en el hogar para recibir el beneficio de la AFAM, b) aumentaron los ingresos del hogar. Recordemos que actualmente el monto de la AFAM está sujeto al nivel ingresos y cantidad de hijos de ese hogar.

II.2 Pensiones a la Vejez e Invalidez

Las pensiones por vejez e invalidez,⁷ son prestaciones cuyos beneficiarios son todo habitante del país, ya sea que carezca de recursos para subvenir a sus necesidades

⁷ Las Pensiones por Vejez e Invalidez tienen su origen en el año 1919. Más recientemente se sustentan en la Ley 15.841 de 28/11/1986 que modifica el artículo 44 del Acto Institucional N° 9 del 29 de octubre de 1979 con respecto a los beneficiarios y condiciones del derecho a las pensiones. A continuación se transcribe el texto de la ley: "Artículo 43.- (Prestación asistencial no contributiva por vejez o invalidez). Los extranjeros o ciudadanos legales, para poder

vitales y tenga setenta años de edad o, en cualquier edad, esté incapacitado en forma absoluta para todo trabajo remunerado. Quienes tengan ingresos de cualquier naturaleza u origen inferiores al monto de esta prestación o beneficio, recibirán únicamente la diferencia entre ambos importes.

II.2.1 Pensión a la vejez

Según podemos observar en el Cuadro 3 los pensionistas vejez, en el período 2012 y 2013 según su condición étnico-racial, respecto a las personas de igual edad y ascendencia, representan en el subgrupo de ascendencia afro-negra el 5% y 6% en los años analizados, en los de ascendencia blanca, arrojan valores similares en el mismo período, (2,4% en 2012 y 2,3% en 2013), y en el subgrupo de ascendencia indígena los valores porcentuales alcanzan casi el 3% en ambos períodos.

**Cuadro 3 -
Pensionistas Vejez respecto a personas de 60 años y más por sexo, según ascendencia étnico racial (en%)**

	2012			2013		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Afro-negra	3,5	5,6	4,7	3,9	8,1	6,4
Blanca	1,7	2,9	2,4	1,5	2,9	2,3
Indígena	1,4	4,1	2,9	2,4	2,7	2,6
Total	1,8	3,1	2,6	1,7	3,2	2,6

Fuente: elaborado a partir de los datos de las ECH-INE de los años 2012 y 2013

Según el indicador propuesto, en promedio los pensionistas vejez representan el 2,6% de la población de 60 años y más. Es en la población de ascendencia afro-negra (4,7%), e indígena (2,9%) donde se observan más beneficiarios de una transferencia económica por pensión vejez, que en la población de ascendencia blanca (2,4%). Al año siguiente 2013, la diferencia que se percibe, es el aumento (6,4%) de los beneficiarios de pensión vejez de ascendencia afro-negra, y la disminución en los otros subgrupos, (ascendencia blanca a 2,3% y ascendencia indígena a 2,6%) algunos décimas porcentuales. De cualquier manera son los adultos mayores de ascendencia afro-negra e indígena quienes presentan una situación más comprometida en lo que a recursos económicos refiere.

Las mujeres de ascendencia afro-negra, son las que reciben en mayor proporción pensión a la vejez en relación a sus pares de otros sub-grupos étnicos.

II.2.2 Pensiones por invalidez

En el caso de los beneficiarios de transferencias económicas por invalidez⁸, - según ascendencia en las personas de la misma edad y misma condición racial – con algunas diferencias, ocurre una situación similar. Las personas de ascendencia afro-negra e indígena son quienes tienen más beneficiarios de este tipo de transferencias (2,7% y 2,1%

acceder al beneficio, deberán tener, por lo menos, quince años de residencia continuada en el país⁹. Para acceder a la Pensión por Vejez o Invalidez se requiere prueba de ingresos -directos o indirectos- es decir, se debe verificar la carencia de recursos económicos para la concesión del beneficio. Veremos que, en el caso de existir discapacidad severa, cambian los criterios generales de aplicación de las Pensiones por Invalidez.

⁸ Estas prestaciones actualmente se rigen por el artículo 43 de la Ley de Reforma previsional Nº 16.713 de 3/09/1995.

respectivamente en 2012, y 2,5% y 1,6% en 2013) y un porcentaje menor corresponde a las personas de ascendencia blanca. (1,5% en 2012 y 1,6% en 2013).

Cuadro 4 -

Pensionistas Invalidez respecto a personas de 14 años y más por sexo, según ascendencia étnico racial (en%)

Pensionistas invalidez según ascendencia	2012			2013		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Afro-negra	2,6	2,8	2,7	2,4	2,6	2,5
Blanca	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Indígena	2,7	1,7	2,1	1,9	1,5	1,6
Total	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7

Fuente: elaborado a partir de los datos de las ECH-INE en los años 2012 y 2013

En una primera aproximación a los colectivos étnico-raciales, desde los diferentes tipos de transferencias económicas citados en este comentario, - AFAM, PV y PI - los colectivos de ascendencia afro-negra e indígena acceden a estos beneficios, con cierto predominio de las personas de ascendencia blanca. En los dos años observados, del total de las personas que acceden a las AFAM, el subgrupo de ascendencia afro-negra, (75% en 2012 y 77% en 2013) accede a las AFAM por ley 18.227, las de ascendencia indígena el 66% en los dos años analizados, mientras las de ascendencia blanca el 59% y 60%.

Como expresamos al inicio, el acceso de estas personas de ascendencia afro-negra e indígena a este tipo de transferencias económicas, nos enfrenta a personas de menores recursos económicos, - niños, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad - en relación a las personas de ascendencia blanca, y con cierto compromiso de su bienestar social⁹ y mayor exposición al riesgo social.

3. Estructura de hogares

Llegado a este punto interesa mostrar el comportamiento de estas personas en relación a los modelos familiares por los cuales optan, como respuesta para superar los riesgos sociales a los que se encuentran expuestos. Dar una mirada a la estructura de hogares, - lugar de condensación en las unidades familiares de la dinámica demográfica de la población, permitirá - entre otros aspectos - ver las diferencias en las pautas de convivencia de la población que reflejan las desigualdades demográficas, de acceso al trabajo, a la vivienda y a los bienes económicos en general. (Cabella,W 2007:11). Siguiendo a la distribución de la población, la distribución de los hogares según la ascendencia racial del jefe, se observa que los más numerosos son los hogares con jefes blancos (86%) en tanto que el 8% tienen jefatura afro-negra y el 5% a personas de ascendencia indígena.

⁹ Entendida como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles, y no sólo de su mera posesión.

**Cuadro 5 -
Distribución de los hogares según ascendencia racial del jefe (en%)**

	2012	2013
Afro-negra	8,7	9,1
Blanca	86,0	86,0
Indígena	5,0	4,7
Otras	0,3	0,2
Total	100,0	100,0

Fuente: elaborado con datos de las ECH de los años analizados

Los hogares afro descendientes tienen un promedio de 3,4 personas por hogar, mientras que el resto de los hogares alcanzan 2,8 (ascendencia blanca) y 2,9 personas (ascendencia indígena). El tamaño de los hogares se encuentra íntimamente ligado a las estructuras familiares de una y otra subpoblación, por lo que las diferencias observadas también se pueden explicar por los diferenciales en sus comportamientos sociodemográficos.

**Cuadro 6 -
Tamaño medio de los hogares según ascendencia étnico-racial del jefe (en%)**

	2012	2013
Afro-negra	3,4	3,3
Blanca	2,8	2,8
Indígena	2,9	2,9
Otras	2,5	2,6

Fuente: elaborado con datos de las ECH 2012 y 2013

La distribución de los distintos arreglos familiares^{10 11} muestra como modelo familiar predominante a los hogares biparentales con hijos. En esta categoría, predominan los hogares de ascendencia afro-negra del jefe (36,5% en 2012 y 38,6% en 2013), sobre los hogares de ascendencia blanca (33,8% en 2012 y 35,3% en 2013) e indígena (29,8% en 2012 y 33,5% en 2013). Una explicación posible de esta predominancia de los hogares afrodescendientes, se asocia a las diferencias en las estructuras de edades de la población de ascendencia afro-negra, y los niveles más altos de fecundidad que alcanzan las mujeres de la misma condición étnico-racial.

Como segunda categoría, según ascendencia, se encuentran variaciones del modelo familiar. Entre estas diferencias, en los hogares con jefes de ascendencia blanca,

¹⁰ Cabella, W. (2007).

¹¹ La distribución de hogares según la tipología de hogares se construye en función del tipo de parientes (o no parientes) que cohabitan bajo el mismo techo, la tipología de hogares se establece de la siguiente manera: Hogar unipersonal: es el hogar particular integrado por una sola persona, Hogar nuclear: es el hogar particular integrado solamente por los cónyuges con sus hijos, una persona con sus hijos, o una persona con sus padres *Hogar extendido*: corresponde a un hogar nuclear, más otros parientes (yernos o nueras, padres o suegros u otros parientes) o a una persona con otros parientes (no padres e hijos) *Hogar compuesto*: corresponde al hogar nuclear o bien al hogar extendido más otra u otras personas cuya relación con el jefe de hogar no es de parentesco (servicio doméstico u otros no parientes). Fuente: Paredes, M.p:88.

predominan los hogares unipersonales, (20,5% en 2012 y 19,5% en 2013) y biparentales sin hijos (17,9 % en 2012 y 18,1% en 2013).

El hogar unipersonal, aparece también como la segunda opción de modelo familiar en los de ascendencia indígena (19,9% en 2012 y 19,0% en 2013) y (14,4% en 2012 y 15,7% en 2013).

Cuadro 7-
Tipos de hogares según ascendencia étnico-racial del jefe (en%)

	Afro negra		Blanca		Indígena	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Unipersonales	15,8	14,7	20,5	19,5	20,0	19,0
Biparentales sin hijos	11,3	12,7	17,9	18,1	15,4	15,7
Biparentales con hijos	36,5	38,6	33,8	35,3	32,0	33,5
Monoparentales	14,7	16,0	11,7	11,8	15,0	15,8
Hogares extendidos (nuclear + otros parientes)	16,9	16,1	12,2	14,5	16,2	13,7
Hogares compuestos (nuclear + otros no parientes)	2,8	2,1	1,0	0,8	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaborado con datos de las ECH 2012 y 2013

Sin embargo la segunda categoría, en los hogares de jefaturas afro-negra predominan los hogares extendidos. (16,9% en 2012 y 16,1% en 2013). Este tipo de arreglo presenta una relación evidente con la pobreza. Este es un rasgo que Uruguay comparte con el conjunto de los países de América Latina, donde existe una larga tradición académica que analiza la conformación de hogares extendidos como estrategias para crear economías de escala y enfrentar las repetidas crisis económicas (Cabella,2007: 13).

4. Síntesis

Al relacionar la población según su condición de ascendencia, y las transferencias de ingresos de los Programas no Contributivos, - Asignaciones Familiares - por Ley 15.084 y Ley 18.227, se puede observar que en las AFAM por la Ley 18.227 - es donde se registra, en todos los subgrupos poblacionales, los mayores valores porcentuales. Es la población de ascendencia afro-negra quien alcanza valores de 75% y 77%, el subgrupo de ascendencia blanca 59% y 60% y en la población de ascendencia indígena el 66% en los años 2012 y 2013. Precisamente, AFAM Ley 18.227 es una prestación dirigida a hogares vulnerables con hijos y las personas que registran mayor acceso a ellas son en primer lugar la población afro-negra, seguidos por ascendencia indígena y blanca.

Los adultos mayores de 60 años y más, entre la población de la misma edad e igual condición racial, - de ascendencia afro-negra (4,7%) -, e - indígena (2,9%) -, son quienes tienen más beneficiarios de la transferencia económica por pensión vejez, que en la población de ascendencia blanca (2,4%).

Es una situación que se reitera en las pensiones por invalidez. Las personas de ascendencia afro-negra e indígena son quienes tienen más beneficiarios de este tipo de transferencias (2,7% y 2,1% respectivamente en 2012, y 2,5% y 1,6% en 2013) y un menor porcentaje corresponde a las personas de ascendencia blanca (1,5% en 2012 y 1,6% en 2013).

Al combinar esta relación, transferencias económicas no contributivas-condición de ascendencia, con la estructura y tamaño de sus hogares, se observa en principio un comportamiento general, - en todos los subgrupos según condición étnica - alineado en principio con las pautas de convivencia familiares que aún predominan en nuestro país, como son los hogares nucleares - biparentales con hijos - seguidos de hogares unipersonales y biparentales sin hijos. Ahora bien, en los hogares con jefaturas afrodescendientes, el hogar extendido es el que predomina en segundo lugar.

Un hogar donde conviven varias personas, - al menos una pareja con algún hijo - más otros parientes (yernos o nueras, padres o suegros u otros parientes) o a una persona con otros parientes (no padres e hijos). Un hogar que evidencia pobreza de recursos, receptora de al menos una transferencia económica no contributiva, que comparten de manera solidaria como estrategia para enfrentar los riesgos sociales a los cuales se enfrentan. Estos datos muestran que las personas de ascendencia afrodescendiente, se encuentran en una situación económica y social mucho más crítica que el grupo de personas que se auto identifican con ascendencia indígena (Arocena, 2013).

Si bien no todos los riesgos sociales pueden administrarse o resolverse por sí solos a través de los programas de transferencias de ingresos, es necesario investigar qué tipo de programas de transferencia de ingresos pueden ser adecuados para abordar estos problemas.

Textos consultados

AROCENA, F. (2013) Uruguay: un país más diverso que su imaginación. Una interpretación a partir del censo de 2011. En: Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, vol. 26, Nº 33.

BANCO MUNDIAL (2000) Informe. Las políticas de transferencias de ingresos en Uruguay: cerrando las brechas de cobertura para aumentar el bienestar Unidad de Protección Social, Dpto. Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe.

BPS - APSS (2012,2013) Indicadores según condición de ascendencia

CABELLA, W., Nathan, M., Tenenbaum, M. (2013) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay Fascículo 2 / *La población afro-uruguaya en el Censo 2011*

CABELLA, W. / Nathan, M. (2013/2014) Iguales y Diferentes. Nuestro Tiempo 20 Publicación de la Comisión del Bicentenario. Montevideo-Uruguay. La composición de la población uruguaya desde la perspectiva étnico-racial.

CABELLA, W. (2007) El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes, UNFPA <http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/>

CARISTO, Anna Régimen de Asignaciones Familiares a Hogares de Menores Recursos. Beneficiarios y Potenciales Incorporaciones en: www.bps.gub.uy/

PAREDES, M. (2003) Los cambios en la familia en Uruguay. ¿hacia una segunda transición demográfica? En: Nuevas formas de familia, Perspectivas Nacionales e Internacionales,. UNICEF, 2003 http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf

SCURO SOMMA, Lucía PNUD (2008) coordinadora Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay.

Páginas web consultadas

www.bps.gub.uy Asignaciones Familiares consulta diciembre 22, 2014 innovaportal/file/1796/1/asignaciones_familiares._hogares_menores_recursos._a._caristo.p

www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/otrosdocumentos/asamblea/ConvenioBM2011/AsignacionesFamiliares.pdf

www.parlamento.gub.uy Protocolos aplicación LEY Nº 18.227 Extensión de las asignaciones familiares

<http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/otrosdocumentos/asamblea/ConvenioBM2011/AsignacionesFamiliares.pdf>

Abreviaturas

AFAM	Asignaciones Familiares
BPS	Banco de Previsión Social
ECH	Encuesta Continua de Hogares
PNC	Programas no Contributivos
PV	Pensión Vejez
PI	Pensión Invalidez

**PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
Actualización con datos al 2013

Soc. Silvia Santos
Lic. T. A. Inés Núñez

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actualización con datos al 2013

Soc. Silvia Santos
Lic. T. A. Inés Nuñez
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Enero 2015

I. Consideraciones generales

El objetivo de este trabajo es proporcionar una visión general de los distintos programas y prestaciones del BPS que están orientados a cubrir la contingencia o el riesgo de invalidez; conocer la cantidad de población destinataria y las erogaciones correspondientes, así como su evolución a través de algunos años seleccionados. Además de las prestaciones que consisten en beneficios monetarios, se consideran aquellos subsidios en especie o servicios sociales dirigidos al colectivo de personas con algún tipo de discapacidad o a instituciones que los atienden.

También se incluyen las actividades que lleva adelante la institución, en ámbitos relacionados a esta temática. La Ley 18.651 de 19 de febrero de 2010¹ establece un sistema de protección integral a personas con discapacidad. Dicha ley considera con discapacidad a “toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Para conocer la cantidad de personas con discapacidad en el territorio nacional, se utilizaron los resultados del Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). De esta fuente de datos surge que el 15,9% de la población del país presenta alguna discapacidad permanente para ver, oír, caminar o aprender².

Cuadro 1.

Población con alguna discapacidad permanente (para ver, oír, caminar o aprender o entender). Año 2011

(En porcentajes)

	Total	Hombre	Mujer
Sin Discapacidad	81,6	83,9	79,4
Con Discapacidad	15,9	13,4	18,3
Leve	11,2	9,7	12,7
Moderada	4,0	3,1	4,8
Severa	0,7	0,6	0,8
Sin dato (no relevado (1), ignorado(2))	2,5	2,7	2,3
Total	100,0	100,0	100,0
Personas con dificultades permanentes para:			
Ver	9,6		
Oír	3,7		
Caminar (población de 2 años y más)	6,5		
Entender/aprender (población de 6 años y más)	2,8		

Fuente: Elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) disponibles en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> – Censo 2011.

Nota: El cuadro no incluye las 437 personas en situación de calle ni la estimación de 34.223 personas que residen en viviendas particulares como moradores ausentes. Cuadro 2 del módulo Discapacidad.

(1) Refiere a personas residentes en viviendas colectivas relevadas en planillas especiales o personas residentes en viviendas particulares relevadas con planilla especial en la última semana del operativo censal.

(2) El dato es desconocido o no declarado por el informante del Censo.

La discapacidad leve presenta el mayor valor (11,2%). De la lectura al interior de cada sexo, resulta que las mujeres presentan mayor porcentaje de discapacidad.

¹ Mediante esta ley se deroga entre otras, la Ley 16.095 de 26 de octubre de 1989, cuyo objeto también era un sistema de protección integral de personas con discapacidad.

² Censo 2011 Uruguay – INE – Cuadros estadísticos de Discapacidad números 3,4, 5 y 6.

En el siguiente cuadro se informa sobre la situación de discapacidad en la población del país, por tramo de edad y sexo.

Cuadro 1.1:

Población con alguna discapacidad permanente (para ver, oír, caminar o aprender o entender) por tramo edad y sexo. Año 2011 (En porcentajes)

	0 a 14			15 a 29			30 a 49		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Sin Discapacidad	92,4	92,0	92,8	90,9	90,5	91,4	87,2	88,3	86,2
Discapacidad Leve	3,7	3,8	3,5	4,5	4,1	4,9	8,1	6,8	9,3
Discapacidad Moderada	1,3	1,5	1,1	1,4	1,5	1,3	2,1	1,8	2,4
Discapacidad Severa	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
Sin dato (no relevado, ignorado)	2,4	2,4	2,4	2,8	3,5	2,1	2,2	2,7	1,8
	50 a 64			65 a 74			75 y más		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Sin Discapacidad	72,8	75,9	70,1	60,1	63,8	57,2	37,2	43,2	33,9
Discapacidad Leve	19,2	17,2	20,9	27,2	25,2	28,7	34,6	34,0	34,9
Discapacidad Moderada	5,5	4,2	6,7	9,5	7,5	11,0	18,8	15,6	20,5
Discapacidad Severa	0,7	0,6	0,7	1,4	1,3	1,4	4,2	3,4	4,6
Sin dato (no relevado, ignorado)	1,8	2,0	1,6	2,0	2,1	1,8	5,3	3,9	6,1

Fuente: Elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) disponibles en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> – Censo 2011.

Se observa que a menor edad, hay un mayor porcentaje de personas “sin discapacidad”, siendo el tramo de 0 a 14 años de 92,4%. A medida que aumentan las edades este porcentaje disminuye. Al comparar la situación “sin discapacidad” por tramo edad y sexo se observa que a mayor edad existe mayor porcentaje de personas con una discapacidad. Esta situación es más notoria en el caso de la mujer.

Con discapacidad leve, el tramo etario de 0 a 14 años representa el 3,7% y el tramo de 75 años y más, registra el 34,6%, demostrando que a menor edad la discapacidad es de menor significación porcentual.

En discapacidad moderada la población de 0 a 14 es de 1,3% y en el tramo de 75 y más es de 18,8%. En este grado de discapacidad los registros son moderados hasta llegar a la edad de 65 a 74 años con 9,5%, dato que se duplica en el siguiente tramo de 75 y más.

La discapacidad severa es de 0,3 en el tramo de 0 a 14 y 4,2% en el grupo de edad mayor a 75 años. Es en este grupo de edad que la discapacidad severa refleja el mayor dato.

En la lectura por sexo y para todos los grados de discapacidades, se observa que en edades tempranas los hombres registran mayor porcentaje de discapacidad; por el contrario las mujeres presentan mayores registros de discapacidad en edades más avanzadas.

2. Prestaciones económicas

2.1 Prestaciones de pasividad (Invalidez, Vejez y Sobrevivencia)

Los supuestos para configurar causal de Jubilación por Incapacidad Total y Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial que se rigen por la Ley 16.713 de 3 de setiembre de 1995, han sido modificados en parte, por la Ley 18.395 de Flexibilización de las Condiciones de acceso a las Jubilaciones de 15 de octubre de 2008, con vigencia para la seguridad social a partir de febrero de 2009.

2.1.1 Jubilaciones por Incapacidad Total

Por la Ley 18.395, la causal de Jubilación por Incapacidad total se configura por la ocurrencia de los siguientes presupuestos:

- a) “La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado y siempre que se acredite no menos de dos años de servicios reconocidos”... “Para los trabajadores que tengan hasta 25 años de edad, sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.”
- b) “La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, cualquiera sea el tiempo de servicios.”
- c) “La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida después del cese de la actividad o del vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que hubiera originado la incapacidad, cuando se computen diez años de servicios reconocidos”...” como mínimo, siempre que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha de su cese y no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro, salvo la prestación que provenga del régimen de jubilación por ahorro individual...”

De acuerdo a esta ley, para el caso de la incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo sobrevenida en actividad o inactividad compensada, fue eliminada la exigencia de seis meses de aportación previos a la incapacidad. Con respecto a la incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo sobrevenida luego del cese, no se requiere que la incapacidad ocurra dentro de los dos años posteriores a dicho cese (como se requería anteriormente), pero se exige que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha del mismo.

En el cuadro 2 se presenta la cantidad de jubilaciones por invalidez, su estructura por sexo, las variaciones anuales, así como la variación acumulada con respecto al año 2000.

Cuadro 2:
Jubilaciones por invalidez en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	43.177	21.853	21.324	50,61	49,39
2004	43.553	21.655	21.898	49,72	50,28
2008	41.780	19.597	22.183	46,91	53,09
2009	42.606	19.694	22.912	46,22	53,78
2010	44.874	20.424	24.450	45,51	54,49
2011	47.319	21.176	26.143	44,75	55,25
2012	50.026	22.117	27.909	44,21	55,79
2013	52.487	22.959	29.528	43,74	56,26
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	1,98	0,49	3,29		
2010	5,32	3,71	6,71		
2011	5,45	3,68	6,92		
2012	5,72	4,44	6,76		
2013	4,92	3,81	5,80		
Variaciones acumuladas (en %)					
2013/2000	21,56	5,06	38,47		

Fuente: elaborado a partir de Ring de Prestaciones.

Las cantidades totales de jubilaciones por invalidez se incrementan tanto en años consecutivos, como en el acumulado de todo el período (22%). Estas variaciones se deben principalmente a los incrementos en las jubilaciones de mujeres. La variación femenina del año 2013 con respecto al año 2000, fue de 38,5%.

En la estructura por sexo, se observa que las mujeres aumentan su participación en el total de jubilaciones por invalidez. El período se inicia con porcentajes similares y a partir del año 2008 las jubilaciones correspondientes a mujeres, comienzan a ser superiores a las de los hombres. En el año 2013 representan el 56% del total.

El cuadro siguiente presenta la estadística de importes de jubilaciones por invalidez en forma análoga al cuadro 2. El cuadro refiere a las erogaciones mensuales de diciembre en cada año considerado, expresadas en términos constantes a valores de diciembre de 2013.

Cuadro 3:
Importes de jubilaciones por invalidez a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año

	(en pesos uruguayos de 2013)			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	440.208.651	244.423.258	195.785.393	55,52	44,48
2004	338.718.838	186.769.728	151.949.110	55,14	44,86
2008	357.701.720	188.849.545	168.852.175	52,80	47,20
2009	391.172.147	204.056.171	187.115.976	52,17	47,83
2010	426.784.782	219.030.976	207.753.807	51,32	48,68
2011	463.540.564	233.567.838	229.972.725	59,39	49,61
2012	515.240.183	256.416.837	258.823.347	49,77	50,23
2013	557.258.508	274.473.206	282.785.303	49,25	50,75
		Variaciones anuales (en %)			
2008	---	---	---		
2009	9,36	8,05	10,82		
2010	9,10	7,34	11,03		
2011	8,61	6,64	10,69		
2012	11,15	9,78	12,55		
2013	8,16	7,04	9,26		
		Variaciones acumuladas (en %)			
2013/2000	26,59	12,29	44,44		

Fuente: elaborado a partir de Ring de Prestaciones

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2013.

Se puede observar que en los importes de jubilaciones por invalidez, las mujeres participan en menor medida que los hombres aunque con una tendencia a nivelarse. En los totales, los importes se incrementan en todos los años. En la apertura por sexo los incrementos mayores corresponden a mujeres. Las variaciones con respecto al año 2000 se incrementan casi en un 27%; el mayor incremento corresponde a los importes de jubilaciones de mujeres que representa el 44,4%.

Estos resultados en parte podrían responder a las modificaciones introducidas por la Ley 18.395, que tanto para hombres como para mujeres elimina el requisito de aportación en los 6 meses previos a la incapacidad en el caso de invalidez sobrevenida en actividad y elimina el requisito de que la incapacidad ocurra dentro de los 2 años posteriores al cese, para el caso de invalidez sobrevenida luego del cese de actividad. En el caso de las mujeres incide el artículo 14 de la Ley 18.395, que otorga un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que hayan adoptado siendo éste menor o discapacitado, con un máximo total de cinco años.

2.1.2 Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial

El Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial está regulado por la Ley 16.713. Se configura causal en el caso de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado.

Para acceder al subsidio se debe acreditar:

- a) “No menos de dos años de servicios reconocidos...”. “Para los trabajadores que tengan hasta 25 años de edad sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.”

- b) “Que se trate de la actividad principal, entendiéndose por tal la que proporciona el ingreso necesario para el sustento.”
- c) “Que se haya verificado el cese del cobro de las retribuciones de actividad en la que se produjo la causal del Subsidio Transitorio y durante el período de percepción del mismo. Si la incapacidad se hubiese originado a causa o en ocasión del trabajo, no regirá el período mínimo de servicios referido. Esta prestación se sirve de acuerdo al grado de capacidad remanente y a la edad del afiliado, por un plazo máximo de tres años contados desde la fecha de la incapacidad o desde el vencimiento de la cobertura de las prestaciones por enfermedad y estará gravada de igual forma que los demás períodos de inactividad compensada. Si dentro del plazo antes indicado la incapacidad deviene absoluta y permanente para todo trabajo, se configurará jubilación por incapacidad total.”

De acuerdo a la Ley 18.395 fueron modificados en forma parcial los requisitos para configurar causal. Para esta prestación, también se elimina el requisito de seis meses de aportación previos a la incapacidad o al cese.

Se presenta la cantidad de Subsidios Transitorios servidos por el BPS con los importes correspondientes para los años seleccionados.

Cuadro 4:
Subsidios Transitorios en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	1.541	---	---	---	---
2004	1.296	---	---	---	---
2008	1.343	---	---	---	---
2009	1.709	---	---	---	---
2010	2.469	902	1.567	36,53	63,47
2011	3.224	1.204	2.020	37,34	62,66
2012	4.118	1.526	2.592	37,06	62,94
2013	4.530	1.648	2.882	36,38	63,62
		Variaciones anuales (en %)			
2008	---	---	---		
2009	27,25	---	---		
2010	44,47	---	---		
2011	30,58	33,48	28,91		
2012	27,73	26,74	28,32		
2013	10,00	7,99	11,19		
		Variaciones acumuladas (en %)			
2013/2000	193,96				

Fuente: Ring de Prestaciones.

La cantidad de Subsidios Transitorios ha presentado incrementos anuales a partir del año 2008 resultando en un incremento de 194% en el año 2013 con respecto al año 2000. La apertura por sexo revela que los subsidios correspondientes a mujeres rondan el 63%.

Cuadro 5:
Importes de Subsidios Transitorios a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año

	(en pesos uruguayos de 2013)			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	13.113.572	---	---	---	---
2004	8.238.534	---	---	---	---
2008	9.409.168	---	---	---	---
2009	13.319.446	---	---	---	---
2010	19.030.491	7.411.300	11.619.191	38,94	61,06
2011	24.535.119	9.730.632	14.804.487	39,66	60,34
2012	33.321.016	13.450.675	19.870.340	40,37	59,63
2013	37.797.254	15.106.912	22.690.342	39,97	60,03
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	41,56	---	---		
2010	42,88	---	---		
2011	28,93	31,29	27,41		
2012	35,81	38,23	34,22		
2013	13,43	12,31	14,19		
Variaciones acumuladas (en %)					
2013/2000	188,23				

Fuente: Ring de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2013.

Los importes correspondientes a los Subsidios Transitorios también se han incrementado en forma marcada. La variación en 2013 con respecto al año 2000 fue de 188,2%. En la estructura por sexo los importes de mujeres representan alrededor del 60 %.

La ley de flexibilización de las jubilaciones podría haber tenido su incidencia en cuanto a los incrementos de las cantidades. Con respecto a los incrementos de los importes también se debe considerar el crecimiento del salario real. La remuneración promedio en términos reales de los puestos cotizantes dependientes ha tenido incrementos anuales: 3,1% en 2010, 5,9% en 2011, 4,9% en 2012 y 3,1% en 2013.³

Otra tipo de prestación son las **Rentas por Incapacidad Permanente** para trabajadores dependientes rurales, que consisten en una prestación mensual en dinero de carácter permanente o vitalicia. De acuerdo a la Ley 13.705 de noviembre de 1968, los beneficiarios son los trabajadores rurales y los familiares de los trabajadores fallecidos a causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. El BPS actualmente sirve una reducida cantidad de Rentas (738 en diciembre de 2013). El número de beneficiarios ha disminuido progresivamente debido a la derogación de dicha norma (Ley 15.852 de diciembre de 1986).

2.1.3 Pensiones por Invalidez

Al igual que las Pensiones por Vejez, estas prestaciones son de carácter no contributivo y se rigen por el artículo 43 de la Ley 16.713.

³ Porcentajes calculados a partir de la publicación "Evolución de los Cotizantes" BPS-AGSS pág. 121.

Al beneficio de Pensiones por Vejez e Invalidez pueden acceder los habitantes de la República que carezcan de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y acrediten alguna de las causales:

En el caso de Pensiones de Invalidez:

- Estar incapacitado en forma absoluta para todo trabajo remunerado.
- Tener una discapacidad de acuerdo a los baremos establecidos.

Para el análisis de la carencia de recursos se tiene en cuenta tanto los ingresos del beneficiario como los ingresos de sus familiares civilmente obligados a prestarle alimentación (Código Civil artículos 116 -122), convivan o no con él⁴.

A partir de la Ley 17.266 de 22/09/2000 y Ley 17.847 de 24/11/2004, se autoriza la compatibilidad entre la actividad laboral del discapacitado y la pensión por invalidez, quien podrá tener ingresos de actividad, o jubilación común generada por dicha actividad, siempre que dicho ingreso no supere en tres veces el monto de la prestación no contributiva.

La situación de las personas con discapacidad severa fue contemplada por la ley N° 16.592 de 13/10/1994 la cual interpreta los artículos 1°, 5° literal e) y 19 de la Ley 16.095 de 26/10/1989⁵. Posteriormente por Resolución de Directorio 32-30/2006 del BPS, no se efectúa relevamiento de los ingresos percibidos por las personas con discapacidad severa ni por su núcleo familiar. Tampoco se toma en cuenta las propiedades que la familia posea sobre uno o más inmuebles, flexibilizando el criterio para el acceso al beneficio.

En los cuadros siguientes se presenta la cantidad de Pensiones por Invalidez, su estructura por sexo, las variaciones anuales y acumuladas, así como los importes correspondientes.

⁴ Para el caso de los familiares que conviven con el solicitante el tope es de 3 BPC, excepto si se trata de hijo o hermano soltero que es de 2 BPC. Para los familiares que no conviven con el solicitante el tope es de 8 BPC si son solteros y 10 BPC si están casados. En caso de tener menores o discapacitados de cualquier edad, se suma el 40% de la BPC por cada uno. El valor de la BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones) es \$ 2.819 al 1/01/2014.

⁵ Esta ley establece un sistema de protección integral a las personas discapacitadas, la misma está actualmente derogada por Ley 18.651 del 19/02/2010.

Cuadro 6:
Pensiones por Invalidez en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	45.785	23.383	22.402	51,07	48,93
2004	48.459	24.644	23.815	50,86	49,14
2008	55.343	28.078	27.265	50,73	49,27
2009	57.145	28.930	28.215	50,63	49,37
2010	60.417	30.451	29.966	50,40	49,60
2011	61.984	31.182	30.802	50,31	49,69
2012	63.156	31.783	31.373	50,32	49,68
2013	64.749	32.555	32.194	49,72	50,28
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	3,26	3,03	3,48		
2010	5,73	5,26	6,21		
2011	2,59	1,15	4,06		
2012	1,89	1,85	1,93		
2013	2,52	3,77	1,29		
Variaciones acumuladas (en %)					
2013/2000	41,42	39,23	43,71		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

El número total de pensiones por invalidez se ha incrementado en 41,4% para el período seleccionado, con 64.749 pensiones en diciembre de 2013. También se han dado incrementos anuales, siendo 2010 el año con el mayor aumento (5,73%). La estructura por sexo muestra que se mantiene un equilibrio de casi el 50% para hombres y mujeres.

Cuadro 7:
Importes de Pensiones por Invalidez a valores constantes (1) en el mes de diciembre de cada año

	(en pesos uruguayos de 2013)			Estructura por sexo (en %)	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	248.489.396	129.190.815	119.298.581	51,99	48,01
2004	205.226.855	106.375.331	98.851.524	51,83	48,17
2008	272.739.998	140.568.779	132.171.219	51,54	48,46
2009	294.690.543	151.486.104	143.204.438	51,41	48,59
2010	326.543.557	167.077.011	159.466.546	51,17	48,83
2011	342.404.881	174.866.132	167.538.749	51,07	48,93
2012	368.903.757	188.318.172	180.585.585	51,05	48,95
2013	393.248.009	200.414.958	192.833.051	50,96	49,04
		Variaciones anuales (en %)			
2008	---	---	---		
2009	8,05	7,77	8,35		
2010	10,81	10,29	11,36		
2011	4,86	4,66	5,06		
2012	7,74	7,69	7,79		
2013	6,60	6,42	6,78		
		Variaciones acumuladas (en %)			
2013/2000	58,26	55,13	61,64		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2013.

Los importes a valores constantes también se incrementan tanto en las variaciones anuales como en la acumulada y lo hacen en mayor medida que el número de pensionistas, denotando la ganancia en poder adquisitivo de las prestaciones. Estos incrementos han sido algo mayores para las mujeres. No obstante, la participación femenina en los montos es algo menor que la de los hombres para todos los años de estudio; acercándose a la paridad para el año 2013.

Dentro de las pensiones por invalidez se incluyen las pensiones por discapacidad severa. En el cuadro siguiente se muestra la estadística con su estructura por sexo.

Cuadro 8:
Cantidad de pensiones de invalidez por Discapacidad Severa en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. Anual (en%)	Var. acumulada 2013/2004 (en%)	Estructura (en %)	
				Hombres	Mujeres
2004	12.439	---	---	55,88	44,12
2008	14.716	18,31	---	55,76	44,24
2009	15.231	3,50	---	56,03	43,97
2010	16.100	5,71	---	55,98	44,02
2011	16.554	2,82	---	56,32	43,68
2012	17.118	3,41	---	56,33	43,67
2013	18.158	6,08	45,98	56,44	43,56

Fuente: Elaborado a partir de Servicios de Desarrollo de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2013.

Las pensiones por Discapacidad Severa se han incrementado en 46% en relación a 2004, llegando a la cifra de 18.158 pensiones en diciembre de 2013. Les corresponde aproximadamente el 56% a los hombres y el 44 % a las mujeres.

Cuadro 8.1:
Importes de pensiones de invalidez por Discapacidad Severa a valores constantes (1) en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. anual (en %)	Estructura (en %)	
			Hombres	Mujeres
2011	79.613.556	---	56,44	43,56
2012	93.541.742	9,32	56,43	43,57
2013	112.577.175	10,90	56,41	43,59

Fuente: Elaborado a partir de Servicios de Desarrollo de Prestaciones

El importe muestra un incremento de casi 11% en el último año. Los importes correspondientes a las jubilaciones por Discapacidad Severa de hombres rondan el 56% mientras que los importes de mujeres se acercan al 44%.

2.1.3.1 Ayuda alimentaria en dinero para pensionistas no contributivos

El Decreto del Poder Ejecutivo N° 191/012 de 8/06/2012 dispone que la asistencia alimentaria que da el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) a los pensionistas por vejez o invalidez se sirva en dinero y no en especie, para facilitar su acceso.

En el marco de cooperación existente entre los organismos del Estado con el objetivo de coordinar y desarrollar en forma conjunta servicios para mejorar las prestaciones a la población en general, por RD N° 20-4/2012 de 4 de julio de 2012 se aprueba el proyecto de convenio INDA – BPS. El mismo consiste en el pago de una prestación en dinero a beneficiarios del Programa Alimentario por Vejez o Invalidez a cargo del INDA. A los efectos de mejorar la cobertura del programa ya que sus beneficiarios deben trasladarse a los puntos de entrega de alimentos, la prestación en dinero permite atender en forma más eficaz a los mismos. De esta forma se unifican los canales de pago, comprometiéndose el INDA a transferir al BPS los montos correspondientes para hacer efectivo dicho pago.

2.1.4 Pensiones de Supervivencia

Esta prestación es generada por jubilados/as y trabajadores/as afiliados al BPS. Por el artículo 25 de la Ley N°16.713 tienen derecho a la misma:

a) Las personas viudas.

b) Los hijos solteros mayores de dieciocho años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo y los hijos solteros menores de veintiún años de edad excepto cuando se trate de mayores de dieciocho años de edad que dispongan de medios de vida propios y suficientes para su congrua y decente sustentación.

c) Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo.

d) Las personas divorciadas.

Las referencias a padres e hijos comprenden el parentesco legítimo, natural o por adopción. El derecho a pensión de los hijos, se configura en el caso de que su padre o madre no tenga derecho a pensión, o cuando éstos, en el goce del beneficio, fallezcan o pierdan el derecho por cualquiera de los impedimentos establecidos legalmente.

e) Las concubinas y los concubinos, entendiéndose por tales las personas que, hasta el momento de configuración de la causal, hubieran mantenido con el causante una convivencia ininterrumpida de al menos cinco años en unión concubinaria de carácter exclusivo, singular, estable y permanente, cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual y que no resultare alcanzada por los impedimentos dirimentes establecidos en los numerales 1°, 2°, 4° y 5° del artículo 91 del Código Civil.

De acuerdo al objetivo de este trabajo, nos remitimos específicamente a los literales b) y c) en donde se comprenden a las personas con discapacidad: “los hijos solteros mayores de dieciocho años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo” y “Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo”.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios de pensiones de supervivencia con discapacidad y cantidades totales de la prestación.

Cuadro 9:

Cantidad de pensiones de sobrevivencia totales y para beneficiarios con discapacidad en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. anual (en %)	Con discapacidad	Var. anual (en %)	(*)
2008	269.879	-0,45	21.488	-0,45	7,96
2009 (**)	268.873	-0,34	21.391	-0,47	7,96
2010	267.753	-0,66	21.291	-4,83	7,95
2011	265.985	-1,05	20.262	-0,78	7,62
2012	263.180	-0,71	20.104	-0,45	7,64
2013	261.307	-0,45	19.987	-0,58	7,65

Fuente: Ring de Prestaciones.

(*) Porcentaje de pensiones de sobrevivencia de personas con discapacidad en el total de pensiones de sobrevivencia.

(**) Corresponden al mes de noviembre.

Las pensiones de sobrevivencia de personas con discapacidad representan casi el 8 % del total de pensiones de sobrevivencia. En el período de estudio, el total de pensiones de sobrevivencia presentan un leve pero constante decrecimiento, así como las servidas a personas con discapacidad. La disminución de las pensiones en general se relaciona con la derogación de Leyes y Decretos de diferentes períodos (con beneficios de por vida), cuyas prestaciones van desapareciendo al no tener reposición⁶.

2.1.5 Pensiones para víctimas de Violencia Doméstica y Delitos Violentos

Por Ley 18.350 de 16/12/2011, se establece una pensión no contributiva y asignación familiar especial a hijos/as de personas fallecidas como consecuencia de hechos de violencia doméstica⁷.

El programa dispuesto por dicha ley tiene por objetivo implementar medidas de protección social para amparar a los/as huérfanos de personas fallecidas por violencia doméstica, coadyuvando en la cobertura de consecuencias dañosas mediante ciertas prestaciones no contributivas. Los beneficiarios reciben una pensión mensual de monto equivalente a la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez y una asignación familiar especial mensual, de monto diferencial según el nivel de enseñanza y la presencia de discapacidad.

Por Ley 19.039 de 18/12/2012, se crea una prestación no contributiva (Pensión a las Víctimas de Delitos Violentos) para personas que resulten incapacitadas en forma absoluta para todo trabajo remunerado por haber sido víctimas de delitos de rapiña, copamiento o secuestro. También son beneficiarios de esta pensión: a) el cónyuge o concubino/a de la víctima, b) los hijos/as solteros y menores de 21 años, c) los hijos/as solteros mayores de 18 años de edad y absolutamente incapacitados para todo trabajo.

Al 15 de agosto de 2014, -en el caso de Violencia Doméstica Ley 18.850- se recibieron 200 solicitudes de las que están en curso de cobro 125 solicitantes. En el caso de Víctimas

⁶ Comentarios de Seguridad Social, N°30, Enero – Marzo 2011. “Evolución de las pensiones de sobrevivencia. Período 2004 – 2010”, de Cra. M. L. Brovia.

⁷ En el año 1995 la legislación uruguaya incorporó el delito de violencia doméstica al Código Penal a partir de la aprobación de la Ley N° 16.707. En el ámbito de la prevención, en el año 2002 se promulgó la Ley 17.514 de Violencia Doméstica.

de Delitos Violentos (Ley 19.039), se recibieron 329 solicitudes, de las que se han estudiado 299; tienen información favorable por la Comisión Especial Asesora 157 casos, mientras que están en curso de cobro 84 solicitantes.

Anualmente se destinan a esta protección de víctimas de delitos 1 millón 500 mil dólares⁸.

Relacionado con estas prestaciones, por convenio con el Ministerio del Interior, el BPS (según R.D N° 19-1/2014), ha cedido en comodato a dicho Ministerio el primer piso del local sito en Gral. Flores 2419 (Montevideo), para el funcionamiento de la Asociación de Familiares y Víctimas de Delitos (ASFAVIDE) y Mujeres de Negro. Estas organizaciones desarrollan una importante labor de sensibilización en materia de apoyo y en materia de derechos, en los aspectos jurídicos, social, psicológico y de rehabilitación a personas que sufrieron algún delito y sus familiares.

2.1.6 Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas

En el marco de las políticas destinadas a la construcción del Sistema Nacional de Cuidados y al amparo del artículo 25 la Ley 18.651, se crea en el ámbito del BPS, el Programa de Asistentes para Personas con Discapacidades Severas en situación de dependencia, mediante Decreto del Poder Ejecutivo N° 214 del 28/07/2014.

Dicho Decreto establece que serán beneficiarios/as de este programa, quienes perciban una pensión por invalidez por discapacidad severa servida por el BPS, que residan en su domicilio particular y que tengan una mayor necesidad de asistencia o ayuda sustantiva para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Las personas beneficiarias del programa tendrán derecho a una prestación económica destinada a la contratación de un servicio de Asistente Personal brindado a través de una persona física o por intermedio del personal perteneciente a una persona jurídica, en relación de dependencia.

La ayuda o prestación económica consiste en 12 partidas mensuales de \$ 6.000 (seis mil pesos líquidos), por un mínimo de 70 horas mensuales de trabajo más las contribuciones a la Seguridad Social y al Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicha partida puede ser utilizada exclusivamente para el pago del asistente personal y el monto se actualizará anualmente mediante el Índice Medio de Salarios.

El BPS llevará un registro de los beneficiarios de este programa y de los Asistentes Personales. Asimismo, administrará financieramente el programa, pagará la partida y estará a cargo de la certificación de los asistentes, así como de ofrecer cursos de formación básica para los mismos.

Para la inscripción en el Registro de Asistentes Personales que llevará el BPS, se requiere formación específica acreditada para el ejercicio de esta actividad. Quienes no cuenten con este certificado serán inscriptos provisionalmente en el Programa debiendo realizar la capacitación en un plazo de 18 meses.

⁸ Información disponible en páginas web intranet del BPS: "Ya está resuelto" Sesión ordinaria de Directorio del BPS N° 29 miércoles 3 de setiembre de 2014.

El BPS a través de su Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración (CESS), en coordinación con Gerencias de la Institución, Ministerios de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Salud Pública (MSP) y Desarrollo Social (MIDES), desarrolló y validó la currícula del curso acreditante.

Las estadísticas a fines de noviembre de 2014 son las siguientes⁹:

- el MIDES habilitó como candidatos al beneficio a 1.360 personas discapacitadas
- en el BPS se registraron 891 Asistentes Personales
- 314 beneficiarios designaron su Asistente
- en octubre se pagó el beneficio a 158 personas discapacitadas

Se continuó en 2014 con la realización de cursos de capacitación básica de Asistentes Personales de 30 horas de duración. Se han realizado 10 cursos participando 22 localidades de distintos departamentos del país: Montevideo, Canelones, Rocha, Maldonado, Tacuarembó, Durazno y Flores.

2.2 Prestaciones a activos

2.2.1 Asignaciones Familiares Ley 15.084

Las Asignaciones Familiares (AF) que se otorgan por Ley 15.084 de 28 de noviembre de 1980, consisten en un programa dirigido a apoyar a los padres trabajadores en el cuidado de los niños a su cargo y a contribuir al desarrollo integral de los mismos. La normativa también está dirigida a la mujer embarazada con la finalidad de que la misma acceda a los controles médicos periódicos durante el embarazo.

Los beneficiarios son los hijos o menores a cargo de los empleados de la actividad privada, desocupados forzosos, servicio doméstico, vendedores de diarios, pequeños productores rurales, jubilados y pensionistas de la actividad privada. Como condición de calificación se exige que el beneficiario sea menor de 18 años, esté cursando estudios de primaria o secundaria en instituciones habilitadas o que presente discapacidad.

Con respecto a los menores con discapacidad, tienen derecho a la asignación de por vida, o hasta que perciban otra prestación de la seguridad social.

Estas prestaciones comprenden beneficios monetarios y no monetarios.

Para las personas con discapacidad los beneficios monetarios consisten en un monto de 16% o 32% del valor de la BPC¹⁰ (el cual se sirve en forma bimensual), dependiendo del nivel de ingreso del grupo familiar, lo que equivale al doble de una asignación común.

También podrán percibir Ayudas Extraordinarias de carácter económico, las que se verán con más detalle en el apartado correspondiente, en el caso de concurrencia a centros normales o especializados de estudios o rehabilitación.

⁹ "Ya está resuelto" de sesión ordinaria de Directorio del BPS Nº 41 – miércoles 10 de diciembre de 2014.

¹⁰ La Ley Nº 19.003 de 6/11/2012 cambia la forma de actualizar la prestación. A partir del 1/01/2012 el monto se expresa en Unidades Reajustables y se ajusta por su variación. A enero de 2014 dichos montos equivalen a 506 pesos y 1.012 pesos, respectivamente.

Con respecto a los beneficios no monetarios, los beneficiarios de Asignaciones Familiares que presentan malformaciones congénitas o patológicas emergentes de riesgos perinatales tienen derecho a la asistencia especial que brinda el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicos, debiendo comenzar el tratamiento antes del cumplimiento de los 14 años, pero sin límite de edad para el alta.

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

Como se verá en el apartado correspondiente a las prestaciones de salud, cuando el tratamiento médico exige el traslado del paciente desde el interior del país, éste y un acompañante, tienen derecho a pasajes, alimentación y hospedajes gratuitos.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios de Asignaciones Familiares con discapacidad por ley 15.084 a diciembre de cada año.

Cuadro 10:
Cantidad de Asignaciones Familiares Ley 15.084 dobles para beneficiarios con discapacidad por nivel educativo en el mes de diciembre de cada año

	Prenatal y menor 4 años	Preescolar	Escolar	Liceo y UTU	Totales	Var. anual (en %)
2000	50	332	957	834	2.173	---
2004	236	293	1.785	1.231	3.545	---
2008	75	90	617	841	1.623	---
2009	58	57	444	668	1.227	-24,42
2010	52	52	365	574	1.043	-15,03
2011	44	37	321	473	875	-16,05
2012	58	49	273	457	837	-4,34
2013	92	47	341	391	871	4,05

Fuente: Ring de Prestaciones.

La cantidad de beneficiarios discapacitados ha mostrado un descenso a lo largo del período de estudio con la excepción del último año. A diciembre de 2013 se registraron 871 beneficiarios. La disminución registrada hasta el año 2012 se explica por la entrada en vigencia de la Ley 18.227 -que se detalla a continuación-, cuya aplicación a partir de 2008, fue incorporando en forma gradual aquellos beneficiarios de la ley 15.084, que también calificaban para la nueva Ley del Plan de Equidad. Sin embargo, en 2013 las asignaciones aumentan nuevamente, por lo que se podría pensar en un aumento de trabajadores/as calificados para ser tributarios de esta prestación.

2.2.2 Asignaciones Familiares Plan de Equidad

Estas prestaciones se insertan dentro del Plan de Equidad del gobierno nacional. En este marco el BPS juega un rol en la implementación de varios componentes de dicho Plan; entre ellos, el nuevo sistema de Asignaciones Familiares según Ley 18.227, que entró en vigencia el 1° de enero de 2008. Son prestaciones de carácter asistencial y por lo tanto, no contributivas. Las mismas se sirven en forma mensual.

La población beneficiaria de las AF del Plan de Equidad son los niños, niñas y adolescentes que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica¹¹ o estén en atención de tiempo completo en establecimientos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), o en instituciones que mantengan convenios con dicho instituto.

La asignación se sirve hasta los 18 años si el beneficiario/a cursa estudios de nivel superior a primaria en instituciones de enseñanza estatales o privadas autorizadas por el órgano competente.

Si el beneficiario/a padece una incapacidad física o psíquica tal que impida su incorporación a todo tipo de tarea remunerada, la prestación se servirá hasta los 18 años y continuará sirviéndose a partir de dicha edad por períodos de tres años, con revisión médica al finalizar cada período.

El monto de la prestación por discapacidad corresponde a una suma fija de \$ 1.566 al 1°/01/2014.

Se presenta la cantidad de Asignaciones Familiares para personas con discapacidad, otorgadas por el Plan de Equidad y las correspondientes variaciones.

Cuadro 11:

Cantidad de AF Ley 18.227 (Plan de Equidad) para beneficiarios con discapacidad en el mes de diciembre de cada año

	Beneficios	Var. anual (en %)
2000	---	---
2004	---	---
2008	7.182	---
2009	8.579	19,45
2010	9.801	14,24
2011	10.454	6,66
2012	10.485	0,30
2013	10198	-2,74

Fuente: Ring de Prestaciones.

Se observa que los beneficiarios por Plan de Equidad se incrementan como resultado de la aplicación de esta nueva ley. Sin embargo el último año registra una disminución. A diciembre de 2013 se tienen 10.198 beneficiarios con discapacidad física o psíquica.

3. Beneficios de salud

La reforma de la salud que se lleva a cabo en nuestro país desde el año 2007, y que tiene su punto de partida en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, Ley 18.211 y modificativas y complementarias), ha determinado una serie de cambios y

¹¹ La determinación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica se realiza conforme a criterios estadísticos teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes factores: ingresos del hogar, condiciones habitacionales y del entorno, composición del hogar, características de sus integrantes y situación sanitaria.

modificaciones en la cobertura de las prestaciones de salud que brinda el BPS, debiendo realizar un análisis de su rol dentro del Sistema.¹².

En este marco de transformación, el BPS ha adoptado algunos lineamientos estratégicos que apuntan a reorientar los servicios asistenciales propios reconociendo la experiencia y especialización de dichos servicios¹³.

Dentro del Plan Estratégico del BPS 2011-2015 se establece que “la organización debe instrumentar y/o terminar de implementar los Centros Nacionales de Referencia, modalidad surgida a partir de las capacidades y experiencia existentes en el instituto”.

En este contexto se crea la Comisión Interinstitucional integrada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), BPS, Fondo Nacional de Recursos (FNR), y sobre el final del proceso se incorpora la participación del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)¹⁴.

La Comisión Interinstitucional analizó las prestaciones del BPS clasificando las que corresponden que permanezcan en su cobertura y aquellas que dejarían de otorgarse por estar comprendidas dentro de las obligaciones de los prestadores integrales, o estar bajo la cobertura del Fondo Nacional de Recursos¹⁵.

Los cambios que se han venido desarrollando han conducido a la propuesta de creación del Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos en la órbita del Banco de Previsión Social a cargo de tres Unidades: “Medicina Embrio-Fetal y Perinatal” (UMEPEFE), “Laboratorio y Pesquisa Neonatal” y “Diagnóstico y Tratamiento (DEMEQUI)¹⁶”.

En 2014 el MSP reconoció al BPS como Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras CREDNACER (Ordenanza 280/2014) y autorizó la Incorporación de la Unidad Embrio-Fetal de BPS al mismo (Ordenanza 629/2014).

3.1 Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas

El Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (DE.ME:QUI), se origina en la Ley N° 15.084 del 28 de noviembre de 1982, siendo asignada a la ex Dirección General de la Seguridad Social, hoy BPS, formando parte de los servicios de Prestaciones de Salud.

La Unidad ha prestado asistencia especial a beneficiarios (hijos de contribuyentes del BPS - empleados de la actividad privada que aportan al BPS- que recibían Asignaciones Familiares, e hijos de funcionarios del BPS), con patologías congénitas con o sin malformaciones o patologías emergentes de riesgos perinatales.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el Directorio del BPS aprobó por RD 20-1/2011: “Definir la canasta de prestaciones que proveerá el DE.ME.QUI, bajo la

¹² Proyecto Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) – 2da versión Mayo de 2014 – Dirección Técnica de Prestaciones – Gerencia de Prestaciones de Salud – Gerencia de Asistencia Médica.

¹³ Ibid (nota al pie 12).

¹⁴ Ibid (nota al pie 12).

¹⁵ Ibid (nota al pie 12).

¹⁶ Ibid (nota al pie 12) Se hace referencia a la propuesta de servicios que al año 2013 se venía planteando.

forma de centros de atención especializada para ser presentado a la autoridad sanitaria, con el objetivo de integrarse al SNIS¹⁷.

El DE.ME.QUI. está organizado en base a dos modelos de atención¹⁸:

- Consultas individuales de todas las especialidades: Médicas (Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Genética, Hematología, Medicina General, Nefrología, Neumología, Nutrición y Pediatría general); Quirúrgicas y Médico Quirúrgicas (Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Neurocirugía, ORL, Oftalmología, Urología, Ortopedia y como servicio común Anestesiología); Especialidades referidas a la Neuropsiquiatría (Neuropediatría, Psiquiatría y Psicología) y Servicios de Apoyo (Imagenología, Enfermería, Servicio Social, Registros Médicos y Administración).
- Atención a través de equipos interdisciplinarios entre los que se destacan: Mielomeningocele y otros defectos del Tubo Neural; Fibrosis Quística (FQ); Errores Innatos del Metabolismo (EIM); Otras Enfermedades Raras (ER); Epidermólisis Bullosa o Ampollar (EA); Malformaciones máxilo –facial (Fisura Labio-Alveolo-Palatina (FLAP) y Unidad de Cuidados Paliativos.

Si bien es el MSP quien definirá los defectos congénitos y enfermedades raras que serán de atención integral en el Centro de Referencia, se ha seguido los lineamientos planteados por el Equipo Interinstitucional¹⁹.

En relación a los beneficiarios, se ha transitado hacia un cambio cualitativo en la población asistida, ya que se atienden menos pacientes pero de mayor complejidad²⁰.

En el siguiente cuadro se presentan las consultas realizadas en la Unidad de Tratamiento y Diagnóstico del DE.ME.QUI.

La evolución de las consultas efectuadas en el DE.ME.QUI observan en general incrementos en el año 2010 para luego descender en los últimos años. En el año 2013 algunas consultas a especialistas continúan descendiendo mientras que otras se incrementan levemente. Esta evolución podría ser explicada por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual ha posibilitado una movilidad de usuarios hacia otros servicios que cuentan con estos especialistas. Por otra parte se registra un cambio en las características de la población asistida, en cuanto a que la misma es portadora de enfermedades más complejas.

¹⁷ Ibid (nota al pie 12).

¹⁸ Ibid (nota al pie 12).

¹⁹ Ibid (nota al pie 12).

²⁰ Ibid (nota al pie 12). En el momento de la entrada en vigencia del SNIS, el BPS resuelve mantener la atención de los beneficiarios que venían siendo atendidos hasta el año 2007 aunque tuvieran derecho a afiliarse a un prestador integral. Esto llevó a que los beneficiarios de DE.ME.QUI pudieran elegir entre continuar su atención en BPS o pasar al prestador público o privado al cual se afiliaran. En ese momento los pacientes con problemas más complejos optaron por continuar la asistencia en DE.ME.QUI en lo que se refería a su patología congénita y los portadores de congénitas más simples optaron por ser asistidos en el prestador elegido. Otro grupo de pacientes eligieron otro prestador y luego de un tiempo solicitaron su reingreso, este último grupo es también portador de patologías congénitas complejas.

Cuadro 12a:
Número de consultas en el DE.ME.QUI. por año seleccionado, según especialidad

	2000	2004	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cardiología	1.925	3.748	6.420	4.923	3.748	3.249	2.512	2.001
Cirugía pediátrica	2.354	2.094	2.477	1.731	1.374	1.074	936	798
Cirugía plástica	2.127	1.645	2.587	2.425	2.434	2.198	2.008	2.036
Dermatología	714	1.334	784	789	773	540	441	341
Endocrinología	725	1.645	2.373	2.325	1.934	1.844	1.672	1.695
Fisiatria	2.997	800	2.568	5.276	1.440	1.079	776	240
Gastroenterología	1.340	1.480	3.866	3.032	2.216	2.114	2.179	2.130
Hematología	403	703	898	644	449	439	310	296
Neumología	856	1.509	1.383	888	756	737	802	987
Neurocirugía	381	267	621	630	627	544	519	519
Neuropediatria	9.479	18.789	14.981	13.273	10.407	9.010	7.181	6.376
Oftalmología	11.249	10.266	12.848	10.981	7.984	6.454	4.864	4.034
Ortopedia	4.658	5.642	6.711	5.159	4.800	4.657	4.144	4.197
Otorrinolaringología	10.720	7.503	10.655	7.308	4.721	3.708	2.863	2.420
Pediatría especializ.	5.058	4.308	993	1.660	1.603	1.551	1.400	1.617
Pediatría externa	(*)	701	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Psicología	(*)	9.681	(*)	(*)	(*)	35	161	(*)
Psiquiatría adultos	(*)	1.302	1.855	1.934	1.984	2.015	1.918	2.043
Psiquiatría infantil	3.613	4.096	6.327	4.368	5.957	4.440	4.838	2.003
Urología	2.818	5.273	6.342	5.455	3.189	2.688	2.096	1.727

Fuente: Boletín Estadístico BPS - AGSS – AEA e Informe de Salud.

Nota: Los datos de los años 2000, 2004 y 2010 en adelante corresponden al Boletín Estadístico BPS-AGSS-AEA y los años 2008 y 2009 a informes de Gerencia Prestaciones de Salud de la Dirección Técnica de Prestaciones del BPS.

(*) Sin información.

Los equipos interdisciplinarios de Fibrosis Quística Pediátrica, Fibrosis Quística de Adultos y Errores Innatos Metabolismo son los que a 2013 contaron con mayor cantidad de usuarios. Con menor consulta se encuentran las enfermedades Epidermolisis Bullosa y Alto Riesgo Neonatal.

Cuadro 12b:
Número de consultas en el DE.ME.QUI. por año seleccionado, según equipos interdisciplinarios

	2011	2012	2013
EQ. CUIDADOS PALIATIVOS	40	85	69
EQ. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	108	158	154
EQ. MIELOMENINGOCELE	23	40	43
EQ. EPIDERMOLISIS BULLOSA	15	13	13
EQ. ENFERMEDADES RARAS	36	67	73
EQ. FIB.QUISTICAPEDIATRICA	387	533	561
EQ. ALTO RIESGO NEONATAL	178	100	18
EQ. ERRORES INNATOS METABOLISMO	259	271	317
EQ. FIB.QUISTICA ADULTOS	220	301	330
EQ. TRASTORNOS DE LENGUAJE	47	186	121
Total	1,313	1,754	1,699

Fuente: Boletín Estadístico BPS – AGSS - AEA.

En la evolución del período planteado 2011 a 2013 las enfermedades que tuvieron un aumento continuo son mielomeningocele, enfermedades raras, fibrosis quística errores innatos metabolismo y trastornos de lenguaje.

Se observa una baja sostenida en la atención de “Alto riesgo neonatal”, vinculado a la disminución de partos en la Unidad de Perinatología.

3.2 Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal

Uruguay es uno de los pocos países de América Latina que cuenta con un sistema de pesquisa y prevención de patologías congénitas en la totalidad de los niños nacidos en su territorio. Esto se realiza mediante el Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal (SNPN), de acuerdo al cual, se realiza al recién nacido la detección de enfermedades que pueden causar alguna malformación o discapacidad.

La Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS integra el SNPN y fue designado mediante el art. 4 del Decreto del Poder Ejecutivo N° 325/013 del 25/09/2013 como Único Centro de Diagnóstico, Confirmación y Seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de la gota de sangre.

Los defectos congénitos constituyen la mayor causa de mortalidad infantil luego de la desnutrición, diarreas, enfermedades infecciosas y trasmisibles. En algunos casos, si se los diagnostica precozmente, puede evitarse el retardo severo irreversible y devastador²¹.

²¹ Pesquisa Neonatal: lo que puede prevenir una gota de sangre – BPS – Centro de Estudios Seguridad Social Salud y Administración – Doctoras G. Queiruga, A. Lemes, C. Ferolla, M. Machado, C. Queijo, P. Garlo y G. Pallarada.

Se define el término pesquisa como: “búsqueda masiva, en todos los recién nacidos, de individuos en situación de riesgo de ser afectados por enfermedades. Una vez detectadas, se requieren pruebas confirmatorias y diagnóstico clínico y bioquímico”.

En Uruguay se pesquisa Hipotiroidismo Congénito (HC), Fenilcetonuria (PKU), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fibrosis Quística (FQ), Déficit de Acil CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD) y otras enfermedades poco frecuentes en un programa piloto por metodología de Masa en tándem (PP - Programa Piloto).

En el año 1990 el laboratorio del BPS comenzó un Programa Piloto, con la detección de HC a todos los recién nacidos en la Unidad de Perinatología del BPS (Sanatorio Canzani). Al obtener una buena evaluación del programa, en 1993 el Directorio del BPS aprueba que se extienda a todos los beneficiarios del país. Se comienza a coordinar con otros grupos que realizan esta pesquisa como el MSP y UDELAR, por lo cual al comparar los diagnósticos y resultados obtenidos se presentó ante el MSP un proyecto para hacer obligatorio la determinación de TSH en sangre del cordón umbilical a todos los recién nacidos del país. Fue regulado en la Ley 16.095 de 1989. En el año 1994 se aprueba el Decreto N° 183/994 donde el MSP obliga a todas las instituciones públicas y privadas a realizar esta detección.

En el año 2006 se comienza a trabajar en procura de la extensión del Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal a otras enfermedades. Se solicitó apoyo económico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para actualizar la tecnología y poder detectar más de 20 enfermedades congénitas, logrando la aprobación del proyecto en el año 2007.

Por Decreto del Poder Ejecutivo N° 416/007 de 05/11/2007²², se establece la obligatoriedad de la investigación en los recién nacidos en todo el país, de las patologías Hipotiroidismo congénito y de Fenilcetonuria e Hiperplasia Suprarrenal congénita. Asimismo, se establece que las Instituciones de Asistencia en Salud, públicas o privadas de todo el país donde se producen nacimientos, deberán denunciar los casos detectados con las patologías mencionadas.

En esta línea de investigaciones para los recién nacidos, se establece por Decreto del Poder Ejecutivo N° 389/008 de 11/08/2008 el estudio de la Hipoacusia Neonatal, quedando a cargo de las Instituciones de Asistencia en Salud a nivel nacional (públicas/privadas), donde se producen nacimientos, debiendo realizar el procedimiento de pesquisa a través de emisiones otoacústicas (EOA), antes del alta de la maternidad. Se debe denunciar los casos detectados ante el Departamento de Epidemiología del MSP.

En el nuevo SNIS se define las competencias de los organismos para lograr las acciones de prevención de enfermedades congénitas y degenerativas. El MSP es el organismo rector, encargado de aplicar la obligatoriedad de las enfermedades a pesquisar; el BPS aporta su laboratorio, personal, insumos y equipos multidisciplinarios de tratamiento de las patologías detectadas. La Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP), cita los casos detectados, las repeticiones y realiza control de seguimiento de los bebés nacidos fuera de Montevideo. La Administración Nacional de Correos asume el transporte de las muestras desde todos los puntos del territorio del país.

²² Sustituye el artículo 1 y 2 del Decreto 430/994 de 21/09/2004.

El BPS en coordinación con los centros de salud existentes a nivel nacional, realiza el diagnóstico y brinda asistencia integral (estudios para clínicos, tratamiento dietético y/o medicamentoso), en todo lo relacionado con la patología detectada en la Pesquisa Neonatal, manteniendo una relación de referencia y contra referencia con el pediatra del primer nivel de atención.²³

Las pesquisas están dirigidas a todos los niños y niñas, sean o no beneficiarios/as del BPS y cualquiera sea su prestador de salud.

Por Decreto del Poder Ejecutivo Nº 325/013 se incorpora la Deficiencia de Acil – CoA – Dehidrogenasa de Cadena Media (MCADD) al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante.

En el artículo 6° de dicho Decreto se redefine el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante, como “el conjunto de prácticas médicas que involucren la detección neonatal obligatoria de patologías endocrino-genéticas y de otras causas, a través de:

- a) Gota de sangre (Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fibrosis Quística, Acil – CoA – Dehidrogenasa de Cadena Media);
- b) Emisiones otacústicas (hipoacusia congénita);
- c) Examen físico sistemático del recién nacido (anomalías estructurales externas o internas); y
- d) Ecografía de Cadera en Lactantes, entre los 2 y 4 meses.”

En el artículo 7° se expresa que “la incorporación y la eliminación de patologías al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante estarán en revisión permanente. Las mismas se harán en base a la evaluación de las necesidades de salud de la población que incluye la evidencia científica y los principios bioéticos, privilegiando la prevención como principio rector del Sistema Nacional Integrado de Salud.”

El Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal del BPS fue galardonado con el Premio Reina Sofía 2010 a la Prevención de la Discapacidad otorgado por el Real Patronato sobre Discapacidad de España^{24 25}.

²³ En el caso de la Hiperplasia Suprarrenal congénita y del Hipotiroidismo congénito, el tratamiento medicamentoso y/o los estudios paraclínicos confirmatorios los brinda el prestador de salud a cargo de la cobertura de salud del bebé.

²⁴ El Real Patronato sobre Discapacidad de España es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tiene como misión promover la prevención de deficiencias, la rehabilitación y la inserción social de las personas con discapacidad; facilitar, en esos ámbitos, el intercambio y la colaboración entre las distintas Administraciones públicas, así como entre éstas y el sector privado, tanto en el plano nacional como en el internacional; prestar apoyos a organismos, entidades, especialistas y promotores en materia de estudios, investigación y desarrollo, información, documentación y formación, y emitir dictámenes técnicos y recomendaciones sobre materias relacionadas con la discapacidad.

²⁵ El premio consistió en 50.000 Euros destinados a complementar el Laboratorio de Pesquisa Neonatal con un sector de Biología Molecular, para conocer las mutaciones genéticas de los niños detectadas por el programa.

3.3. Rehabilitación para las personas con discapacidad

El BPS como gestor y promotor de políticas sociales, ha definido como uno de sus lineamientos estratégicos el desarrollo de mecanismos para ampliar la cobertura e inclusión en el sistema de protección social. En este sentido la institución ha desarrollado una batería de servicios y prestaciones para distintos tipos de poblaciones, enfocada hacia la rehabilitación y promoción de la autonomía de las personas con discapacidad, cubriendo a todos los beneficiarios de la seguridad social, contemplando los requerimientos de los distintos grupos etáreos, de acuerdo a la situación de activos o pasivos e incluyendo además a otros colectivos de la población.

3.3.1 Ayudas extraordinarias

Estas prestaciones de carácter económico están avaladas por una evaluación técnica destinada a la rehabilitación y/o reeducación de usuarios con trastornos en el desarrollo neuropsicológico y de usuarios con discapacidad. Apuntan a la rehabilitación e integración al medio de estas personas. Consisten en el pago de una suma destinada a solventar el costo de la concurrencia de dichas personas a escuelas especiales, institutos de rehabilitación, escuelas e institutos habilitados por ANEP, que realicen integración y/o instituciones recreativas o deportivas cuyas actividades propendan a la rehabilitación de los mismos. También se incluye el pago para la locomoción de las personas con discapacidad o de sus acompañantes para el traslado hacia y desde las referidas escuelas, institutos e instituciones, incluidas las normales e institutos de enseñanza, sean estos preescolares de primaria, secundaria o instituciones de educación terciaria²⁶.

La suma mencionada está destinada a contribuir a la integración del precio de las instituciones arriba mencionadas o, al costo del traslado efectuado por transportistas autorizados por BPS. Incluye el costo de la locomoción para los beneficiarios y de los boletos para el acompañante.

Pueden acceder a estas prestaciones los niños y niñas con discapacidad beneficiarios de la Ley 15.084 de Asignaciones Familiares²⁷, los pensionistas por invalidez, los usuarios del DE.ME.QUI. e hijos de trabajadores del BPS.

Por RD N° 123/2008 de Gerencia General de fecha 09/05/2008, se aprobó el plan de trabajo para la integración al Sistema Nacional Integrado de Salud de las prestaciones del Programa de Ayudas Extraordinarias (AYEX) que otorga el Organismo.

En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de Ayudas Extraordinarias según el destino de la misma: institutos de enseñanza, empresas de transportes y boletos de transporte. Para cada categoría se presenta su estructura por sexo.

²⁶ El beneficio para quienes concurren a Instituciones de Educación Terciaria se incluyó a partir de la R.D.N° 18-1/2011 de 22 de junio de 2011.

²⁷ Los beneficiarios que opten por la prestación de la Ley 18.227 del Plan de Equidad, mantienen el derecho generado por la Ley 15.084.

Cuadro 13:
Cantidad de AYEX otorgadas en el mes de julio de cada año

	Instituto			Transporte			Boletos		
	Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)	
		hombres	mujeres		hombres	mujeres		hombres	mujeres
2008	11.839	61,04	38,96	1.445	59,02	40,98	338	60,00	40,00
2009	13.106	61,08	38,92	1.471	58,65	41,35	355	60,00	40,00
2010	13.695	61,15	38,85	1.408	60,37	39,63	322	58,02	41,98
2011	14.361	61,39	38,61	1.237	61,54	38,46	290	61,41	38,59
2012 1/	17.862	62,13	37,87	1.305	60,15	39,85	285	63,86	36,14
2013 2/	17.822	57,22	42,78	1.122	60,87	39,13	239	64,02	35,98

Fuente: Dirección Técnica de Prestaciones – Gerencia Prestaciones de Salud.

1/ Datos en el mes de diciembre.

2/ Datos en el mes de noviembre.

En el año 2013 desciende levemente la cantidad de Ayudas otorgadas respecto al año anterior en cada una de los conceptos. La mayoría de las ayudas corresponden al pago de instituciones (casi el 96%). Para cada uno de los ítems la composición por sexo muestra que alrededor del 60% de los beneficiarios son hombres. La mayor proporción de varones se puede explicar por la prevalencia de limitaciones en varones jóvenes (ver cuadro 1) asociada a que la mayor parte de los beneficiarios de estas prestaciones (aproximadamente el 66%) son menores de 14 años²⁸.

Se presentan las erogaciones anuales de las Ayudas Extraordinarias en pesos constantes y su estructura por tipo de servicio, para los años seleccionados.

Cuadro 14:
Monto anual de AYEX otorgadas en pesos a valores constantes (1)

	Estructura por tipo de AYEX (2) (en %)			Montos	Var. anual (en %)	Var. Acum. 2000/2013 (en %)
	Institutos	Transporte	Locomoción			
2000	---	---	---	416.309.505	---	---
2004	---	---	---	334.112.902	-19,74	---
2008	94,08	4,81	1,11	486.486.248	45,61	---
2009	94,62	4,39	0,99	496.439.670	2,05	----
2010	94,98	4,12	0,90	544.676.786	9,72	----
2011	95,95	3,29	0,75	571.382.321	4,90	---
2012	95,87	3;40	0,73	602.435.012	5,43	44,71
2013	s/d	s/d	s/d	638.019.655	5,91	53,26

Fuente: Balances del BPS (no ajustado por inflación).

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio de 2013.

(2) La estructura corresponde a los montos de julio de cada año.

De las erogaciones por concepto de Ayudas Extraordinarias alrededor del 95% corresponde a gastos para instituciones. Las mismas se han incrementado anualmente alcanzando 638 millones de pesos en el 2013, lo que significa un incremento de 53% con respecto al año 2000.

²⁸ De acuerdo a indicadores de Niñez y Juventud de APSS.

3.3.1.1 Apoyo a la Equinoterapia

De acuerdo a los Decretos del Poder Ejecutivo N° 268/2003, 310/2007 y 480/2008, se considera la importancia de la Equinoterapia como técnica complementaria de rehabilitación bio-psico-social asociada al proceso de rehabilitación integral y se crean (por el primer decreto mencionado), los Centros Nacionales de Fomento y Rehabilitación Ecuestre (CENAFRE) en todo el país.

El BPS desde el año 2010, viene apoyando la equino terapia a través de actividades coordinadas y apoyos económicos a 32 centros distribuidos en todo el territorio nacional y donde se asisten 1.040 personas.

Por R.D. N° 21-4/2012 de 17/07/2012, se incluye la prestación complementaria de apoyo para el acceso a la equinoterapia destinada a niños y adultos con discapacidad. En dicha resolución se autoriza la suscripción de un convenio de cooperación entre el BPS y el CENAFRE, representado por la Asociación Civil "Olímpicos de Shangai" (ACODES).

3.3.2 Beneficios de salud en servicios externos

Como ya se mencionó, los usuarios del DE.ME.QUI. no solo cuentan con la atención médica dentro del BPS y las Ayudas Extraordinarias sino que además tienen derecho de acuerdo a su congenitura, a Ordenes de Trabajos Externos (OTES) que comprenden distintos tipos de prestaciones: tratamientos con especialistas en otros centros de salud, traslados del paciente, pasajes y alojamiento para usuario y familiar, prótesis y órtesis tales como lentes, audífonos, sillas de ruedas, las que se brindan gratuitamente y hasta la corrección de la patología o estabilización de la misma para su posterior inserción social.

Traslados. En el caso de los pacientes incluidos en la definición de congenituras de DE.ME.QUI. y cuando el tratamiento médico lo exige, tienen acceso a Traslados tanto los beneficiarios del departamento de Montevideo como del Interior del país. Se utiliza una amplia gama de transportes: ambulancias comunes y ambulancias especializadas, camionetas privadas con camilla y ómnibus de líneas interdepartamentales. Por ejemplo desde el Interior, se trasladan beneficiarios y acompañantes con proveedores de ómnibus de líneas interdepartamentales, así como proveedores de camionetas privadas.

En los siguientes cuadros se muestra información desagregada de la cobertura de traslados de los beneficiarios del DE.ME.QUI.

En el 2013 se otorgaron 19.427 solicitudes de traslados interdepartamentales correspondientes a 4.870 beneficiarios. El número de beneficiarios y de solicitudes muestran una tendencia descendente que se explica en parte por la entrada en vigencia del SNIS.

Cuadro 15:**Cantidad de solicitudes de traslados de beneficiarios del Interior. Años seleccionados**

	Solicitudes	Personas
2005	44.681	11.175
2008	46.335	10.991
2009	42.293	9.342
2010	34.308	8.059
2011	28.798	6.814
2012	23.164	5.724
2013	19.427	4.870

Fuente: Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos refieren a Órdenes de Asistencias de Salud (OASIS), expedidos como OASIS 11. Refieren a traslados en ómnibus de líneas interdepartamentales y camionetas privadas.

En el 2013 se registró un gasto anual de más de 57 millones de pesos para realizar 6.719 traslados de beneficiarios en ambulancias o camionetas especializadas.

Cuadro 16:**Cantidad de traslados en ambulancias o camionetas especializadas y monto anual en valores constantes (1). Años seleccionados**

	Traslados	Monto
2004	9.371	---
2008	11.348	---
2009	6.662	35.916.148
2010	6.332	39.287.137
2011	6.874	48.997.799
2012	7.144	55.145.287
2013	6.719	57.308.057

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

Nota: Los datos corresponden a Órdenes de Trabajos Externos (OTES) expedidos por Prestaciones de Salud.

Alojamiento. A los pacientes residentes en el Interior del país que deben concurrir al DEMEQUI se les brinda alojamiento para ellos y sus acompañantes por medio de un servicio de hotelería²⁹, facilitando realizar la atención y tratamientos indicados para la rehabilitación del beneficiario. Se discrimina en alojamiento de pensión completa, y de media pensión y también se presenta costo diferencial para los menores de cinco años.

Como figura más adelante en el ítem "Operación de Ojos", a través del Convenio MIDES-ASSE-BPS, a partir de 2014 en Tarará Prado se brinda atención y cuidados transitorios, entre otros, a pacientes del DE.ME.QUI residentes en el interior del país que requieran permanencia en Montevideo para su tratamiento (R.D. Nº 42-21/2013 del 18/12/2013).

En el cuadro que sigue se observa un aumento del número de alojamientos desde el comienzo del período hasta el año 2009 con 33.531 registros. A partir de este año los alojamientos descienden a 8.943 en el año 2013, con un gasto de casi 5 millones de pesos.

²⁹ Este servicio es brindado por Licitación otorgada al Hotel ARAMAYA.

Cuadro 17:
Cantidad de alojamientos y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Alojamiento	Monto en \$
2004	9.127	---
2008	29.584	---
2009	33.531	12.378.015
2010	24.447	9.844.994
2011	19.033	9.376.736
2012	10.687	5.630.560
2013	8.943	4.952.862

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

Alimentación. En los casos en que, por la duración del viaje o por otros factores, los usuarios del Interior no hacen uso de las instalaciones del hotel, DE.ME.QUI. ofrece un servicio de alimentación³⁰

El cuadro informa sobre la cantidad de alimentos distribuidos a los pacientes y familiares acompañantes que se atienden en el DE.ME.QUI. En el año 2013 se brindaron 21.182 servicios de alimentación por un monto anual de más de 1,5 millones de pesos. En el período se observa un aumento hasta el año 2011 y desciende en los años siguientes.

Cuadro 18:
Cantidad de servicios de alimentación y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Servicios Alimentación	Monto en \$
2004	32.565	---
2008	31.279	---
2009	30.686	2.169.469
2010	30.642	2.172.605
2011	32.567	2.399.753
2012	25.798	1.903.570
2013	21.182	1.554.884

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

Consultas externas a otros servicios de salud. El BPS contrata otros servicios de salud para lograr una rehabilitación integral del o la beneficiaria, tales como procedimientos médicos, prestaciones complementarias, análisis clínicos, odontología. Los procedimientos médicos son los mayormente utilizados, con un importe anual en 2013 de 23 millones de pesos. Estas prestaciones contratadas muestran en general un descenso en el período.

³⁰ Por R.D. N° 19-52/2010 de 07/07/2010 se contrata un servicio de suministros de alimentos de la firma FEDIR S.A. – DELIBEST, mediante licitación pública correspondiente.

Cuadro 19:

Cantidad de servicios contratados y monto anual a valores constantes (1) por tipo de prestaciones. Años seleccionados

	Procedimientos Médicos		Análisis Clínicos		Procedimientos Odontológicos	
	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto
2004	109.994	---	1.409	---	5.034	---
2008	82.836	---	1.979	---	1.545	---
2009	90.973	38.273.182	1.483	1.062.013	1.666	992.047
2010	73.358	31.963.230	1.379	951.221	1.820	1.080.975
2011	60.956	29.524.863	1.563	1.020.368	1.986	1.095.683
2012	49.095	27.046.535	1.253	1.000.537	1.599	820.928
2013	47.255	23.088.658	910	840.367	1.579	817.825

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

Prótesis, órtesis y lentes. Este tipo de prestación complementaria se otorga por BPS a los beneficiarios del DE.ME.QUI., con la prescripción médica correspondiente para rehabilitar a los usuarios. Comprende aparatos ortopédicos, audífonos, odontología y ortodoncia, sillas de ruedas, respiradores, ópticas, etc. De estas prestaciones, las solicitudes de lentes son las más requeridas. El gasto anual en 2013 fue superior a los 27 millones de pesos.

Cuadro 20:

Cantidad de solicitudes de prótesis, órtesis y lentes y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Prótesis	Órtesis	Lentes	Monto (2)
2004	109	876	1.344 (3)	---
2008	111	1.256	1.987	24.898.887
2009	41	1.144	1.880	22.899.574
2010	48	1.277	1.858	24.575.595
2011	54	1.282	1.804	24.332.488
2012	47	1.376	1.578	30.845.717
2013	39	1.472	1.382	27.304.227

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos y SEFI – Repartición FINANZAS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

(2) Incluye destino de toda la Gerencia Prestaciones de Salud.

(3) Dato a 2005.

En esta línea de prestaciones, es importante destacar que el BPS integra el Fondo Nacional de Recursos y por esta vía se consideran aquellas situaciones de beneficiarios del Programa de Atención de Malformaciones Congénitas del Organismo.

III.3.3 Ayudas técnicas

Las ayudas en general (técnicas y personales), son necesarias para la autonomía de las personas con discapacidad. Permiten la realización de las actividades de la vida diaria y también posibilitan la comunicación como forma de participar de la vida en sociedad. Por

Ayudas Técnicas se entiende: “instrumentos que facilitan la independencia de las personas y el desarrollo personal” (Portal Discapacidad en Uruguay)³¹.

En lo que tiene que ver con las Ayudas Técnicas, el BPS aprobó un proyecto de convenio³² con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), a efectos de implementar actividades de formación y capacitación, en el marco de la propuesta que desarrolla el Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT)^{33 34}.

El CIAPAT es un centro de referencia que surge con el fin de favorecer la autonomía personal, la accesibilidad y el uso de ayudas técnicas para las personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, permanente y transitoria³⁵.

Por otra parte cabe destacar, que el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT), ha adoptado en octubre/2012 la norma internacional ISO 9999:2011 titulada Productos de Apoyo para Personas con Discapacidad - Clasificación y Terminología³⁶. Los productos de apoyo (incluyendo software) se clasifican de acuerdo a su función. Se define Productos de Apoyo como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software), fabricado especialmente o generalmente disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación³⁷.

Asimismo, por RD N° 31-3/2013 de 25/09/2013, fueron designados funcionarios/as arquitectos/as como representantes del BPS ante el Comité Especializado de Accesibilidad de la UNIT, a los efectos de concluir el estudio de la norma ISO 21542. La misma fue adoptada en diciembre de 2013 como norma nacional y conlleva una importante repercusión social; contiene requisitos y recomendaciones relativas a las características del entorno externo, que directamente están relacionadas con el acceso a un edificio o un conjunto de ellos.

En relación a las tecnologías de apoyo de acceso a la computadora, por R.D. 39-40/2013 de noviembre de 2013, se aprueba el Convenio BPS–ANTEL.

³¹ <http://www.discapacidaduruguay.org/>

³² Resolución de Directorio N° 28-11/2007 de 22/08/2007 – Proyecto Convenio “Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas – CIAPAT.

³³ La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), ha creado un Centro Tecnológico para favorecer la Autonomía Personal de los Adultos Mayores y/o de las Personas con diferentes discapacidades de los países Iberoamericanos: Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT). Cuenta con la asistencia técnica y colaboración del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMERSO- de España.

³⁴ El CIAPAT al fijar su sede en Buenos Aires, Argentina y en el ámbito de la OISS, puede extender una Sub – Sede a las instituciones miembros de la OISS. En este sentido, la OISS reconoce a nuestro Organismo como sede nacional del CIAPAT en Uruguay.

³⁵ Comentarios de Seguridad Social N° 31 – Abril/Julio 2011 – Asesoría General en Seguridad Social del BPS – Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes – segunda parte Revisión de Programas y Servicios de algunas países de América, Asia y Europa. Soc. Leticia Pugliese.

³⁶ Disponible en páginas web: <http://www.unit.org.uy/catalogo/detalle.php?idC=100000464>

³⁷ Comentarios de Seguridad Social, N° 30, Enero - Marzo 2011. *Personas Mayores en Uruguay con Limitaciones Permanentes o en Situación de Discapacidad. Segunda Parte: perspectiva de género y evaluación de necesidades de ayudas técnicas y de cuidados* de Lic. T.S. Inés Núñez.

El objeto del convenio es establecer el marco de cooperación entre las partes, con el objetivo de impulsar aplicaciones tecnológicas y en particular de telecomunicaciones que contribuyan en la habilitación, rehabilitación y mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, así como también que contribuyan a su inserción social³⁸.

A través de dicho convenio se busca lograr el acceso a la tecnología y a la información que brinda Internet, de los sectores más vulnerables de la sociedad debido a discapacidades físicas que afectan a personas de bajos recursos económicos.

Para ello el BPS dispondrá de parte de su parque de computadoras en desuso, las cuales serán recicladas por Antel en su Centro de Reciclaje del Proyecto Antel Integra, para ser distribuidas entre aquellas personas que el BPS seleccione de acuerdo a los criterios establecidos por DEMEQUI.

3.3.3.1 Población destinataria de las ayudas técnicas

En el plano de las ayudas en general, el BPS provee de apoyos tales como prótesis y órtesis a diferentes grupos de población beneficiaria del organismo que se detallan a continuación.

- Prótesis y Lentes para población activa

A fin de promover la rehabilitación personal y la participación en actividades sociales y económicas a personas con discapacidad, el BPS cuenta con un servicio que organiza y provee de insumos ortopédicos.

Los trabajadores activos con aportación industria y comercio, rural y servicio doméstico, así como los que estén en usufructo de los subsidios por enfermedad, desempleo o maternidad, con afiliación mutual vigentes, se les otorga prótesis y órtesis en forma integral y sin costo.

En el cuadro que sigue se aprecia los beneficios otorgados por el BPS desde el año 2005 a 2013. En el año 2013 se concedieron a la población activa 109.481 lentes y 33.276 prótesis. La categoría lentes cuenta con un registro mayor en relación a prótesis otorgadas, siendo este producto de apoyo el más requerido entre los trabajadores. Ambos beneficios se incrementen gradualmente en el período seleccionado.

Por zona geográfica, para lentes se registra casi un mismo comportamiento, tanto en Montevideo como en el Interior. Con respecto a prótesis, existe una mayor proporción de solicitudes otorgadas en el Interior (alrededor del 60%).

³⁸ http://srvs064:40116/Jurisprudencia_html/39-40-2013.html

Cuadro 21:

Lentes y Prótesis otorgados a la población activa beneficiaria del BPS y su distribución por zona geográfica. Años seleccionados

	Lentes	Mont.	Int.	Total	Prótesis	Mont.	Int.	Total
2005	70.646	---	---	---	8.767	---	---	---
2008	96.146	51,1	48,9	100,0	19.392	39,7	60,3	100,0
2009	95.649	50,4	49,6	100,0	23.643	38,4	61,6	100,0
2010	95.581	50,3	49,7	100,0	26.989	37,8	62,2	100,0
2011	103.611	50,8	49,2	100,0	30.268	40,3	59,7	100,0
2012	107.715	51,4	48,6	100,0	31.267	41,2	58,8	100,0
2013	109.481	51,0	49,0	100,0	33.276	40,7	59,3	100,0

Fuente: BPS – AGSS – Asesoría Económica y Actuarial – Banco de Datos

- Prótesis, lentes y tratamientos odontológicos para Jubilados y Pensionistas

Se brindan préstamos a jubilados y pensionistas para financiar tratamientos odontológicos, prótesis en general, órtesis, lentes, audífonos y similares. La finalidad es contribuir a que los beneficiarios puedan acceder a una mejor calidad de vida, a través de un trámite sencillo y pagadero en un cómodo sistema de cuotas con la tasa de interés más baja del mercado.

Por R.D. N° 15-2/2009 de 13/05/2009 se dispone elevar el tope máximo de ingresos para acceder al sistema de prótesis a 15 BPC, correspondiendo a un equivalente de \$ 38.970 en 2013, Comprende a Jubilados, Pensionistas de Sobrevivencia, Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial, Pensiones Graciables, Pensiones de Vejez e Invalidez, Asistencia a la Vejez y Pensiones Especiales Reparadoras³⁹.

En R.D. 37-27/2009 de 11/11/2009 se aprueba la nueva versión del Reglamento de Préstamos para Prótesis, Ortesis y Similares a los afiliados de la seguridad social del BPS. Entre otros aspectos se plantea que el tope máximo y absoluto del préstamo es de 40 BPC, equivalentes a \$ 103.920 en 2013. Los préstamos son exclusivamente para el fin determinado, por lo tanto no se entrega dinero en efectivo, sino que el BPS gestiona directamente con quien preste el servicio y provea la prótesis⁴⁰. Por ello, se debe aprobar un convenio con las entidades prestatarias de determinados productos sanitarios.

En los siguientes cuadros se presentan datos desde mayo del año 2008 al año 2013, teniendo en cuenta que cubre el período de inicio de este programa hasta la actualidad. Se realiza apertura por zona geográfica y sexo.

³⁹ Comprendiendo también a funcionarios del BPS.

⁴⁰ El Reglamento se fundamenta en la ley N° 15.800 de 17/01/1986, sus modificativas y concordantes que facultan al Organismo a conceder préstamos amortizables a sus afiliados quedando autorizado para fijar las condiciones de los mismos y las retenciones que correspondan, propender a la rehabilitación psicofísica e integración social de los colectivos amparados; y a convenir con otras entidades el suministro de bienes y servicios a sus afiliados, con la finalidad de complementar las prestaciones del sistema.

Cuadro 22:

Cantidad y Monto de préstamos a valores constantes (1) otorgados a pasivos para rehabilitación. Total país y zona geográfica.

	Total		Personas (en %)			Importes (en %)		
	Personas	Importes	Mont.	Interior	Total	Mont.	Interior	Total
2008 (2)	5.142	39.381.628	32,7	67,3	100,0	37,2	62,8	100,0
2009	7.254	57.134.424	27,8	72,2	100,0	34,2	65,8	100,0
2010	7.445	59.708.154	26,2	73,8	100,0	32,4	67,6	100,0
2011	8.036	63.482.126	26,5	73,5	100,0	33,1	66,9	100,0
2012	8.319	66.921.143	26,1	73,9	100,0	30,9	69,1	100,0
2013	9.533	83.455.783	28,3	71,7	100,0	34,9	65,1	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición FINANZAS - BPS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

(2) a partir del 19 de mayo de 2008.

Desde la vigencia del beneficio a la fecha se registra un incremento en la cantidad de préstamos concedidos. En el año 2013 se otorgaron préstamos para financiar prótesis, órtesis y similares por un monto de casi 83 millones y medio de pesos, a un total de 9.533 personas. Casi tres cuartas partes de los préstamos se otorgan a beneficiarios del Interior del país, lo que corresponde al 65% del total del financiamiento.

Mayoritariamente los préstamos se destinan a la compra de instrumentos ópticos. En promedio, en 2013 el 76,9% de beneficiarios solicitó el préstamo para óptica, el 13,6% para ortopedia y el 9,5% para odontología. En cuanto a los montos, se destinó el 64,1% a óptica, el 23,7% a ortopedia y el 12,2% para servicio odontológico.

Cuadro 23:

Distribución por tipo de proveedor de la Cantidad y Monto de préstamos otorgados a pasivos para rehabilitación. Total país (En porcentajes)

	Personas				Importes			
	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total
2008 (1)	20,9	69,4	9,7	100,0	26,3	51,8	22,0	100,0
2009	15,8	71,8	12,4	100,0	20,2	54,3	25,5	100,0
2010	12,1	74,0	13,9	100,0	15,8	57,7	26,4	100,0
2011	12,5	74,2	13,3	100,0	15,9	58,1	26,0	100,0
2012	11,9	74,5	13,7	100,0	15,0	59,8	25,1	100,0
2013	9,5	76,9	13,6	100,0	12,2	64,1	23,7	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición FINANZAS - BPS.

(1) a partir del 19 de mayo de 2008.

El siguiente cuadro muestra que en el año 2013, del total de 9.533 solicitudes para financiar ayudas técnicas, 6.182 (64,8%) han sido tramitados por mujeres.

La estructura de los importes por sexo es similar a la estructura de prestatarios por sexo, la mayor parte de los préstamos son solicitados por mujeres.

Cuadro 24:
Cantidad y Monto de préstamos a valores constantes (1), otorgados a pasivos para rehabilitación por sexo. Total país

	Personas			Importes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2008 (2)	1.675	3.467	5.142	12.653.382	26.728.246	39.381.628
2009	2.462	4.792	7.254	19.505.177	37.629.247	57.134.424
2010	2.451	4.994	7.445	19.987.888	39.720.266	59.708.154
2011	2.684	5.352	8.036	20.717.393	42.764.733	63.482.126
2012	2.963	5.356	8.319	24.245.340	42.675.803	66.921.143
2013	3.351	6.182	9.533	29.594.288	53.861.495	83.455.783
	Estructura (en %)			Estructura (en %)		
2008 (2)	32,6	67,4	100,0	32,1	67,9	100,0
2009	33,9	66,1	100,0	34,1	65,9	100,0
2010	32,9	67,1	100,0	33,5	66,5	100,0
2011	33,4	66,6	100,0	32,6	67,4	100,0
2012	35,6	64,4	100,0	36,2	63,8	100,0
2013	35,2	64,8	100,0	35,5	64,5	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición FINANZAS - BPS.
(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.
(2) a partir del 19 de mayo de 2008.

El cuadro que sigue muestra la distribución de los préstamos según el destino de los mismos, para hombres y mujeres. El mayor porcentaje se destina a cubrir necesidades ópticas tanto en solicitudes de hombres como de mujeres. Asimismo se puede observar que los hombres utilizan el destino de ortopedia en una mayor proporción que las mujeres.

Cuadro 25:
Distribución del Monto de préstamos otorgados a pasivos por sexo y tipo de proveedor. Total país (En porcentajes)

	Hombres				Mujeres			
	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total
2008 (1)	26,9	50,7	22,4	100,0	26,0	52,2	21,8	100,0
2009	18,3	53,0	28,7	100,0	21,1	55,0	23,8	100,0
2010	15,3	55,1	29,7	100,0	16,1	59,1	24,8	100,0
2011	16,1	56,9	27,0	100,0	15,8	58,7	25,5	100,0
2012	13,4	59,0	27,6	100,0	15,9	60,4	23,7	100,0
2013	11,4	63,3	25,3	100,0	12,7	64,6	22,7	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición FINANZAS - BPS.
(1) a partir del 19 de mayo de 2008.

3.4 Reconversión Laboral

La población activa cuenta con la posibilidad de acceder a reconversión laboral en caso de:

- ser beneficiaria de Seguros Sociales por Enfermedad portadora de patologías crónicas y en goce de licencia médica prolongada;

-ser beneficiaria de Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial para su tarea habitual.

Durante el período 1996 – 2006 el Área de Medicina Laboral del BPS desarrolló un Programa de Orientación Profesional, suscribiendo en esa oportunidad, convenio de coordinación de acciones con la Junta Nacional de Empleo (JUNAE) (MTSS), en el marco del Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad (PROCLADIS)⁴¹.

En el año 2008, a partir de la creación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP)⁴², se abre una nueva etapa de coordinación entre el MTSS y el BPS, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y buscar alternativas de inserción laboral a trabajadores/as amparados al BPS con licencias médicas prolongadas, o percibiendo Subsidios Transitorios.

En este sentido, en el mes de julio de 2012 se firmó el proyecto de convenio entre BPS e INEFOP (RD Nº 20-7/2012), a los efectos de: a) promover en forma conjunta las acciones tendientes a proporcionar a la población objetivo, los instrumentos adecuados, facilitando su reubicación y reinserción laboral y b) propiciar el desarrollo de instancias de información, divulgación y campañas de concientización, a efectos de lograr una mayor sensibilización del sector público y privado con respecto a los alcances de esta temática.

El BPS a través de dicho convenio, brinda una alternativa de capacitación y/o adecuación para la reinserción laboral de aquellos trabajadores que están amparados al Subsidio Transitorio, que al término de la prestación no hayan cumplido 60 años de edad y a la población amparada al Subsidio por Enfermedad, con período prolongado de certificación médica.

El objetivo es capacitar a esta población según su capacidad remanente a través de cursos “generales” o “a medida” otorgados por INEFOP, según la necesidad y la oportunidad de reubicación en la empresa, o para su futura reinserción laboral en el mercado de trabajo.

En Gerencia de Salud - Sector Salud Ocupacional, un equipo técnico multidisciplinario evalúa a los trabajadores beneficiarios que se encuentran dentro de la población objetivo, con el fin de orientar según capacidad remanente, motivación e interés, aptitud para el trabajo y valoración de los cursos que puedan realizar. Luego de dicha evaluación, los trabajadores/as son derivados a INEFOP a los efectos de su capacitación.

Asimismo la Gerencia de Salud realiza actividades de Asesoramiento en Reubicaciones Laborales, tales como:

- Estudios de Puestos de Trabajo en trabajadores/as con certificaciones médicas prolongadas, orientados al diagnóstico de enfermedades ocupacionales y la valoración de aptitud para la tarea, así como la gestión de Reubicaciones Laborales o adecuación de tareas en los casos que corresponda.

⁴¹ Consiste en un Programa de capacitación e inserción laboral para personas con Discapacidad, actualmente en el marco del desarrollo de políticas activas de empleo de INEFOP.

⁴² Creado por Ley 18 406 de 24 de octubre de 2008, como una persona pública no estatal. Se integra en forma tripartita y tiene como principal cometido ejecutar políticas de formación profesional y fortalecimiento del empleo de los trabajadores y trabajadoras del Uruguay.

- Asesoramiento sobre riesgos laborales en trabajadoras cursando embarazo o en período de lactancia y gestión de reubicación en caso que la actividad pudiera afectar la salud de la progenitora o hijo/a (Ley 17.215 de 24 de setiembre de 1999).

III.5 Operaciones de Ojos

El Programa “Misión Milagro” es un emprendimiento humanitario de cooperación de los gobiernos de Cuba y Venezuela a nivel de América Latina, que colabora con médicos y equipos sanitarios de reconocido prestigio internacional para realizar intervenciones quirúrgicas oftalmológicas.

Nuestro país se incorpora al Programa en octubre del año 2005, viajando a Cuba los primeros pacientes uruguayos, para operarse y rehabilitarse.

Posteriormente se implementa el programa Hospital de Ojos “José Martí”, con la finalidad de combatir la ceguera evitable, en especial por cataratas. Uruguay aporta la estructura edilicia y recursos humanos y Cuba la tecnología y el personal capacitado, a fin de dar solución a las necesidades de los usuarios con bajos recursos, siendo de alcance nacional e inaugurado el 29 de noviembre de 2007 en uno de los pabellones existentes en el Hospital Saint Bois.

El 29 de julio de 2008, por convenio entre MIDES – ASSE – BPS, se suscribió un convenio denominado “Tarára Prado” con el objetivo de que el edificio del mismo nombre, propiedad de BPS, se destinara al alojamiento transitorio de pacientes usuarios de ASSE y usuarios incluidos en el convenio MIDES-BPS-ASSE residentes en el interior del país y que no tuvieran alojamiento en la capital.

Inicialmente, accedieron a la atención integral en el Hospital de Ojos por patologías que determinan ceguera reversible quirúrgicamente (cataratas pterigium), los adultos mayores jubilados y pensionistas que percibían ingresos jubilatorios menores a 10 BPC (\$ 25.980). Posteriormente, por convenio, accedieron personas que se atienden en ASSE; funcionarios/as de UCOT cuyo sueldo era inferior a 5 BPC (equivalentes a \$ 12.990), incluyendo padres e hijos de estos funcionarios y personas que se atendían en el Hospital Policial. Más recientemente, tienen derecho los trabajadores por la cuenta y pequeños empresarios con ingresos de hasta 5 BPC, trabajadores de menores recursos (cooperativistas sociales del MIDES, productores rurales familiares registrados en el MGAP, monotributistas, integrantes de empresas unipersonales que no aportan IVA, trabajadoras del servicio doméstico).

En el año 2012 el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Banco de Previsión Social (BPS) formalizaron el acuerdo sobre la continuación de la cobertura de patologías oftalmológicas.

En la permanencia de este programa el BPS continúa colaborado económicamente para que se mantenga esta actividad que ha permitido elevar la calidad de vida de muchos uruguayos.

Desde que está vigente el programa se han concretado 136 mil pesquisas, alcanzando la operación 50.000, fundamentalmente por parte de la Brigada Cubana, con aporte de profesionales uruguayos. En agosto de 2014, en la Sala Adela Reta del SODRE se realizó

un acto público de muy alta concurrencia, donde se celebró el logro de la operación 50.000.

Por convenio MIDES-ASSE-BPS (R.D. Nº 42-21/2013), habiendo evaluado por las partes involucradas la experiencia de colaboración recíproca entre las Instituciones del Estado como altamente positiva, se entiende necesaria la reformulación del convenio de fecha 29/07/08, con una nueva estrategia dirigida a implementar acciones que logren resultados aún más eficientes.

El propósito del nuevo convenio, consiste en brindar atención y cuidados transitorios a pacientes operados en el Hospital de Ojos (a través de ASSE), que residan en el interior del país, a usuarios de BPS, pacientes del DE.ME.QUI. residentes en el interior del país que requieran permanencia en Montevideo para su tratamiento, así como beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales de dicho organismo que requieran cuidados transitorios. Asimismo, se incluyen personas que según el MIDES se encuentren en situación de extrema vulnerabilidad bio-sico-social, con alta hospitalaria y posibilidades de recuperación así como otras situaciones especiales que dicho organismo considere y que ameriten cuidados transitorios.

4. Servicios Sociales para Personas con Discapacidad

Los servicios sociales están integrados dentro del marco normativo de la seguridad social, siendo una herramienta válida y efectiva en la instrumentación de prestaciones para las poblaciones más vulnerables. Constituyen un sistema de prevención y satisfacción de necesidades tendientes a erradicar las causas que producen las inequidades sociales.

La articulación de programas de servicios sociales facilita el cumplimiento de los fines de la Seguridad Social orientados al desarrollo y la promoción del ser humano, a la integración social de las personas marginadas y a la priorización de actuaciones dirigidas a los sectores más vulnerables de la población⁴³.

El Área Prestaciones Sociales basa su gestión, procurando complementar la protección básica del sistema de Seguridad Social y promoviendo a través de distintos programas y proyectos un envejecimiento saludable y productivo de las personas mayores, así como la integración social de las personas con discapacidad; procurando optimizar los recursos de la sociedad civil en todo su conjunto. Con esta estrategia de trabajo se valoran las ventajas de la coordinación del Estado con las organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro y adheridas a los referidos programas, a fin de coordinar esfuerzos para las poblaciones objetivo⁴⁴.

4.1 Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil

El Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada que desarrolla Prestaciones Sociales del BPS^{45 46}, brinda beneficios sociales a instituciones que atienden a personas con discapacidad. El programa se propone los siguientes objetivos generales:

⁴³ Código Iberoamericano de Seguridad Social - Principios Fundamentales - Art. 10, Numeral 3.

⁴⁴ En: aprobación de Propuesta de Criterios y Requisitos para la Concesión de Apoyos Económicos, RD Nº 8-20/2008.

⁴⁵ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales para el Repertorio de Políticas Sociales del MIDES.

⁴⁶ El Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada se inicia en el año 1990. Normativa que lo comprende: Artículos 9, 10, 11 y 13 de la Ley Nº 15.800 de 17 de enero de 1986 y Ley Nº 16.095 de 26/10/1989. Actividades principales: a) *Asesoramiento institucional* a través de un equipo multidisciplinario, efectuando

- Favorecer el desarrollo de la Sociedad Civil Organizada, con el fin de promover la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Optimizar la capacidad de autogestión de las organizaciones privadas sin fines de lucro, adheridas a los programas sociales del BPS.

Para ello se propone los siguientes objetivos específicos:

- Procurar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, propiciando la mayor participación posible en la educación.
- Promover una efectiva equiparación de oportunidades y eliminación de barreras arquitectónicas.

Los beneficios se otorgan a las asociaciones civiles sin fines de lucro a nivel nacional, adheridas por convenio al BPS, que prestan servicios sociales a personas con discapacidad. Las instituciones adheridas deben contar con personería jurídica aprobada por el Ministerio de Educación y Cultura y estar registradas como asociación civil sin fines de lucro. El convenio posibilita una colaboración interinstitucional que tiene como finalidad lograr la calidad de vida de los beneficiarios, en este caso las personas con discapacidad.

Las asociaciones civiles para discapacidad están conformadas a través de Centros Educativos, Centros de Rehabilitación, Taller Terapéutico, Taller de Habilitación Ocupacional, Taller Protegido de Producción, Hogar Internado, Hogar alternativo o permanente, Vivienda Tutelada, entre otros.

Los beneficiarios indirectos están integrados por usuarios de las Instituciones y Dirigentes Voluntarios de estas organizaciones sociales.

En el siguiente cuadro se presenta información sobre cantidad de Instituciones de Discapacidad adheridas al Registro Nacional de Instituciones mediante convenio con el BPS.

orientaciones técnicas en forma sistemática. En este sentido, se realiza una evaluación de los proyectos presentados por las diferentes instituciones, en cuanto a viabilidad, alcance, financiación y puesta en marcha, b) *Capacitación para Dirigentes Voluntarios* de las Instituciones adheridas, apuntando a fortalecer el funcionamiento y organización de las instituciones, y la formación de Coordinadoras regionales y redes sociales, c) *Jornadas Técnicas* para dirigentes voluntarios, con énfasis en las autoridades de las instituciones adheridas para favorecer el desarrollo de organizaciones auto-gestionadas que favorezca su autonomía y desarrollo ciudadano y d) *Apoyos Económicos* a las instituciones en convenio, en condiciones no reintegrables y como contrapartida de presentación de proyectos, requerimientos institucionales y servicios sociales para la población objetivo.

Cuadro 26:
Instituciones para Personas con Discapacidad adheridas por convenio al BPS

	Cantidad de instituciones
2005	131
2007	143
2008	145
2009	115
2010	131
2011	171
2012	135
2013	132

Fuente: Repertorio Políticas Sociales – Datos remitidos por Área de Prestaciones Sociales del BPS.

Al año 2013 se cuenta con 132 instituciones en convenio, las cuales están distribuidas en todo el territorio nacional y representan a las organizaciones que atienden a una diversidad de situaciones y de personas con diferentes discapacidades.

En el marco de las prestaciones sociales, los apoyos económicos se han implementado y evolucionado siguiendo la propia dinámica social, en base a criterios técnicos, procurando la optimización de los recursos disponibles en la sociedad.

Los apoyos económicos son fondos no reintegrables, estando protocolizado los requisitos, trámites y controles correspondientes en el destino solicitado. En la R.D. N° 8-20/2008 de 02/04/2008 se aprueban los “Criterios y Requisitos para la Concesión de apoyos económicos por el BPS”. Entre otros aspectos sustanciales, se establece como distribuir los fondos⁴⁷.

En el siguiente cuadro y gráfico se presenta información de los montos anuales que el BPS otorga a las instituciones de personas con discapacidad y el total de apoyos económicos.

Los apoyos económicos que el BPS brinda por año varían según los requerimientos solicitados. En el año 2013, el 17,1% del total de Apoyos se destinaron a instituciones de discapacidad, alcanzando un monto de cerca de 8 millones de pesos. En el período de estudio se observa que el 2010 fue el año en que se destinó el mayor porcentaje a las instituciones de personas con discapacidad alcanzando un 24,4%.

⁴⁷ Esta distribución no debe considerarse con carácter fijo e inamovible, sino que los fondos no afectados en un aspecto deben ser empleados para solventar eventuales carencias en otro. El 70% del fondo se prevé para gastos del Programa ADULTOS MAYORES (Hogares de ancianos, Asociaciones y Clubes de Jubilados y Pensionistas, Centros Diurnos y Servicios Externos), Este porcentaje, a su vez, debe desglosarse en: 65% destinado a los apoyos económicos para el Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada de Personas Mayores y para el Programa de Atención Integral de Personas Mayores en Situación de Calle. 5% destinado al fondo abierto a la presentación de Proyectos Sociales que se propone. El 20% a Instituciones de Personas con Discapacidad. El 5% de Reserva General para situaciones de urgencia o fuerza mayor. El 5% está destinado por Convenios Interinstitucionales, Organización de eventos, Cursos de Capacitación, Concursos literarios, fotográficos, de pintura, etc.

Cuadro 27:

Apoyos económicos en pesos constantes (1) otorgados a Instituciones sin fines de lucro: Total y a Instituciones de Discapacidad. Años seleccionados

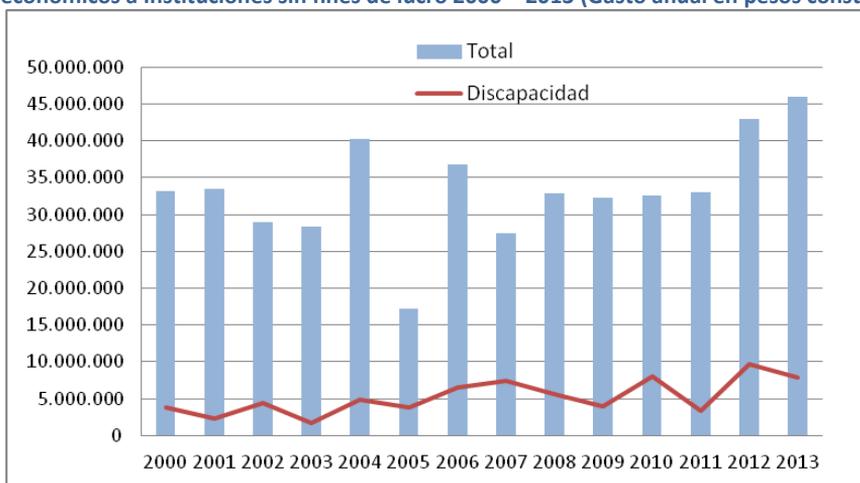
	Total	Discapacidad	%
2000	33.135.405	3.728.316	11,3
2004	40.298.017	4.862.490	12,1
2008	32.909.623	5.570.156	16,9
2009	32.281.374	3.975.368	12,3
2010	32.548.125	7.955.664	24,4
2011	33.079.691	3.414.830	10,3
2012	42.994.678	9.698.680	22,6
2013	45.992.419	7.845.535	17,1

Fuente: Elaborado a partir de información del Área Prestaciones Sociales del BPS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

Gráfico 1.

Apoyos económicos a Instituciones sin fines de lucro 2000 – 2013 (Gasto anual en pesos constantes (1))



Fuente: Elaborado a partir de información del Área Prestaciones Sociales del BPS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2013.

En el siguiente cuadro se muestra la estructura de los apoyos económicos a Instituciones de Discapacidad por rubro del gasto.

Cuadro 28:**Estructura de los apoyos económicos otorgados a Instituciones de Discapacidad por rubro del gasto.****Años seleccionados**

(En porcentajes)

	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2000	7,8	0,0	61,8	0,0	25,1	0,0	3,4	1,9	100,0
2004	0,0	0,0	27,6	30,6	28,3	6,4	5,6	1,6	100,0
2008	0,0	9,3	51,7	24,3	7,6	3,1	4,1	0,0	100,0
2009	0,0	6,3	21,0	0,0	62,9	8,4	1,4	0,0	100,0
2010	0,0	0,0	30,2	24,4	39,4	0,0	3,2	2,8	100,0
2011	0,0	15,0	64,2	14,7	0,0	0,6	1,8	3,8	100,0
2012	0,0	0,0	37,5	29,2	15,0	15,0	1,0	2,2	100,0
2013	0,0	5,3	10,9	13,2	60,4	6,7	0,9	2,5	100,0

Fuente: Elaborado a partir de información del Área Prestaciones Sociales del BPS.

Referencias:

1. Adquisición inmueble
2. Adquisición vehículo
3. Equipamiento
4. Construcción
5. Reforma y/o ampliación
6. Mantenimiento
7. Eventos
8. Otros

Los fondos pueden ser destinados para la adquisición de inmueble, vehículo, equipamiento, construcción, reforma y/o ampliación, mantenimiento, eventos y otros. Se observa que “Equipamiento” y “Construcción” son los rubros en los cuales se destina mayoritariamente los apoyos brindados.

4.2 Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales

En el Programa Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales para Jubilados y Pensionistas de sobrevivencia o viudez del BPS⁴⁸ ⁴⁹, se contempla la situación de discapacidad en varios momentos. Se releva la misma en la etapa de inscripción a través de la aplicación del baremo social para la adjudicación de soluciones habitacionales⁵⁰. Se considera como prioridad a las personas que padecen alguna enfermedad invalidante, en la etapa de selección y al momento de la adjudicación, buscando que el tipo de solución habitacional se adecue a las circunstancias de discapacidad del beneficiario.

Los beneficiarios del programa, cuentan con Viviendas en usufructo y Subsidio de Alquiler para jubilados y pensionistas autoválidos y Cupo cama en Hogares de Ancianos⁵¹ en convenio con el BPS para los beneficiarios no autoválidos. Estas dos últimas soluciones

⁴⁸ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁴⁹ El Programa de Vivienda se inicia en 1987 y está dirigido a los jubilados y pensionistas del BPS. El objetivo es mejorar la situación habitacional y calidad de vida de jubilados y pensionistas de menores recursos, que perciban entre 12 y 24 Unidades Reajustables (a diciembre de 2013 el valor de la UR es de \$ 677,49). El BPS realiza la inscripción, selección, demanda y adjudicación de las soluciones habitacionales. Asimismo tiene a su cargo la administración, mantenimiento y conservación de las mismas. Al MVOTMA le compete la ejecución y supervisión de la construcción de las unidades habitacionales.

⁵⁰ R.D Nº 46-32/2006 del 20/12/2006.

⁵¹ Los Hogares de Ancianos son asociaciones civiles sin fines de lucro que prestan servicio de alojamiento, alimentación y cuidados a las personas mayores. Se encuentran adheridas mediante convenio, al Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada.

habitacionales⁵² se propusieron en el marco del Programa como otras alternativas de vivienda a fin de contemplar las necesidades y requerimientos de las personas mayores beneficiarias del programa. Se comenzaron a otorgar a partir del año 2007.

El Programa contempla la situación de discapacidad en las etapas de la inscripción y selección. El Programa de Vivienda y otras Soluciones Habitacionales del BPS tiene un Registro Nacional de Aspirantes y una Nómina de Beneficiarios a nivel de todo el país. En el cuadro 29 se presenta información sobre la distribución de aspirantes por situación de discapacidad.

Cuadro 29:

Cantidad de aspirantes a Soluciones Habitacionales por tipo de discapacidad. Años seleccionados – Cifra a diciembre de cada año.

	Jubilación ITT	Trámite ITT	Oncológicos	Total
Aspirantes				
2000	218	33	2	253
2004	192	24	11	227
2008	142	23	15	180
2009	195	13	12	220
2010	295	19	14	328
2011	306	11	10	327
2012	298	3	12	313
2013	342	7	0	349

Fuente: Centro Servicio Desarrollo de Prestaciones - Área Prestaciones Sociales del BPS. Informe de fecha 13/10/2014.

Nota: **Jubilación ITT**: contiene la cifra de personas en estado de aspirante con jubilación por incapacidad física total para toda tarea. **Trámite ITT**: contiene la cifra de personas que se inscribieron para una solución habitacional y que tenían una jubilación por incapacidad en trámite. **Oncológicos**: contiene cifras de personas que se inscribieron para una solución habitacional, que tenían una jubilación o pensión ya otorgada, pero que además presentaron documentación acreditando la enfermedad que padecen.

De los Aspirantes al Programa de Vivienda que al momento de inscripción cuentan con alguna situación de discapacidad, se observa que desde el año 2010 a la fecha se registra un aumento de solicitudes. Para el año 2013 se plantea el mayor dato con 349 trámites, siendo la condición de Jubilación por Imposibilidad Física Total para toda tarea, la que presenta mayor cantidad. La enfermedad oncológica es la condición que presenta las cifras menores; en el año 2013 no se registra trámite. De acuerdo a las normas vigentes, los pensionistas por invalidez no tienen derecho a este Programa.

El siguiente cuadro muestra información sobre beneficiarios de Soluciones Habitacionales según tipo de discapacidad.

⁵² Las alternativas de soluciones habitacionales: cupos – camas en Hogares de Ancianos y subsidio alquiler fueron planteadas en la R.D. N° 32-2/03 de 24/09/2003 y en la R.D. E 1 – 6/04 de 14/06/04.

Cuadro 29.1:
Cantidad de Beneficiarios de Soluciones Habitacionales por tipo de discapacidad – Año 2013

	Mujer	Hombre	Total	%
Imposibilidad Física				
No	4.104	1.723	5.827	97,6
Si	110	32	142	2,4
Total	4.214	1.755	5.969	100,0
Paciente Oncológico				
No	4.170	1.720	5.890	98,7
Si	44	35	79	1,3
Total	4.214	1.755	5.969	100,0

Fuente: Sistema de Información para Vivienda y otras soluciones habitacionales del BPS.

A través del tipo de prestación que recibe el beneficiario⁵³ (jubilación por causal incapacidad) y según prescripción médica como paciente oncológico, baremado por las oficinas de salud del BPS, se puede observar qué beneficiarios del programa presentan alguna discapacidad. Del cuadro surge que el 2,4% tiene imposibilidad física y el 1,3% es paciente oncológico. La estructura por sexo muestra que la mujer presenta una proporción mayor tanto en la condición de imposibilidad física (77%) como en la de paciente oncológico (56 %).

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios por tipo de Soluciones Habitacionales.

En el año 2013 se registraron 254 soluciones cupo cama (4,3% del total), las que se destinaron para beneficiarios/as que no pueden valerse por sí mismos/as⁵⁴ lo que posibilita que la población con discapacidad pueda ser atendida en los Hogares de Ancianos en convenio con BPS.

⁵³ En base al padrón de "Aspirantes", se adjudica la solución habitacional, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Inscripción, Selección y adjudicación de Soluciones Habitacionales para Jubilados y Pensionistas. El reglamento establece entre otros, la nómina de aspirantes que accederán a una solución habitacional. La persona es "Adjudicataria" desde la fecha establecida en la Resolución de Directorio hasta la fecha en la que recibe definitivamente la solución habitacional y hace usufructo de la alternativa, pasando de esta forma a ser "Beneficiario" del programa.

⁵⁴ Se debe tener en cuenta que a partir del año 2007 se implementó el sistema de otras soluciones habitacionales (Sistema de Información para viviendas y otras soluciones habitacionales).

Cuadro 29.2:
Cantidad de Beneficiarios por tipo de Soluciones Habitacionales Año 2013

Tipo de Solución Habitacional	Mujer	Hombre	Total	%
Vivienda	3.562	1.539	5.101	85,5
Cupo Cama	202	52	254	4,3
Subsidio Alquiler	426	153	579	9,7
Sin Dato	24	11	35	0,5
Total General	4.214	1.755	5.969	100,0

Fuente: Sistema de Información para Vivienda y otras soluciones habitacionales del BPS.

En el cuadro se puede observar que un 85,5% de personas residen en viviendas, un 4,3% son usuarios de cupo cama en Hogares de Ancianos y un 9,7% utilizan la alternativa de Subsidio Alquiler.

Con relación a la construcción de viviendas para jubilados y pensionistas del BPS, se establece en las Bases Técnicas Generales para la Construcción de Viviendas Agrupadas, que un 15% se destinen para “usuarios minusválidos”⁵⁵.

La construcción de las viviendas destinadas a los jubilados y pensionistas del BPS debe cumplir con lo dispuesto en las Normas UNIT⁵⁶ relativas a Accesibilidad al Medio Físico, las que se detallan en la tabla siguiente.

⁵⁵ Se toma como referencia un Pliego de Condiciones Particulares para el Llamado a Licitación Pública Nacional para el Suministro De Terreno, Diseño y Construcción de dos Conjuntos de Hasta 20 Viviendas y Salón de Usos Múltiples (S.U.M.) Cada uno para Pasivos del BPS en las ciudades de Rivera y Tacuarembó Mediante el Sistema Contrato De Obra "Llave En Mano", aplicable al Llamado No. 04/002/10. Sección IV “Bases Técnicas Generales para la construcción de viviendas agrupadas – Numeral 6.1 – Sección 6.1.1 Tipo de Viviendas, Año 2010. http://www.deuruquay.net/ministerio/index.php?option=com_content&view=article&id=9981022:licitacion-publica-no-040022010-construccion-y-suministro-de-dos-conjuntos-de-viviendas-para-pasivos-del-bps-en-las-ciudades-de-rivera-y-tacuarembó&catid=49:licitaciones&Itemid=82

⁵⁶ Sección VI Numeral 79 Accesibilidad al Medio Físico – Pliego Condiciones referido punto 1.

Tabla 1:
Normas UNIT de accesibilidad al medio físico exigidas en la construcción de viviendas para jubilados y pensionistas del BPS

<i>Normas UNIT N°:</i>	<i>Disposición en la materia</i>
200:2004	Accesibilidad de las personas al entorno edificado, niveles de accesibilidad recomendables
0905:2006	Accesibilidad de las personas al medio físico, rampas fijas adecuadas y básicas.
0907:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, pasillos y galerías. Características generales
0967:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico, espacios urbanos. Vías de circulación peatonales horizontales.
0969:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico. Espacios urbanos. Cruces peatonales a nivel y puentes peatonales.
1020:2007	Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios y espacios urbanos. Servicios sanitarios accesibles.
1089:2007	Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios, cocinas accesibles.
313:2007	Ascensores de pasajeros, seguridad para la construcción e instalación, requisitos particulares para la accesibilidad de las personas, incluyendo las personas con discapacidad.

Fuente: Pliego de Condiciones Particulares para el Llamado a Licitación Pública Nacional para el Suministro De Terreno, Diseño y Construcción de dos Conjuntos de Hasta 20 Viviendas y Salón de Usos Múltiples (S.U.M.) Cada uno para Pasivos del BPS en las ciudades de Rivera y Tacuarembó Mediante el Sistema Contrato De Obra "Llave En Mano", aplicable al Llamado No. 04/002/10.

Como complemento de esta prestación, la unidad de Prestaciones Sociales del BPS implementa distintos proyectos de carácter preventivo, considerando a grupos de población mayor más vulnerables. En este sentido existe convenio con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica a través del cual, se dan servicios de podología, pedicuría y psicomotricidad a los jubilados y pensionistas de algunos complejos habitacionales del BPS.

4.3 Programa de Turismo Social

En el marco del Programa de Turismo Social del BPS^{57 58}, se incluyen a las personas con discapacidad beneficiarias de las instituciones adheridas al BPS.

En este sentido, las personas con discapacidad pueden usufructuar las estadias vacacionales que incluyen servicios de alojamiento, comida y recreación, a costos accesibles.

⁵⁷ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁵⁸ El Programa Turismo Social comenzó en el año 1987 y tenía como fin el de ofrecer ambientes de esparcimiento y satisfacer las necesidades afectivas y recreativas de las personas mayores. Su objetivo inicial se amplió, el que se formula de la siguiente forma: "Brindar a los participantes viajes accesibles con servicios de calidad, que enriquezcan el tiempo libre y contribuyan al desarrollo de las personas". "Lograr impacto socio cultural y económico en las comunidades locales y generar puestos de trabajo en todo el país, al potenciar recursos que de otra forma estarían inoperantes parte del año".

Se promueven estadias vacacionales en diferentes emplazamientos turísticos del país para los usuarios de las instituciones adheridas a los programas sociales del BPS, siendo fundamental la existencia de costos accesibles. En todos los casos se brinda alojamiento y algunos centros vacacionales también incorporan la alimentación. El BPS cuenta con un Centro propio y a través de convenios con otros organismos públicos e instituciones privadas, completa la oferta de alternativas vacacionales y gestiona el sistema de turismo social, contemplando a las poblaciones de menores recursos que directamente no podrían acceder a estadias vacacionales.

Las instituciones sin fines de lucro adheridas al BPS para personas mayores y personas con discapacidad, brindan a sus asociados (afiliados a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, usuarios de Clubes de Tercera Edad, Centros de Rehabilitación, Talleres, entre otros), el servicio de la tramitación para estadías vacacionales ante el BPS, coordinación de locomoción y organización de los aspectos de alimentación.

En el cuadro y gráfico que siguen se presentan estadísticas de las instituciones y personas con discapacidad que usufructuaron la Colonia Raigón⁵⁹.

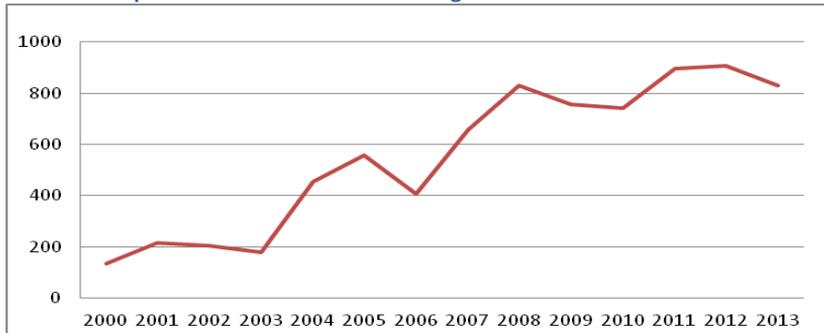
Cuadro 30:
Instituciones de discapacidad y concurrentes al Centro Educativo Raigón. Años seleccionados

	Instituciones	Concurrentes
2000	5	135
2004	9	453
2008	21	830
2009	20	757
2010	21	742
2011	30	896
2012	30	907
2013	24	829

Fuente: Área Prestaciones Sociales del BPS.

Se observa que a partir del año 2004 se inicia un incremento de participantes con discapacidad, duplicando la cantidad para el año 2008. En el 2012 se alcanza la mayor concurrencia de usuarios.

Gráfico 2.
Concurrentes con discapacidad al Centro Educativo Raigón 2000 - 2013



Fuente: Área Prestaciones Sociales del BPS.

⁵⁹ La Colonia Raigón o Centro Vacacional "Martín O. Machiñena" de la localidad de Raigón en el Departamento de San José posee un entorno natural y ofrece una amplia gama de servicios. Es propiedad del BPS y fue la colonia de vacaciones de Asignaciones Familiares. En los últimos tiempos ha tenido significativos cambios a nivel de infraestructura: piscina cerrada, nuevo gimnasio, salón de eventos, alojamientos existentes remozados y nuevos pequeños alojamientos. La infraestructura recientemente modernizada contempla las normas técnicas de accesibilidad.

5. Determinación de las discapacidades

Se encuentran acreditadas ante este Instituto un gran número de discapacidades, las que pueden generar derecho a una prestación o no.

Existen varios instrumentos válidos para acreditar la discapacidad ante el organismo. En algunas situaciones se utiliza el Baremo elaborado por el BPS y en otras la declaratoria judicial de incapacidad o la certificación de la misma por el Patronato del Psicópata de acuerdo a la Ley Nº 13.711 de 29 de noviembre de 1968.

5.1 Baremo

“El Baremo es una recopilación de normativas para hacer más seguro un trabajo. Hay Baremos para determinar ingresos y ascensos en las áreas de recursos humanos de las empresas modernas. El Baremo para la valoración del grado de invalidez es la normativa para determinar los grados de las incapacidades laborales”⁶⁰.

Desde una óptica más organizacional, se puede apelar a la descripción que realiza el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) perteneciente al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Glosario de Gerontología y Geriatría:

“Conjunto de variables que sirven para examinar y valorar las solicitudes dirigidas a la administración para obtener algunos de los servicios o beneficios sociales ofrecidos por ella: plazas en residencias de ancianos, ayuda a domicilio, reconocimiento y declaración del grado de minusvalía, con el propósito de decidir las personas necesitadas del servicio o beneficio social”⁶¹.

En Uruguay, por Decreto Nº 381/998 del 24/12/1998, se aprobó en su artículo 1º, el proyecto de Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO), que fuera elaborado por técnicos del BPS en consulta con las compañías aseguradoras. En el artículo 2º se determinó que con un 66% o más de invalidez se configura incapacidad absoluta para todo trabajo y en el artículo 3º se expresa que el subsidio transitorio por incapacidad parcial se configura con un 50% o más de invalidez, valorándose aquellas incapacidades que incidan en el desempeño del empleo o profesión habitual correspondiente. Además expresa que el BPS en forma excepcional puede conceder el subsidio a quienes no alcancen el porcentaje requerido, siempre que la incapacidad constatada incida en forma determinante y decisiva en la imposibilidad de desempeñar el empleo o profesión habitual.

En el Decreto Nº 382/998 de la misma fecha que el anterior, que trata sobre la determinación de incapacidades y Comisiones Técnicas, se establece el procedimiento para determinar la incapacidad. El artículo 1º se refiere al ámbito objetivo de aplicación, y establece que están comprendidas todas las actividades amparadas por el BPS.

El artículo 23 de este decreto fue modificado por el Decreto Nº 193/999 en cuyo considerando I) se expresa: “que el Banco de Previsión Social es el organismo encargado de la puesta en práctica de la normativa aprobada por el Decreto 382/998, y por lo tanto el

⁶⁰ Extraído de la exposición realizada por el Dr. Jorge Mautone en representación del BPS, en la “Jornada sobre Baremos, Comisiones Médicas, Subsidios Transitorios, Jubilaciones y Pensiones por Incapacidad”, realizada el 5/04/2001 ante la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social de la Cámara de Senadores.

⁶¹ PORTAL MAYORES (2007) “Glosario especializado en Geriatría y Gerontología [Fecha de publicación: 15/02/2007].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>

más indicado para aprobar el Manual de Procedimientos correspondiente”. Por lo tanto el artículo 23 queda redactado de la siguiente forma:

“(Manual de procedimiento). Al Banco de Previsión Social le corresponde aprobar el Manual de Procedimientos y sus modificaciones para la puesta en práctica de las normas de este Decreto”.

A los efectos de ilustrar en lo posible sobre la complejidad del tema se transcribe un párrafo de la intervención del Dr. Jorge Mautone en la Jornada sobre Baremos, Comisiones Médicas, Subsidios Transitorios, Jubilaciones y Pensiones por Incapacidad⁶² “Cabe señalar que las puntuaciones del Baremo y la reglamentación del 50% para la incapacidad en su tarea y el 66% para todo trabajo, a pesar de ser elementos independientes, son factores que actúan como un sistema. Por esta razón, técnicamente es imposible decir que el 66% es mucho o es poco, porque si la puntuación del Baremo por una paraplejía fuese del 30%, aquel porcentaje sería altísimo y si, por ejemplo, la puntuación de la pérdida del dedo pulgar se ubicara en el 70%, el 66% sería bajísimo. Es por eso que al considerar las dos variables, todos los países dejan fija la norma legal exigida por la incapacidad y modifican periódicamente el puntaje que acredita el Baremo.”

Más adelante en su alocución el Dr. Mautone expresa: “Debemos destacar que al ser difícil llevar a una expresión numérica hechos biológicos, se introdujeron factores complementarios que hace que el Baremo que utilizamos se denomine Baremo humanizado. Hay diversos factores que se tienen en cuenta para las jubilaciones. Uno de ellos es la edad, ya que a mayor edad es muy difícil la recuperación y también conseguir un nuevo empleo ... otro factor es la instrucción, porque se tiene en cuenta que a menor instrucción es más difícil realizar un cambio de empleo y ... por último, se tiene en cuenta la tarea realizada.” “... Para las pensiones, los factores que se valoran son la instrucción -al igual que las jubilaciones- y el medio socioeconómico”.

Luego de la vigencia del Baremo, se hizo necesaria la actualización y el perfeccionamiento del sistema, por lo cual el BPS se encargó de dicho ajuste. Por decreto N° 200/003 de 22/05/2003, se aprobó la revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (baremo), mediante la modificación del artículo 1° del decreto 381/998.

Dado que el Baremo se considera perfectible (informe de la Gerencia de Área Medicina Laboral de fecha 23 de febrero de 2006) y por lo tanto debe ser revisado periódicamente, por RD N° 7-6/2006 el Directorio dispuso la creación de un Grupo de Trabajo a fin de estudiar y proponer a) cambios a los procedimientos de determinación de las incapacidades laborales contenidos en el Decreto N° 282/998, b) eventuales reformas legislativas en materia de las prestaciones económicas que cubren las incapacidades laborales en todas sus manifestaciones y c) eventuales reformas a la incidencia de los factores complementarios en el Baremo para las prestaciones contributivas y la pensión por invalidez.⁶³

⁶² Idem nota 51.

⁶³ Por R.D. N° 10-23/2006 se modifica este literal de la siguiente manera: “c) La revisión integral del baremo vigente para el otorgamiento de todas las prestaciones servidas por el organismo, incluyendo la incidencia de los factores complementarios tanto en las prestaciones contributivas como en la pensión por invalidez”.

En octubre de 2013, por decreto N° 306/013, se aprueba la segunda revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (baremo), el que deroga los decretos N° 381/998 de diciembre de 1998 y N° 200/003 de mayo de 2003. Esta norma en su considerando II) expresa que "...se entiende conveniente modificar la normativa reglamentaria en lo que refiere a la determinación de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual prevista por el artículo 22 de la Ley N° 16.713 de 3 de setiembre de 1993, de modo de adecuar la valoración de dicha incapacidad a las características del puesto de trabajo, flexibilizando la exigencia de un porcentaje mínimo de incapacidad del 50%."

Para determinar la discapacidad a los efectos de la incorporación al Plan de Equidad, los servicios médicos del BPS realizan la certificación de la discapacidad física o psíquica. En los casos de niños, niñas o adolescentes que padezcan discapacidad psíquica, la misma se puede acreditar mediante certificación que al efecto expida el Registro creado por la Ley N° 13.711.

5.2 Estadísticas de trámites de solicitudes de beneficios

De las prestaciones del BPS para personas con discapacidad que se han detallado en este trabajo, el Baremo se aplica para la determinación de las Jubilaciones por Incapacidad Total, Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial, Pensiones de Supervivencia y Pensiones de Invalidez.

El Baremo también se utiliza para determinar la incapacidad física de los aspirantes inscriptos al Programa de Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales de los Jubilados y Pensionistas del BPS.

Asimismo, a los efectos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Baremo se utiliza para determinar la discapacidad del hijo del asegurado, del cónyuge o de la concubina.⁶⁴

Se presentan algunos datos de gestión relativos a solicitudes por incapacidad física, por estado del trámite y por tipo de beneficio.

⁶⁴ Por decreto 2/008 del 8/01/2008 artículo 15, se dispone que la condición de discapacidad sea dictaminada por los servicios especializados del BPS.

Cuadro 31:
Solicitudes de prestaciones por incapacidad física por estado del trámite, según tipo de beneficio

Año		Concluidas				% Otorgadas
		Ingresadas	Otorgadas	Negadas	Pendientes	
2008	Jub. Invalidez	3.845	3.347	222	276	87,0%
	Pens. Invalidez	14.345	7.903	4.438	2.004	55,1%
	Pens. Sobrev.	202	---	---	---	
	Vivienda	87	---	---	---	
	SNIS	11	---	---	---	
	Totales	18.490				
2009	Jub. Invalidez	6.021	4.427	198	1.396	73,5%
	Pens. Invalidez	13.574	8.496	4.651	427	62,6%
	Pens. Sobrev.	192	---	---	---	
	Vivienda	73	---	---	---	
	SNIS	3	---	---	---	
	Totales	19.863				
2010	Jub. Invalidez	7.707	7.229	388	90	93,8%
	Pens. Invalidez	14.817	10.222	4.731	---	
	Pens. Sobrev.	185	---	---	---	
	Vivienda	49	---	---	---	
	SNIS	2	---	---	---	
	Totales	22.760				
2011	Jub. Invalidez	6.193	3.694	98	---	59,6%
	Pens. Invalidez	11.313	4.509	823	---	39,9%
	Pens. Sobrev.	87	73	2	---	83,9%
	Vivienda	24	---	---	---	
	SNIS	---	---	---	---	
	Totales	17.617				
2012	Jub. Invalidez	6.098	3.695	120	---	60,6%
	Pens. Invalidez	13.389	6.403	583	---	47,8%
	Pens. Sobrev.	92	85	0	---	92,4%
	Vivienda	57	---	---	---	
	SNIS	2	---	---	---	
	Totales	19.579				
2013	Jub. Invalidez	8.222	5.073	151	---	61,70%
	Pens. Invalidez	10.431	3.719	404	---	35,66%
	Pens. Sobrev.	184	155	8	---	84,23%
	Vivienda	50	---	---	---	
	SNIS	3	---	---	---	
	Totales	18.837				

Fuente: Peritajes Médicos de Gerencia de Prestaciones de Salud; Ring de Prestaciones.

Los totales de solicitudes de peritajes ingresadas entre los años 2008 y 2013 han oscilado entre 17.617 y 22.760. De las Jubilaciones por Invalidez ingresadas, fueron otorgadas alrededor del 85% entre los años 2008 y 2010, y alrededor del 61% entre los años 2011 y 2013. De las Pensiones por Invalidez ingresadas, fueron otorgadas entre los años 2008 y 2010 el 61% y entre los años 2011 y 2013 se otorgó el 41%.

Con respecto a las Ayudas Extraordinarias, a los efectos de obtener una aproximación del volumen de trabajo anual que implican estas prestaciones, se presenta la valoración del trámite de las solicitudes de AYEX para los años 2008 a 2013.

Cuadro 32:
Solicitudes de AYEX según estado del trámite

	Otorgada	Cumplida	Denegada	Fin de trámite	Pendiente	Baja	Suspendida	Total
2008	---	16.692	44	765	---	200	70	17.771
2009	---	16.990	228	2.087	1	209	48	19.563
2010	---	18.441	222	2.004	9	347	39	21.062
2011	15.888	2.280	205	823	---	323	109	21.601
2012	19.452	2.514	316	517	---	573	279	25.937
2013	19.183	2.208	371	961	---	213	313	23.249
Total	54.523	59.125	1.386	7.157	---	1.865	858	129.183

Fuente: Gerencia de Prestaciones de Salud.

Desde el año 2008 al año 2013, se encuentran cumplidas 59.125 solicitudes de AYEX (45,8% del total), lo que significa que ha finalizado el período de prestación del servicio; 1.386 solicitudes fueron denegadas y 7.157 finalizaron el trámite en forma automática debido al vencimiento del plazo para realizar alguna acción por parte del solicitante.

En el año 2013, del total de 23.249 solicitudes de AYEX presentadas, el 83% fueron otorgadas (19.183), un 9% cumplieron el período de prestación de servicios (2.208), el 2% fueron denegadas y un 4% finalizaron en forma automática debido al vencimiento del plazo.

6. Promoción y capacitación en temas de discapacidad

6.1 Centro de Formación del BPS con accesibilidad

El BPS inauguró en el año 2009 el Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración (CESS)⁶⁵. A estos efectos se acondicionó el Edificio Brena ubicado en Montevideo, 18 de Julio 1912, siendo accesible de acuerdo a las normas UNIT 200:2010 aprobadas por el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, referidas a la Accesibilidad de las personas al medio físico.

El Centro tiene como finalidad impulsar la capacitación en Seguridad Social, mediante el dictado de cursos para distintos colectivos, entre ellos las instituciones de la sociedad civil organizada. Es utilizado para eventos a nivel nacional e internacional con participantes de diversas formaciones como profesionales, trabajadores, empresarios, dirigentes voluntarios y personas de la sociedad civil. Se destaca la asistencia de personas para formarse o actualizarse en la temática de la discapacidad.

⁶⁵ La inauguración formal se efectuó el 10/12/2009.

Se presentan un cuadro y una tabla que detallan los cursos que han sido impartidos en el Centro de Estudios del BPS, relativos a temas de la discapacidad.

Cuadro 33:
Cursos relacionados a la discapacidad en el Edificio Brena

	Cursos	Participantes
2010	5	413
2011	17	1.114
2012	10	770
2013	43	1.775

Fuente: Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

Los eventos desarrollados en el período 2010 – 2013 presentan una amplia gama de modalidades que van desde seminarios a jornadas de formación. El mayor número de participantes se registró en el año 2013. Se observa que los convocantes refieren tanto a organizaciones internacionales en coordinación con órganos estatales, como a instituciones sin fines de lucro relacionadas con la discapacidad.

Tabla 2:
Modalidad de cursos y temas desarrollados

Evento	Temática	Organizaciones vinculadas
Encuentro Nacional	Experiencia Discapacidad y Salud Bucal	OPS/OMS/BPS
	Difusión de la Estrategia Prevención y Control Enfermedades Crónicas No Transmisibles	OPS
	Reunión de Intercambio por el Proyecto de cooperación Técnica en Salud Mental entre Chile y Uruguay	OPS
Curso Formación	Estrategia Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEP)	OPS/OMS/MSP
	Pesquisa Neonatal	BPS
	Realidad, Mitos y Prejuicios sobre Alzheimer	CICAM
	Formación de formadores de cuidadores de personas adultas mayores.	
	Medicina Paliativa: una necesidad impostergable	ASSE
Charla	Fortalecimiento de las capacidades para la participación social en Salud	IMM
	Educación Inclusiva “Una realidad posible”	Asociación Down del Uruguay
Jornada	Inserción Laboral “Proyecto de Vida”	Federación Uruguaya de Asociaciones de Padres de Personas con discapacidad Intelectual.
	Sistema Nacional de Cuidados	MIDES

	Discriminación y Estigma	
	Plan Estratégico Nacional (Discriminación y Estigma)	
	Visita Asesor regional de Salud Mental	OPS
	Discusión sobre atención de niños con problemas de desarrollo	MSP -ASSE
	2as. Jornadas de Bioética, Derechos Humanos y Discapacidad.	BPS
	3as. Jornadas de Bioética, Derechos Humanos y Discapacidad	BPS
	Enfermedades Neonatal	
	Mes Mundial del Alzheimer	
Debate	Personas con discapacidad	MIDES
Seminario Internacional	Servicios Sociales y Sistemas de Cuidados	BPS – Área de Servicios Sociales
Ceremonia	Inaugural de Inicio cursos Cuidadoras y entrega de certificados a formador de formadores	
	Egreso de Cuidadores – Entrega Certificados	
Evaluación	Sobre curso Cuidadores con participación de Ministros	
	Taller de Seguimiento sobre la implementación de las nuevas prestaciones en salud mental	
	Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física de la Facultad de Medicina	OPS
	PRAT	OPS
Ciclo	Formación en Rehabilitación – Integración Social y Enfermedad Mental	

Fuente: Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

De las temáticas abordadas se observa que las relacionadas a cuidados han tenido mayor cantidad de eventos.

Con relación a los cursos de cuidados es importante destacar que el BPS mediante convenio⁶⁶ con la Fundación ASTUR⁶⁷, en el marco del Sistema Nacional de Cuidados, implementa el Proyecto “Cuidar Mejor”⁶⁸. En este sentido se conforma una Comisión

⁶⁶ Se celebró el 25 de junio de 2012, destacando la presencia del actual Presidente de la República José Mujica y el titular de la fundación ASTUR, Cr. Enrique Iglesias.

⁶⁷ Es una organización no gubernamental que aspira a contribuir al progreso de la sociedad uruguaya en reconocimiento de lo recibido por los inmigrantes españoles. Su misión es crear un ámbito de reflexión para promover y desarrollar programas que contribuyan a mejorar aspectos sociales, económicos, culturales y políticos de nuestro país. Tiene como vocación promover y administrar proyectos cuyos objetivos conduzcan a mejorar las condiciones de vida y el pleno ejercicio de los derechos de franjas vulnerables de la población. Su sede se encuentra en Uruguay, siendo su Presidente el Cr. Enrique Iglesias.

⁶⁸ Programa de Formación y Capacitación de Cuidadores/as de personas adultas mayores y personas con discapacidad. Pretende dotar de conocimientos, herramientas, habilidades y actitudes para el adecuado desempeño en la atención de personas mayores y dependientes.

Interdisciplinaria integrada entre otros, por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Salud Pública y la Comisión del Sistema Nacional de Cuidados.

La Fundación ASTUR, con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y con la dirección del Centro de Humanización de Salud – Camilos de España⁶⁹, líder mundial en temas de atención al adulto mayor, son los referentes del proyecto Cuidar Mejor.

El objetivo general del Programa de Formación y Capacitación de Cuidadores incluye “Mejorar la calidad de vida de personas dependientes necesitadas de acompañamientos y cuidados” y brindar “Formación y capacitación especializada a cuidadores de personas con diferentes grados de dependencia, en los cuidados físicos, psicológicos y emocionales”.

Los contenidos de los cursos abarcaron módulos en el área psicosocial (gerontología psicosocial, psicología y psiquiatría, relación de ayuda, animación socio cultural), en el área sanitaria (medicina, enfermería teórica, enfermería general, enfermería de urgencias, nutrición y alimentación, rehabilitación y terapia ocupacional), y en el área ético legal. Especialmente se trataron los temas de género, los derechos humanos del adulto mayor y persona con discapacidad, definición de cuidados para el Uruguay y políticas de salud dirigidas a las poblaciones beneficiarias. También se contó con un módulo de capacitación en comunicación y metodología docente y de visitas institucionales.

La estructura de la acción formativa se orientó en tres ejes principales: 1) humanización de la atención en salud: análisis desde el marco de los derechos humanos, 2) formación de formadores: una perspectiva desde la comunicación y la metodología docente y 3) perspectiva social y laboral (Derecho Laboral a cargo de MTSS, Seguridad Social a cargo de BPS y Cuidados y género en el cuidado a cargo del MIDES).

En el marco de una experiencia piloto, se desarrollaron dos tipos de cursos: formación de formadores de cuidadores/as de personas adultas mayores (se impartieron dos instancias) y formación de cuidadores/as de personas adultas mayores (se brindaron a la fecha cuatro instancias). Los cursos no tienen costos para los participantes. Se iniciaron en el año 2012 y continúan en 2013 (en Anexo I, se brinda mayor detalle). Cada curso, tiene una sección presencial⁷⁰ con cupos para 20 participantes en dos turnos (matutino y vespertino), una fase de estudio a distancia guiado por tutorías quincenales y una sección similar a la inicial de consolidación del aprendizaje y evaluación. Se contó con un Manual Básico y Seminario con participación de técnicos de alto nivel vinculados a los temas tratados⁷¹.

6.2 Curso de capacitación para la función de Asistentes Personales

El CESS del BPS, en coordinación con Gerencias de la Institución (Prestaciones Sociales y Prestaciones de Salud) y los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Salud

⁶⁹Religiosos Camilos. Es una entidad sin fines de lucro con sede en Madrid, que ofrece un conjunto de servicios dentro del campo de los cuidados asistenciales, la formación y la intervención social, desde hace 30 años. www.humanizar.es

⁷⁰ En Montevideo, en el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS, ubicado en 18 de Julio 1912. También en el Interior (Salto).

⁷¹ Información proporcionada por el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

Pública (MSP) y Desarrollo Social (MIDES), desarrolló y validó la trama curricular del curso acreditante de la condición de Asistente Personal⁷². Asimismo, realizó la capacitación del primer equipo de formadores de Asistentes Personales y comenzó a implementar las primeras ediciones del curso (agosto 2014).

El diseño del curso consta de diferentes etapas que tienen relación con: i) Conformación del Equipo Técnico de Trabajo; ii) Determinación de los objetivos, temas y planificación de trabajo; iii) Elaboración del programa del curso "Formación de Formadores de Asistentes Personales"; iv) Primer curso a Formadores y conformación del Equipo de Formadores; v) Elaboración del Programa del Curso de Formación para la función de Asistentes Personales y vi) Dictado del curso para la función de Asistentes Personales.

La Formación a los Formadores del curso ha contado con un módulo adicional a cargo del Centro de Humanización de la Salud, Los Camilos, España ("Humanización del cuidado" a cargo de la Psic. Yolanda López). Asimismo, se desarrolló un módulo complementario "Metodología Docente" a cargo del equipo de Planificación y Programas del CESS.

El equipo de Formadores para los cursos destinados a Asistentes Personales, está conformado con personal de BPS de acuerdo a su formación específica, experiencia y a su especial inclinación en temas de discapacidad y cuidado.

La capacitación para la función de Asistente Personal está dirigida específicamente a quienes desarrollan tareas como Asistentes Personales en la actualidad o aspiran a desarrollarlas en el futuro.

En Anexo III se amplía información sobre los objetivos y contenidos del Curso para Asistente Personal.

7. Ámbitos de participación del BPS en temas de discapacidad

La Ley N° 18.651 de fecha 19/02/2010 de Protección Integral de Personas con Discapacidad, actualiza la ley N° 16.095 de 26/10/1989, proporcionando el marco normativo para la protección de la discapacidad, con el fin de promover una mejor calidad de vida para las personas con discapacidad, de forma de asegurarles la atención médica, la educación y la rehabilitación física, psíquica y social.

El BPS ha participado en Comisiones de Trabajo Interinstitucional junto a diversos órganos legislativos y del ejecutivo: MTSS, MIDES, MSP y la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, con la finalidad de reglamentar la ley 18.651, con autoridades del Organismo y representantes especializados^{73 74}.

En el ámbito del BPS, se ha dispuesto por R.D. N° 18-34/2010 de 23/06/2010 la creación de un Grupo de Trabajo para estudio de la Ley 18.651 y designación de representantes del BPS para intercambio de información con otros Organismos^{75 76}.

⁷² Se considera Asistente Personal a la persona capacitada que en forma directa y personal asiste al beneficiario en las actividades básicas de la vida diaria. Las tareas a cumplir pueden consistir en el apoyo para levantarse de la cama, facilitar la higiene, vestido, alimentación, movilización y desplazamiento, trabajo, estudio y recreación entre otras.

⁷³ Comunicado de ANexo de 13/07/2010 – Ya está resuelto Sesión Ordinaria N° 18 de 23/06/2010.

⁷⁴ En este sentido por R.D. N° 20-20/2011 de 13/07/2011, el Directorio del BPS resolvió ratificar los informes de fechas 07.05.2010, 10.05.2010 y 02.08.2010, elaborados por el Grupo de Trabajo relativos a la Ley 18.651. Comunicar los referidos informes a las Comisiones del Palacio Legislativo a cargo del estudio de este tema y a los Ministerios de Economía y Finanzas, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social y Desarrollo Social.

⁷⁵ Resolución de Gerencia General del BPS N° 107/2010 de 05.05.2010. Grupo de Trabajo Ley 18.651.

7.1. Sistema Nacional de Cuidados

Por Resolución Presidencial N° 863/010 de 31/05/2010 se creó un Grupo de Trabajo con la finalidad de diseñar el Sistema Nacional de Cuidados, cuya conducción la ejerce el Consejo Coordinador de Políticas Sociales que funciona en el ámbito del Gabinete Social y está integrado por los Ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas, Desarrollo Social y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, convocando al Banco de Previsión Social, Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay, Administración Nacional de los Servicios de Salud del Estado y a los Gobiernos Departamentales y Municipales. Se prevé además poder invitar a diferentes Organizaciones Académicas y Organizaciones No Gubernamentales.

Esta resolución tiene como finalidad atender la necesidad de las personas que encontrándose en especiales situaciones de vulnerabilidad, necesitan apoyo para el desarrollo de su actividad en la vida diaria, a fin de obtener mayores niveles de autonomía personal. En este aspecto se considera a las personas en situación de dependencia: niñas y niños pequeños, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Al considerar a la dependencia como un nuevo riesgo social demandado por la población según edad o discapacidad, se define el cuidado como: “Una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, asociada al ciclo de vida de las personas.

Se trata de acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria”⁷⁷.

En el año 2011 en base a un documento de lineamientos, se elaboraron aportes conceptuales y un Plan de Trabajo para el diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de “Debate Nacional” a desarrollarse durante el año. El mismo comprende, entre otros, la participación de actores sociales, políticos, institucionales y académicos, apuntando a la identificación del cuidado como asunto de todos/as y al intercambio sobre modelos de respuesta adecuados a la realidad de nuestro país, que garanticen el derecho al cuidado como parte de una matriz de protección social más igualitaria.

En 2012 se presentó un documento final denominado “Hacia un Modelo Solidario de Cuidados” con propuestas para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados, el que contiene información relativa a: la introducción al tema de cuidados, el marco conceptual y político, la consolidación del sistema en el proceso de consulta hacia la población, propuestas de cuidados para las tres poblaciones prioritarias, financiamiento, institucionalidad, baremo de dependencia y aspectos de género a considerar.

⁷⁶ En este sentido por R.D. N°20-20/2011 de 13/07/2011, el Directorio del BPS resolvió ratificar los informes de fechas 07.05.2010, 10.05.2010 y 02.08.2010, elaborados por el Grupo de Trabajo relativos a la Ley 18.651. Comunicar los referidos informes a las Comisiones del Palacio Legislativo a cargo del estudio de este tema y a los Ministerios de Economía y Finanza, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social y Desarrollo Social.

⁷⁷ Definición de Cuidados elaborada por el Grupo de Trabajo para el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados creada por Resolución Presidencial N° 863/010 de 31/05/2010.

Dentro de las poblaciones propuestas se encuentran las personas en situación de dependencia por discapacidad. Se planteó la necesidad de criterios unificados para la determinación de prestaciones y servicios y la construcción de instrumentos de valoración de grados de dependencia (severa, moderada y leve), que tengan en cuenta la necesidad de ayuda de tercera persona y apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, así como los factores contextuales socio-económicos y culturales⁷⁸.

Las propuestas toman en cuenta el lugar donde se realizan los cuidados: dentro o fuera del hogar. Los cuidados dentro del hogar están relacionados con cuidados para mejorar la autonomía personal y apoyo familiar, según el grado de dependencia. Tanto los cuidados dentro y fuera del hogar incluyen apoyos personales y no personales. Como apoyo personal se entiende a una tercera persona, que puede ser un cuidador/a no familiar o asistente personal y en apoyo no personal se incluyen a las ayudas técnicas y tecnológicas.

Entre las principales propuestas y las líneas de trabajo a priorizar, se prevé que en el hogar se implemente el Cuidador no familiar (en el apartado 2.1.6 de este documento se desarrolla esta prestación), dentro del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y el servicio de Teleasistencia y Ayudas Técnicas. Fuera del hogar se prevén Centros Diurnos con ampliación de nuevos servicios, reorganización de los existentes e integración de cuidadores/asistentes en los centros, regulación de Centros Residenciales, Viviendas Tuteladas y Servicio de Curatela para todas las edades⁷⁹.

7.2 Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad

Por R.D. Nº 24-59/2005 de 3/8/2005⁸⁰, el Directorio del BPS crea la “Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad”, la cual estará integrada por el Banco de Previsión Social - BPS, la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado – CNHD, el Plenario Nacional de Impedidos PLENADI y la Comisión Inter-social de Discapacidad Inserción Laboral y Seguridad Social COMINT.

La Comisión Asesora se constituye el 07/10/2005, aprobando en esta instancia el Proyecto de Reglamento de Funcionamiento⁸¹, el que dispone, entre otros cometidos:

1. La Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad dependerá directamente del Directorio del BPS.
2. Contará con dos representantes de las instituciones miembros (BPS, CNHD, PLENADI, COMINT, FUAP).
3. La Presidencia y Secretaría será ejercida por el BPS.
4. Los cargos son honorarios y los miembros podrán ser removidos de sus puestos por las autoridades que los designan.

⁷⁸ Documento del Grupo de Trabajo – Hacia un Modelo Solidario de Cuidados – Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados.

⁷⁹ Documento del Grupo de Trabajo – Hacia un Modelo Solidario de Cuidados – Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados.

⁸⁰ Primera acta de la Comisión Honoraria.

⁸¹ Proyecto de Reglamento aprobado por el Directorio del BPS por R.D. Nº 33-48/2005 de 6/10/2005 a efectos de dar a conocimiento a la Comisión Asesora para su aprobación. Por R.D. Nº 34-33/2005 de 18/10/2005, se aprueba el Reglamento de la Comisión Asesora.

5. Funcionará dentro de las dependencias del BPS.
6. Será ámbito de tratamiento de temas en general de la Seguridad Social referidos a discapacidad y tendrá la facultad de proponer al Directorio del BPS propuestas en pro de mejoras de los servicios y atención a las personas con discapacidad.
7. Se podrán nombrar Sub Comisiones permanentes o especiales.

En este período la Comisión ha abordado y gestionado un amplio abanico de temas relativos a la discapacidad. Se mencionan como ejemplos algunos de ellos: reformulación del Programa de Ayudas Especiales - AYEX-, proyecto de ley relativo a Normas sobre Protección Integral a Personas Discapacitadas y de la figura y cometidos del Asistente Personal, reglamento del ingreso laboral al BPS como funcionarios de personas con discapacidad.

7.3 Otras actividades complementarias

El BPS participa en múltiples y diversas áreas relacionadas con el tema de la discapacidad. En primer lugar, se comenta la presentación del diccionario de señas uruguayo en el año 2008. Para los años 2012 en adelante, se seleccionaron las actividades más destacadas, sin perjuicio de poder ampliar en detalle en las páginas web de la Institución: <http://www.bps.gub.uy/4810/noticias.html>

En el año 2008 se realizó el lanzamiento y presentación del primer y único diccionario de señas uruguayo, titulado: "Diccionario Bilingüe de Lengua de Señas Uruguaya/Español" El mismo está compuesto de 2.000 palabras. Para lanzarlo, requirieron 18 años de trabajo y mucho esfuerzo de la Asociación de Sordos del Uruguay⁸² (ASUR) y del Centro de Investigación y Desarrollo para Personas Sordas⁸³ (CINDE). Asimismo se publicó una edición en braille. Este libro que se pone a disposición de todas las personas interesadas en la Lengua de Señas, constituye un diccionario bilingüe conformado por un léxico estándar de la Lengua de Señas Uruguaya (LSU), con su traducción al español, con las definiciones conceptuales más usuales tanto de la LSU como del español y con una descripción específica de cada seña⁸⁴.

Año 2012.

- Primer Informe País sobre Discapacidad. La Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay convocó

⁸² ASUR fue fundada el 5 de mayo de 1928, por un grupo de personas sordas motivadas, no sólo por procurar reunir a sus iguales en un lugar de sano esparcimiento, sino fundamentalmente por aunar esfuerzos en la tarea de abrir espacios de integración social, a fin de reconocer el legítimo derecho de la persona sorda a procurarse el bienestar por sus propios medios.

⁸³ CINDE con personería jurídica independiente, ha sido de fundamental importancia en temas como el desarrollo curricular del curso de Intérprete en LSU, el diccionario de LS, así como diversos proyectos tendientes a una cabal mejoría de la calidad de vida del Sordo.

⁸⁴ Página web de APASU (Asociación de Padres y Amigos de Sordos del Uruguay) <http://www.apasu.org.uy/g-biblioteca/i-diccionario-bilinguee> y acceso a la publicación del Diccionario Bilingüe que cuenta la Biblioteca del Centro de Estudio del BPS.

a diferentes Organismos del Estado (MSP, IMM, MEC, MIDES, MTSS, INAU, PODER JUDICIAL, MTOP, entre otros) incluyendo el BPS y a referentes especializados, a fin de efectuar una redacción del primer informe país sobre discapacidad, para ser elevado a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸⁵.

- El BPS publicó el Informe “Censo a Organizaciones de Adultos Mayores y de Personas con Discapacidad” en el marco de un Convenio Específico UDELAR - BPS, desarrollado por el Departamento de Sociología - Facultad de Ciencias Sociales⁸⁶.
- El Presidente del BPS integró la mesa de apertura del 23er. Encuentro Nacional de Personas con Discapacidad organizado por PLENADI (Plenario Nacional de Instituciones de Discapacitados), efectuado en setiembre de 2012 en el Palacio Legislativo, contando con la presencia del Presidente de la Cámara de Representantes. En la modalidad de Mesas temáticas se aborda “Salud y Educación” y el tema “Hacia un pleno ejercicio de nuestros derechos”.
- El BPS colabora con el “1er. Encuentro Internacional Síndrome de Prader – Willi - Yo existo y Estoy Aquí” organizado por la Asociación Civil Prader - Willi del País. Este síndrome es una alteración genética congénita poco frecuente y compleja, que sumada a otros aspectos causa un metabolismo diferente y compulsión por la comida⁸⁷. Exponen profesionales del DEMEQUI -en el marco del proceso hacia el Centro de Referencia en Enfermedades Raras- y participan funcionarios de salud del BPS⁸⁸.
- Adquisición de hamacas para personas en sillas de ruedas. La Asociación Pro Recuperación del Inválido (APRI), ofreció juego de plaza para personas con discapacidad. Son hamacas especialmente diseñadas para personas que se desplazan en sillas de ruedas pudiendo acceder con la misma, al juego. El BPS adquirió e instaló estas hamacas, en la Plazoleta Lorenzo Carnelli (frente a la sede central del BPS) y en la Colonia de Vacaciones Raigón de propiedad del Organismo.
- Edición en Braille de los manuales educativos en seguridad social para alumnos de primaria, secundaria y UTU.
- Apoyo a Muestra de Arte-terapia del Instituto de la Buena Voluntad.
- Entre los meses de octubre de 2012 y mayo de 2013 el BPS ha implementado la Encuesta de Protección Social. Se trata de un proyecto cofinanciado por el BID,

⁸⁵ Grupo de Trabajo designado por el BPS.

⁸⁶ En la unidad de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social se lleva un Registro Nacional de Instituciones sin fines de lucro (RNI), de personas mayores y de personas con discapacidad. Con la finalidad de proporcionar más elementos para la intervención social que se realiza y hacer una evaluación primaria de los programas que se aplican, se decidió realizar un relevamiento masivo para actualizar datos de las organizaciones, especialmente sobre los ámbitos de actuación, estructuración, recursos, actividades, participación de sus integrantes, principales necesidades y problemas, formas de financiamiento, su vínculo con otras organizaciones, entre otros aspectos. <http://intranet/areasdeintranet/AGSS/AnalisisInvestigaciones/Comentarios%20de%20Seguridad%20Social/2012/LIBRO%2038/ARTICULOS%20SEPARADOS/INFORME%20CENSO%20ADULTO%20MAYOR%20Y%20DISCAPACIDAD.%20Dpto.%20Sociologia%20UDELAR.%20Pugliese%20y%20Gallo.pdf>.

⁸⁷ Afecta a 1 persona y su familia cada 15.000 nacimientos

⁸⁸ Fuente: Sesión Ordinaria N° 33 – 10/10/12

que permitirá conocer mejor la situación de la protección social en el país para seguir promoviendo los cambios necesarios y posibles. El análisis de esta información permitirá un conocimiento más específico y orientador en propuestas para las poblaciones más vulnerables, entre las que se encuentran las personas con discapacidad, primera infancia y adultos mayores.

Año 2013.

- Ingreso laboral de cinco trabajadores/as con discapacidad como personal del BPS, de acuerdo al artículo 49 de la Ley N° 18.651 de 19/02/2010.
- Apoyo al evento internacional “Une Ville en Partage”, a realizarse en Saint Etienne (Francia), con participación e iniciativa de las Intendencias de Flores, Durazno, San José y Artigas. Delegación uruguaya integrada por cuatro personas con discapacidad y acompañantes. El objetivo de dicho evento es el intercambio de experiencias en promoción de la inserción social y autonomía de las personas con discapacidad. El BPS aporta con el traslado de dos de las personas con discapacidad y la alimentación de las cuatro que viajan.
- Aporte de una contribución económica del BPS a la Organización Deportiva de Sordos del Uruguay, para participar del Torneo mundial “DEAFLYMPIC” a realizarse en Bulgaria en Julio/Agosto del año 2013.
- En Octubre de 2013 las autoridades del BPS aprueban: 1) la participación de funcionarios en el “Curso-Taller sobre medición de la discapacidad”, actividad organizada por la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física de la Facultad de Medicina. Esta actividad es preparatoria para la aplicación de la CIF -Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud-. Exponen funcionarios/as del BPS expertos en el tema, además de dar participación al curso a otros empleados del Instituto. 2) Autorizar la estadía en el Centro de Turismo Raigón del BPS a personas con discapacidad que participan de jornadas de integración. 3) Se promueven jornadas de capacitación, difusión y sensibilización por la Semana del Corazón. Apoyan organizaciones de la tercera edad y de personas con discapacidad en diferentes eventos.
- Dentro de una modalidad participativa de difusión de los programas de seguridad social del BPS y con la finalidad de ampliar información a toda la población, se ha definido que en ocasión de apoyos a eventos comunitarios a nivel de todo el país, se solicite en contrapartida, la difusión de los programas del BPS y entre ellos los referidos a personas con discapacidad.
- En el marco de los eventos de entregas de viviendas del Programa de Soluciones Habitacionales a jubilados y pensionistas del BPS, se destaca la inclusión de unidades especialmente acondicionadas para personas con discapacidad y la importancia de construir complejos de buena calidad en lugares con accesibilidad a servicios.

Año 2014.

- Apoyo a la Asociación del Autismo para la realización de un Encuentro TEA - Asociación de Padres de Personas con Trastornos del Espectro Autista, en la Colonia de Vacaciones del Instituto⁸⁹.
- Se organiza las V Jornadas de Derechos Humanos Bioética y Discapacidad, que desde el año 2010 hasta el presente los eventos se enmarcan en los fundamentos bioéticos y de Derechos Humanos⁹⁰. Para el año 2014 se considera el lanzamiento del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, abordando los “Aspectos Bioéticos en los Cuidados Paliativos”. Siendo el BPS referente para Pesquisa Neonatal, Defecto Congénitos y Enfermedades Raras, entre otras, es importante promover y profundizar el respeto de la dignidad de las personas portadoras de discapacidad en aras de construir una sociedad inclusiva y solidaria.
- Se continúa con el apoyo al deporte de personas con discapacidad, y en el año 2014 específicamente a la realización del primer torneo nacional de Atletas Paralímpicos a realizarse en el mes de abril en Maldonado.
- En el mes de agosto, el BPS cede al Ministerio del Interior, un local de su propiedad en el barrio Goes (Gral. Flores 2419, Montevideo), para el funcionamiento de la Asociación de Familiares y Víctimas de la Delincuencia (ASFAVIDE) y Mujeres de Negro. La vigencia de las leyes que crean pensiones de seguridad social para afectados por estas formas de violencia, ha generado esta relación del BPS con las organizaciones involucradas. Estas organizaciones desarrollan una importante labor de sensibilización y en materia de apoyo de Derechos; en los aspectos jurídicos, social, psicológico y de rehabilitación a personas que sufrieron algún delito y sus familiares, así como fomentar y colaborar en la elaboración de normativa sobre protección de víctimas y familiares en el acceso a la Justicia. El local fue reparado por personas privadas de libertad, operadores penitenciarios y policías, desde un enfoque integral y solidario, con el fin de sensibilizar y promover una actitud comprometida ante estas realidades.
- El Organismo apoya el Proyecto Ciudad del Plata (de gran crecimiento demográfico en los últimos años), mediante la compra de un predio en dicha localidad, siguiendo las disposiciones legales correspondientes. A través de un proyecto integral, en coordinación con otros organismos públicos y organizaciones sociales de la zona se plantean emprendimientos sociales relacionados con adultos mayores y personas con discapacidad, así como otros beneficiarios y contribuyentes del BPS.
- Se amplía el servicio de ómnibus accesibles en convenio con CUTCSA, para traslado gratuito de jubilados y pensionistas y personas con discapacidad, con intendencias de Salto, San José, Río Negro, Artigas, Treinta y Tres, Rocha y Canelones (Turismo social, cultural, acceso a centros educativos).
- Se realizó el apoyo a la Encuesta a Personas con Discapacidad Severa organizada por el MIDES.

⁸⁹ La actividad se desarrollara en el marco de lo que se denomina Servicio de Respirio Familiar -agosto/2014.

⁹⁰ En este sentido en las Jornadas del 2010 se trabajó desde la perspectiva del equipo asistencial, en 2011 desde la vivencia de quienes portan discapacidad, en 2012 en los aspectos que hacen al diagnóstico temprano, y en 2013 se trataron aspectos de la Seguridad Social, analizando las respuestas que da la sociedad a través del BPS a este tema.

- Se realizó entrega de Equipamiento Informático en el marco del Convenio de Cooperación entre BPS y ANTEL para usuarios del DEMEQUI. El principal objetivo de este programa es contribuir al proceso de rehabilitación integral (funcional y neurocognitivo), que se busca desde los servicios de salud. Este proyecto conjunto consiste en reciclar computadoras que -a través de programas específicos de software- se adaptan a los usuarios teniendo en cuenta las diferentes necesidades: visual, auditiva, motriz, intelectual, de comunicación y del habla. Es por esto que algunas adaptaciones son de software, algunas de hardware y otras de ambas.
- En el mes de abril se realizó en el Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración del BPS, la Actividad Informativa sobre Discapacidad y Seguridad Social en el Uruguay.
- El 21 de octubre el BPS realiza la entrega en comodato del predio e instalaciones destinados al Proyecto “Comunidad Inclusiva”, en la calle Valladolid, entre Pontevedra y Córdoba, Parque Postel, Ciudad del Plata. Se trata de un proyecto que prevé, entre otras actividades, la creación de un hogar para adultos mayores y un hogar para personas con discapacidad intelectual.
- El 21 de octubre se realizó la Segunda Jornada de Prestaciones de Salud del BPS, en el Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración. Se presentó el Centro de referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) y se firmó un convenio de complementación asistencial con la Dirección Nacional de Sanidad Policial, entre otros temas.

8. En resumen

Como es posible observar, el BPS gestiona prestaciones para todos los grupos etéreos que presentan una discapacidad, ya sea en su condición de activos o pasivos e instrumenta prácticas actualizadas, propendiendo a la mejora de la calidad de vida de un sector de la sociedad. En forma directa o indirecta -a través de otras instituciones- brinda servicios a la población que realiza aportes, así como a aquella que no es contribuyente.

Los programas y servicios tienen un alcance nacional y dentro del marco de protección social, brindan apoyos de carácter económico y socio sanitarios, incidiendo en los niveles de prevención, promoción y rehabilitación de las personas con discapacidad.

De las prestaciones económicas otorgadas a pasivos, la cantidad de jubilaciones por invalidez y subsidios transitorios, se incrementaron en forma sostenida en los años estudiados, siendo las jubilaciones otorgadas a mujeres las que aumentaron en mayor medida. Estas variaciones estarían reflejando los resultados de la nueva Ley 18.395 de Flexibilización de las Jubilaciones que prevé requisitos más favorables para acceder a las mismas.

Las pensiones por invalidez (no contributivas), han tenido un crecimiento sostenido de larga data; dentro de éstas, las pensiones por discapacidad severa tienen una mayor incidencia en los hombres.

Las pensiones por sobrevivencia cuyos beneficiarios/as son personas con discapacidad, representan casi un 8% del total de pensiones. Estas disminuyen por efecto de la aplicación de leyes y decretos que fueron modificando las causales para ser beneficiarios/as de las mismas.

De las prestaciones económicas a activos, las Asignaciones Familiares para personas con discapacidad otorgadas por Ley 15.084 han disminuido a partir del año 2008, cediendo terreno a las Asignaciones Familiares otorgadas por Ley 18.227 del Plan de Equidad.

Con respecto a las prestaciones de Ayudas Extraordinarias, a partir del año 2008 las mismas se han incrementado. Alrededor del 95% de estas ayudas están destinadas a contribuir con el pago a instituciones de enseñanza e instituciones especializadas, correspondiendo la mayor participación a los varones.

En materia de prevención y atención a niños con defectos congénitos y afecciones connatales, se destacan los servicios especializados del DE.ME.QUI. y el sistema de órdenes de tratamiento. Los mismos otorgan una diversidad de prestaciones (tratamientos especializados externos, traslados, alimentación, alojamiento, prótesis y órtesis), orientando a una atención integral del beneficiario, brindando un amplio apoyo a la familia y colaborando en el proceso efectivo de rehabilitación.

Desde el punto de vista de la prevención, el sistema Nacional de Pesquisa Neonatal está dirigido a todos los niños del país, sean o no beneficiarios del BPS y cualquiera sea su prestador de salud, posibilitando el diagnóstico y asistencia integral en todo lo relacionado con la patología.

Con respecto a los dos últimos puntos, el DE.ME.QUI y la Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal, son partes integrantes, entre otros, de una importante innovación que en el año 2014 se concretó en el proyecto "Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER).

Las prestaciones sociales del BPS, a través de diferentes programas, brindan apoyo a las personas con discapacidad. El Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada, coordina acciones con las instituciones sin fines de lucro que atienden a esta población. El Programa Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, contempla la situación de discapacidad brindando alternativas habitacionales acordes al grado de la misma. El programa de Turismo Social integra a las personas con discapacidad beneficiarias de las instituciones adheridas al BPS, posibilitando estancias vacacionales en centros con accesibilidad.

El BPS provee de ayudas necesarias para la autonomía personal de los discapacitados beneficiarios de los programas de seguridad social, contemplando, entre otros, a usuarios de DE.ME.QUI., trabajadores activos, jubilados y pensionistas y otros colectivos comprendidos en los servicios de las organizaciones del Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada.

Desde el año 2009, a partir de la creación del Centro de Formación del BPS, se ha otorgado un espacio institucional para la realización de eventos de carácter académico y de capacitación. Este centro cuenta con una infraestructura habilitada, de acuerdo a lo establecido por las normas técnicas orientadas a la inclusión de las personas con discapacidad.

A partir del año 2005 se crea en el ámbito del BPS, la Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad. La misma se integra por comisiones y

organizaciones de representación nacional en la temática de la discapacidad. Sus propuestas son de carácter fundamental para orientar en forma efectiva las prestaciones y beneficios a las personas con discapacidad.

La institución cuenta con referentes y técnicos formados específicamente en el área de discapacidad, posibilitando una efectiva participación en la temática, a nivel nacional e internacional.

El BPS orienta y promueve políticas de protección social de carácter universal. Integra en sus líneas directrices una modalidad de gestión que ha posibilitado interactuar con otros organismos públicos, generar espacios de participación de sectores de la sociedad civil y promover equipos técnicos especializados en la materia, lo que ha llevado a implementar programas efectivos y acordes con las necesidades de la población con discapacidad.

ANEXO I

Cursos proyecto “Cuidar Mejor”

Se detalla el desarrollo de los cursos dictados durante los años 2012 y 2013, con datos estadísticos sobre postulantes y egresados de los mismos.

1. Formación de Formadores de Cuidadores/as de personas adultas mayores

Primera instancia de formación de formadores.

- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 12 hrs.) y vespertino (14 a 17 hrs.), realizados desde el 25/06/2012 al 08/10/2012.
- Se recibieron 191 postulaciones, a partir de las cuales se conformaron los dos grupos de 20 personas cada uno, egresando el 90% de los participantes.

Segunda instancia de formación de formadores:

- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos: matutino (9 a 12 hrs.) y vespertino (14 a 17 hrs.), realizados desde el 08/03/2013 al 21/06/2013. Se recibieron 98 postulaciones y egresaron 35.

2. Formación de Cuidadores/as de personas adultas mayores

Durante el final del curso de formadores de la primera instancia de formación, se comenzó a trabajar con éstos en el diseño de la currícula del curso de cuidadores. Esto fue lo que generó mayor involucramiento y motivación de los formadores con el curso. Se alcanzó consenso por parte de todos los integrantes de la mesa interdisciplinaria para utilizar a los formadores como capacitadores del curso.

Primera instancia de formación de cuidadores.

- Se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno, orientados a trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (Hogares, Residenciales y Empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado). Participaron personas de Montevideo, Santa Lucía y Progreso.
- Se realizaron en Montevideo con la participación de 22 formadores de los egresados en la primera instancia de formación de formadores y el apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (13 a 17 hrs.), durante los días lunes, miércoles y viernes desde el 08/10/2012 al 07/12/2012. Egresaron cerca del 80% de los participantes.

Segunda instancia de formación de cuidadores.

- Los dos cursos de esta instancia se desarrollaron en el departamento de Salto, orientado a los trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (Hogares, Residenciales y Empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado) de Salto, Artigas y Paysandú.

- Previo a los mismos se elaboró una encuesta de interés consultando disponibilidad para la participación. Se recibieron 280 postulaciones y se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno. Participaron personas de las capitales departamentales de Artigas, Salto y Paysandú, y también de diferentes ciudades de la región: Bella Unión, Baltazar Brum y San Antonio.
- En el dictado de los mismos participaron formadores de los egresados en la primera instancia de formación de formadores y el apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- El dictado de los grupos se realizó en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (14 a 18 hrs.) en forma intensiva, de lunes a viernes durante 5 semanas, desde el 11/03/2013 al 19/04/2013.
- Una vez conformados los grupos participaron de los cursos 58 personas, egresando la totalidad.

Tercera instancia de formación de cuidadores.

- En el primer semestre del año 2013 en Montevideo, los cursos comenzaron el 25 de junio/2013 y finalizan el 2 de agosto/2013, habiendo recibido 81 postulaciones y se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno.
- Se orientó a trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (Hogares, Residenciales y Empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado). Participaron del mismo, personas de Montevideo y Santa Lucía.
- En el dictado de estos dos cursos participaron formadores de ambas instancias de formación de formadores y con apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- Se dictaron en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (14 a 18 hrs.), en forma intensiva, de lunes a viernes durante 5 semanas.

Cuarta y próxima instancia de formación de cuidadores.

- El 2 de agosto/2013 se realizó la apertura de una nueva instancia de formación en el departamento de Rocha, orientada a trabajadores de diferentes áreas del cuidado de los departamentos de Maldonado, Rocha y Treinta y Tres.

ANEXO II

Asistencia Personal para personas con discapacidad severa. Antecedentes

El capítulo IV de la ley N° 18.651 de 19 de febrero de 2010 sobre Protección Integral de las Personas con Discapacidad, faculta al Poder Ejecutivo a crear el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas, el que será administrado por el BPS.

En el año 2012 el BPS participa del proyecto “Apoyo a la protección social del Uruguay: políticas de infancia y políticas de cuidados”, en el marco de un acuerdo entre el gobierno uruguayo y el Sistema de las Naciones Unidas en el marco de Plan de Acción de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011-2015. Las instituciones involucradas son el MIDES como asociado nacional en la implementación, ONU Mujeres como agencia ejecutoria y UNFPA como agencia asociada¹.

Este proyecto tiene como objetivo contribuir a la construcción del conocimiento para el desarrollo del Sistema Nacional de Cuidados, a fin de aportar insumos específicos para el diseño de una estrategia de implementación de las prestaciones previstas en la Ley N° 18.651, destinadas a personas que reciben la pensión por discapacidad severa en la órbita del BPS².

En el año 2012 el BPS firmó convenio con la Fundación Asturias – Uruguay (ASTUR) para instrumentar la capacitación y formación de formadores en materia de cuidados, efectuar una experiencia piloto de tele-asistencia y realizar una encuesta para la determinación de necesidades de Asistentes Personales para personas con discapacidad severa. Este convenio cuenta con financiamiento del BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y la Cooperación Española (AECID).

En el año 2013 se avanza en las investigaciones y se plasman propuestas específicas que dan marco a la reglamentación de la Ley N°18.651 de 19/02/2010, la cual se aprueba en el año 2014.

El Decreto N° 214/014 del 28/07/2014, reglamenta el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas, el que se crea en el ámbito del Banco de Previsión Social³.

¹ Términos de Referencia Asistencia Técnica que contribuya a la generación de información en el marco de las prestaciones previstas en la Ley 18.651 (destinadas a personas que reciben pensión por discapacidad severa).

² Ibid información referida en numeral anterior.

³ Artículo 1 – Decreto 214/014.

ANEXO III

Cursos de capacitación para Asistencia Personal

El curso se orienta a proporcionar una formación básica que permita al Asistente Personal cumplir su rol adecuadamente, estableciendo un vínculo basado en el respeto mutuo y apoyando a la persona con discapacidad en el desarrollo de una vida lo más autónoma e independiente posible.

Los objetivos del curso tienen como finalidad: “Formar Asistentes Personales, facilitando las herramientas necesarias para relacionarse adecuadamente con la persona con discapacidad y apoyarla en el desarrollo de una vida lo más autónoma posible” y “Lograr que se comprenda que la función del Asistente Personal no implica suplir la voluntad de la persona con discapacidad, sino apoyarla y colaborar para poder concretarla”.

Los contenidos del curso de Asistente Personal se organizan en base a los siguientes ejes conceptuales:

- i. Nociones sobre el marco conceptual de la discapacidad (modelo social) y el marco legal, tanto nacional como internacional sobre esta temática (Paradigma de Derechos Humanos).
- ii. Nociones sobre dependencia y autonomía.
- iii. Adquisición de habilidades y destrezas requeridas para el trato y el apoyo a la persona según su situación de discapacidad.
- iv. Aspectos vinculados a Salud Ocupacional, Derechos y Obligaciones del Asistente Personal en su calidad de trabajador.

El curso consta de 4 Módulos que se integran con las siguientes temáticas: *Módulo I.* Concepto de discapacidad, dependencia, autonomía, dignidad. *Módulo II:* Rol y funciones del Asistente Personal. *Módulo III:* El Asistente Personal como trabajador, Salud Ocupacional. *Módulo IV.* El Asistente Personal como trabajador, Derechos y Obligaciones Laborales

El curso tiene una carga horaria de 30 horas, se desarrolla en jornadas de 3 horas de lunes a viernes durante dos semanas.

Con relación a los cursos de capacitación básica para Asistentes Personales desarrollado por el BPS, ha culminado el primero en Montevideo, en agosto/2014 con una concurrencia de 44 participantes. En el interior del país se dictó el primer curso en Paso de los Toros con 33 participantes, procedentes de los departamentos de Tacuarembó, Durazno y Flores. Entre setiembre y octubre del año 2014 se continúa con nuevos cursos en los departamentos de Tacuarembó (dada la alta demanda en la zona), en Rocha y en Canelones.

EVOLUCIÓN DE LAS EMPRESAS COTIZANTES AL BPS 2002 – 2014.

**Análisis por tamaño, sectores de actividad y
remuneraciones**

Ec. Martín Naranja Sotelo

EVOLUCIÓN DE LAS EMPRESAS COTIZANTES AL BPS 2002 – 2014. Análisis por tamaño, sectores de actividad y remuneraciones

Ec. Martín Naranja Sotelo
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Febrero 2015

1. Introducción

El siguiente artículo se basa en uno anterior llamado “Evolución de las empresas cotizantes al BPS por el período 2002-2009. Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad”. En el presente se actualizan los datos de dicho trabajo, y se le realizan aportes incorporando al análisis el estudio de las remuneraciones reales que pagan dichas empresas.

La economía de los países y a nivel global, es cambiante, cíclica y dinámica, por tanto es materia de estudio su evolución.

Los actores de la economía son varios; entre ellos el Estado, los empresarios, los trabajadores; y hay varias formas de analizar como los mismos interactúan entre sí. Una forma de hacer una aproximación al análisis económico, es estudiar a las empresas y su variación en el tiempo.

Es de especial relevancia estudiar la evolución de las empresas ya que las mismas son motores de la economía en función del capital humano que emplean y la productividad del mismo, afectando a la economía en su totalidad.

En décadas pasadas existía un principio de estabilidad de las empresas pero la realidad ha modificado dicho concepto, las empresas son dinámicas, en el sentido de que las empresas se establecen, desarrollan y luego desaparecen en un período de tiempo.¹

El siguiente trabajo estudia la evolución de las empresas en Uruguay en el período 2002-2014. La idea de este trabajo es estudiar no el dinamismo de las empresas sino la variación neta de las mismas en el tiempo y en relación a la economía en su conjunto, para ello se analizan las empresas registradas en la seguridad social. Se presenta la información de dichas empresas y la remuneración que reciben sus trabajadores de acuerdo a su tamaño y actividad económica.

En primer lugar se explican las definiciones subyacentes aplicadas en este estudio. En el apartado tres se compara la variación de ciertos indicadores representativos de la economía uruguaya como el producto bruto interno (PBI) y la cantidad de empresas. Esta comparación se hace con la finalidad de relacionar la evolución de las empresas con el crecimiento de la economía en el período de estudio. A continuación se clasifican las empresas registradas en el BPS según tamaño y actividad económica, analizándose la distribución según cada clasificación y la evolución de las mismas en el período 2002-2014.

En la sexta parte del trabajo se analiza la evolución de las remuneraciones reales mensuales en el período 2009-2014, se expone la distribución de las mismas y la evolución por tamaño de las empresas de las remuneraciones mensuales reales tomando como año de comparación el 2009. También se expone la distribución de la masa de remuneraciones de cada año de estudio según tamaño de las empresas. Luego según actividad económica se muestran las remuneraciones reales de las empresas y la evolución de las mismas para el período 2009-2014. Finalmente, se esbozan algunas conclusiones.

2. Definición y clasificaciones de empresas

En el BPS las empresas se identifican por el “número de contribuyente”. Si la empresa tiene obligaciones tributarias y de seguridad social a la vez, ese número es el que otorga la Dirección General Impositiva (DGI). Si la empresa tiene obligaciones de seguridad social solamente ese número lo otorga el BPS. Se decidió identificar la unidad estadística de estudio llamada “empresa” con el “número de contribuyente”².

El universo de las empresas que se tomaron en cuenta para este estudio se acota a aquellas que declararon nóminas al Banco de Previsión Social (BPS) y tuvieron por lo menos, un puesto de trabajo activo de la nómina, sea este patrono o dependiente, en el mes de referencia. Se le denomina a este subgrupo de empresas, empresas cotizantes. Se seleccionaron empresas exclusivamente del sector privado y de acuerdo a los sectores de aportación al BPS, se consideraron los contribuyentes que aportan como Rurales y los de Industria y Comercio de todo el país. Por ende, se excluyeron del concepto de empresas a los contribuyentes del sector público, los empleadores de servicio doméstico y las obras de

¹ Informe Blanco, OIT.

² A efectos de las obligaciones de seguridad social un número de contribuyente puede tener asociado uno o más números de “empresas BPS”, que en general se vinculan a las aportaciones: Industria y Comercio, Rural, Civil, Construcción, Servicio Doméstico. Las estadísticas que aquí se presentan obvian este último tipo de identificador y considera “empresa” a cada número de contribuyente.

construcción. Es importante aclarar que del sector construcción sí se incluyeron las nóminas declaradas por parte de las empresas constructoras por su personal de planta.

Una modalidad de clasificar a las empresas es según su tamaño. El tamaño económico de una empresa puede medirse de diferentes formas según cual sea la finalidad perseguida. En nuestro caso la variable de interés es el empleo y definimos tamaño de empresa en función de los puestos de trabajo que la misma ocupa. Esta clasificación se hace en base al Decreto 504/2007. Entonces, las Microempresas son aquellas que tienen de uno a cuatro ocupados y las Pequeñas empresas de cinco a diecinueve ocupados. Las Medianas empresas son quienes tienen entre veinte a noventa y nueve ocupados; y las empresas Grandes son aquellas que tienen cien o más ocupados. Por su parte, se clasifica, para este estudio, como empresa Unipersonal a aquella que tiene un único titular en actividad y no tiene dependientes.

La Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) fue creada con la finalidad de ordenar las actividades de la economía. En este trabajo se utiliza la Revisión 4 para analizar las empresas según dicha planificación.

3. Evolución de la economía y de las empresas.

Con el objetivo de analizar la relación entre la variación del número de las empresas cotizantes con la evolución de la economía, se va a desarrollar esta sección.

Al realizar este análisis hay que tener en cuenta la salvedad que el producto bruto interno (PBI) es un indicador del valor agregado de toda la economía y las empresas estudiadas corresponden exclusivamente al sector privado y no a todas las actividades de la economía como ya se explicitó anteriormente.

En el cuadro 1 se presentan para el período 2002-2014 bianualmente los valores del PBI, en millones de pesos constantes del año 2005 y la cantidad de empresas cotizantes al BPS. En las gráficas 1 y 2 se visualiza la representación gráfica de la evolución de los valores anuales y sus respectivas variaciones, lo cual ayuda en el análisis.

En Uruguay en el año 2002 se vivió una profunda crisis económica, la evolución del PBI respecto al año anterior fue de -7.7%. Fue en el año 2002 cuando la economía agudizó la fase recesiva en la cual estaba inmersa desde el año 1999. Recién en el año 2004 se consolidó la recuperación de la economía nacional con un PBI que creció en 5%.

Cuadro 1.**Evolución del PBI y cantidad de Empresas, en valores reales y cantidades**

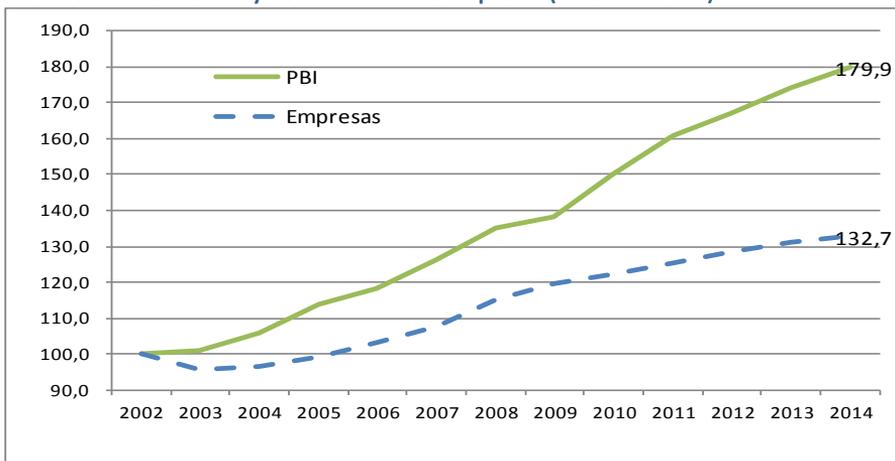
Año	PBI (en millones de pesos de 2005) 1/	Cantidad de Empresas 2/	PBI/Empresas
2002	373.655	147.113	2,5
2004	395.513	142.270	2,8
2006	442.438	151.902	2,9
2008	505.207	169.417	3,0
2010	560.542	179.878	3,1
2012	623.813	188.897	3,3
2013	651.240	192.729	3,4
2014	672.079	195.216	3,4

Fuentes: BCU y Boletín "Evolución de los cotizantes", Asesoría General en Seguridad Social - BPS.

1/ Año 2014 estimado.

2/ La cantidad de empresas son promedios anuales de las empresas cotizantes, excepto los del año 2014 que corresponden al promedio de los meses enero a agosto.

En todo el período de estudio, años 2002-2014, las empresas crecieron un 33%, a su vez, la economía en dicho período varió un 80%, partiendo de una situación de crisis. La cantidad de empresas pasó de 147 mil en 2002 a 195 mil en 2014.

Gráfica 1.**Evolución de los Índices del PIB y de la cantidad de Empresas (base 2002=100)**

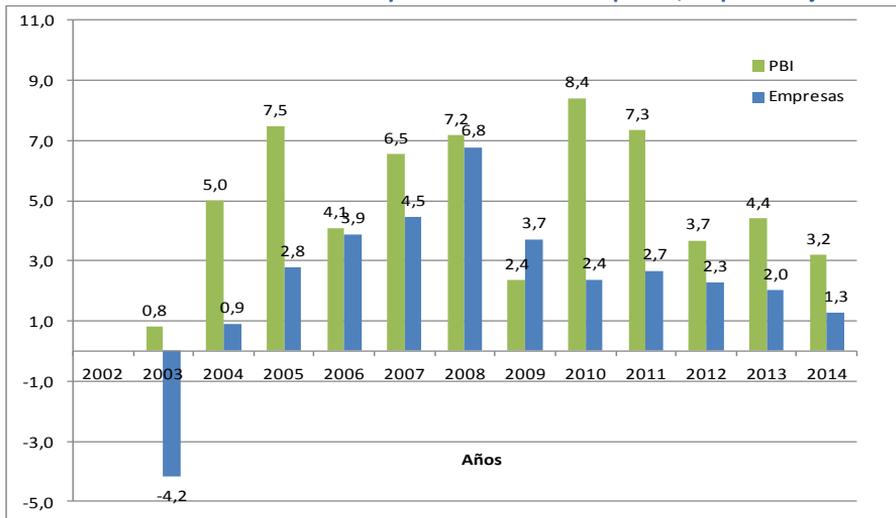
La cantidad de empresas cayeron hasta el 2003 (-4,2%) y revirtieron su tendencia en 2004 con un crecimiento anual de menos del uno por ciento (0,9%), creciendo a tasas aceleradas hasta 2008. En ese año, por un lado, el PBI crece en un 7,2% respecto al año anterior y las empresas lo hacen en un 6,8%, aumentando en cifras cercanas la cantidad de las empresas y el producto de la economía en su conjunto. En 2009 cambia la situación, el producto crece por debajo de la cantidad de empresas (2,4% PBI y 3,7%).

Luego, en el año 2010 tanto el PBI como las empresas crecen a un ritmo menor respecto al año 2008, dejando en evidencia la relación existente entre la cantidad de empresas del sector privado y la economía en su conjunto. En los últimos años analizados el PBI creció por encima de la cantidad de empresas.

Se observa en general que las variaciones en el PBI de la economía se acompañan, pero con un cierto rezago y en forma más moderada, con las variaciones en la cantidad de empresas.

Gráfica 2.

Evolución de las variaciones anuales del PIB y de la cantidad de Empresas, en porcentajes



Notas:

La variación anual del PBI en 2014 corresponde a la proyección del informe del Instituto Cuesta - Duarte.

La variación de la cantidad de empresas 2014 respecto a 2013 corresponde al promedio enero-agosto.

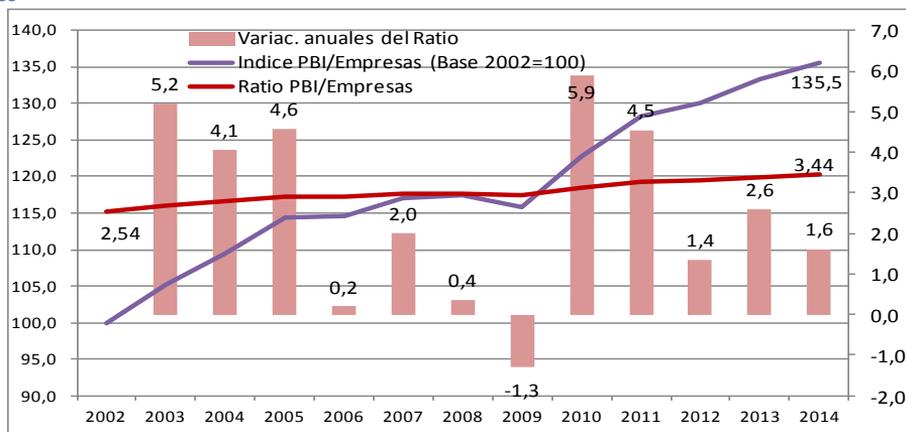
Se creó el indicador “PBI/Empresas”. El ratio PBI/Empresas no tiene un valor en sí porque representa el valor del producto medido en millones de pesos de 2005 por empresa. La finalidad es estudiar la relación entre el crecimiento del PBI y el crecimiento de la cantidad de empresas en los años de estudio. Si la variación del cociente PBI/Empresas es cercano a cero, significa que tienden a evolucionar de igual forma el crecimiento del PBI y el de las empresas en los años que se comparan. *Ver cuadro 1 y gráfica 3.*

El ratio crece en el período analizado, pasando de 2,5 a 3,4. Esto se interpreta que el valor del producto por empresa pasó de 2,5 millones de pesos en 2002 a 3,4 millones en 2014. El valor añadido en la economía por empresa considerada creció 35,5% en términos reales.

Si se analiza las variaciones del ratio, en los primeros años hasta el 2005 el PBI creció a un ritmo superior al de empresas registradas, en 2006 y 2008 el crecimiento del producto y de las empresas es muy similar, en 2009 las empresas crecen a un ritmo superior al producto y en el año 2010 y siguientes la cantidad de empresas registradas tienen tasas de crecimientos anuales inferiores al crecimiento del PBI de la economía.

Gráfica 3.

Evolución de la relación PBI/Empresas, su índice en base año 2002 y las variaciones porcentuales anuales



La idea subyacente en el análisis expuesto es la siguiente: la generación de empresas formalizadas acompaña el ciclo económico, pero el proceso se da con cierto rezago, tanto al alza como a la baja. En ello incide la formación de expectativas de los empresarios y el tiempo necesario para instrumentar una apertura o un cierre de una unidad productiva.

4. Las empresas según tamaño

En el apartado dos se detallaron los distintos tipos de empresas existentes al clasificar a las mismas por tamaño económico según el Decreto 504 del año 2007.

En el cuadro siguiente se muestran los valores de la cantidad de las empresas en el período de estudio y su evolución en el tiempo, según tamaño económico.

Cuadro 2.

Cantidad de Empresas 1/ según tamaño

Año	Unipersonal 2/	Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Total
2002	58.387	67.801	17.462	2.966	498	147.113
2004	54.241	66.997	17.363	3.155	513	142.270
2006	57.600	69.905	19.889	3.864	644	151.902
2008	67.146	74.392	22.520	4.597	763	169.417
2010	74.019	75.022	24.968	5.034	835	179.878
2012	79.159	76.879	26.500	5.442	918	188.897
2013	81.591	77.444	26.701	5.559	933	192.228
2014 (*)	84.412	77.350	26.799	5.707	948	195.216

Fuentes: Boletín "Evolución de los cotizantes", Asesoría General en Seguridad Social - BPS.

1/ La cantidad de empresas son promedios anuales de las empresas cotizantes, excepto los del año 2014 que corresponden al promedio de los meses enero a agosto

2/ Se denomina "empresa unipersonal" aquella sin dependientes y con único titular con actividad.

Es de destacar el nivel de importancia que tienen las empresas Unipersonales; es bueno recordar que dichas firmas tienen un único titular sin dependientes a cargo, ésta es una modalidad de empresa extendida en nuestra economía. Al agrupar se ve que las

Unipersonales, Micro y Pequeñas empresas son las más destacadas en el total, apenas superando el 3% la suma de las Medianas y Grandes empresas. La evolución de las empresas desde el punto de vista de su distribución por tamaño tuvo un cambio en los pesos relativos. Desde el 2002 al 2008 la mayor cantidad de empresas eran Micro, representando 47% - 44% del total, luego descendieron su participación alcanzando el 40% en 2014. En los primeros años estudiados las segundas en importancia eran las de tamaño más reducido; las unipersonales, pero en los años más recientes son las más numerosas; pasaron de representar el 40% en 2002 al 43% en 2014.

Cuadro 3.

Distribución de la cantidad de Empresas 1/ según tamaño, en porcentajes

Año	Unipersonal 2/	Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Total
2002	39,7	46,1	11,9	2,0	0,3	100,0
2004	38,1	47,1	12,2	2,2	0,4	100,0
2006	37,9	46,0	13,1	2,5	0,4	100,0
2008	39,6	43,9	13,3	2,7	0,5	100,0
2010	41,1	41,7	13,9	2,8	0,5	100,0
2012	41,9	40,7	14,0	2,9	0,5	100,0
2013	42,4	40,3	13,9	2,9	0,5	100,0
2014	43,2	39,6	13,7	2,9	0,5	100,0

Fuentes: Boletín "Evolución de los cotizantes", Asesoría General en Seguridad Social - BPS.

1/ La cantidad de empresas son promedios anuales de las empresas cotizantes, excepto los del año 2014 que corresponden al promedio de los meses enero a agosto

2/ Se denomina "empresa unipersonal" aquella sin dependientes y con único titular con actividad.

Si se observa el dinamismo por tamaño, las empresas que más aumentaron en cantidad en el período de estudio fueron las Medianas que lo hicieron un 92% respecto al año base 2002. En segundo lugar en cuanto a crecimiento, se encontraron las empresas Grandes (90% respecto al año 2002). Solamente las empresas grandes y medianas acompañaron la variación del producto de la economía del período, (el cual fue de un 80% en el período como ya se mencionó), los restantes tipos de empresas lo hicieron a un ritmo menor.

Las Microempresas y las Unipersonales, quienes tienen mayor preponderancia en la estructura global de las empresas crecieron un 14% y un 45% respectivamente, cuando el crecimiento del total de las empresas fue de un 33%.

Por su parte, las Pequeñas empresas en todo el período crecieron un 53% muy por encima del promedio de las empresas en su conjunto.

Cuadro 4.

Evolución de la cantidad de Empresas según tamaño, Índice año base 2002

Año	Unipersonal 2/	Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Total
2002	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004	92,9	98,8	99,4	106,4	102,9	96,7
2006	98,7	103,1	113,9	130,3	129,4	103,3
2008	115,0	109,7	129,0	155,0	153,3	115,2
2010	126,8	110,7	143,0	169,7	167,7	122,3
2012	135,6	113,4	151,8	183,5	184,2	128,4
2013	139,7	114,2	152,9	187,4	187,3	130,7
2014	144,6	114,1	153,5	192,4	190,3	132,7

Fuentes: Boletín "Evolución de los cotizantes", Asesoría General en Seguridad Social - BPS.

1/ La cantidad de empresas son promedios anuales de las empresas cotizantes, excepto los del año 2014 que corresponden al promedio de los meses enero a agosto

2/ Se denomina "empresa unipersonal" aquella sin dependientes y con único titular con actividad.

Por último, al sumar las empresas Unipersonales, Microempresas y Pequeñas, vemos que su crecimiento respecto al año 2002, fue de 31%; y en cambio si hacemos lo mismo para el otro grupo de empresas (Medianas y Grandes), el aumento fue de un 92%; representando estas últimas empresas solamente un 3,4% del total al final del período y el 96,6% las primeras.

5. Las empresas según actividad económica

La cantidad de empresas también puede clasificarse por el tipo de actividad económica según la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU). La desagregación que se incluye en este trabajo es por Sección de la CIIU Revisión 4.

En el cuadro que sigue se expone la cantidad de empresas de agosto de 2014 clasificadas por actividad. Los sectores que tienen mayor preponderancia en el total son las agropecuarias, de comercio al por mayor y menor, que en conjunto tienen la mitad de la actividad de la economía. A su vez, tienen relevancia en menor medida, las "actividades de transporte y almacenamiento" e "industrias manufactureras", con una importancia relativa de un 8% y 7% respectivamente.

Cuadro 5.

Cantidad de empresas clasificadas por actividad económica y su distribución en el total.

Agosto de 2014

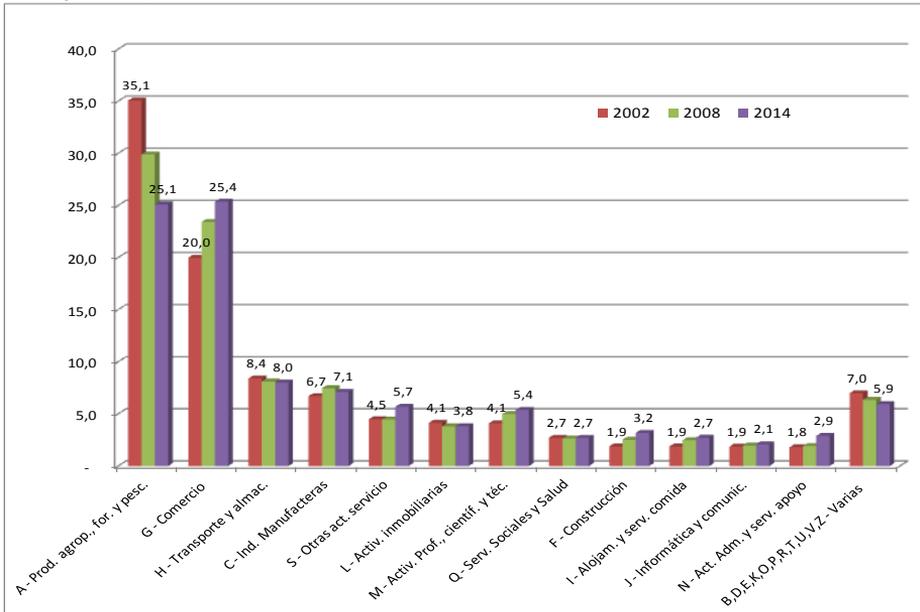
Sección (CIIU Rev. 4):	Empresas	En %
A - Producción agropecuaria, forestación y pesca	48.893	25,1
B - Explotación de minas y canteras	218	0,1
C - Industrias Manufactureras	13.855	7,1
D - Suministro de electricidad, gas y vapor	56	0,0
E - Suministro de agua, alcantarillado y desechos	578	0,3
F - Construcción	6.190	3,2
G - Comercio al por mayor y al por menor	49.411	25,4
H - Transporte y almacenamiento	15.588	8,0
I - Alojamiento y servicios de comida	5.291	2,7
J - Informática y comunicación	4.069	2,1
K - Actividades financieras y de seguros	2.001	1,0
L - Actividades inmobiliarias	7.441	3,8
M - Actividades profesionales, científicas y técnicas	10.480	5,4
N - Actividades administrativas y servicios de apoyo	5.627	2,9
O - Administración pública y defensa	69	0,0
P - Enseñanza	3.594	1,8
Q - Servicios sociales y relacionados con la salud	5.261	2,7
R - Artes, entretenimiento y recreación	2.560	1,3
S - Otras actividades de servicio	11.082	5,7
T - Actividades de los hogares	555	0,3
U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	470	0,2
V-Z - Otras	1.473	0,8
Total - promedio	194.762	100,0

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

La gráfica 4 muestra los cambios en la estructura de las empresas según actividad económica en los años 2002, 2008 y 2014. En el año 2002, casi un 35% de las empresas se dedicaban a la actividad de producción agropecuaria, forestación y pesca; luego de dicho año la importancia de dicha actividad disminuye, siendo un 25.1% en el año 2014. La segunda actividad en importancia en los años 2002 y 2008, "Comercio al por mayor y menor", pasa a ser primera con un guarismo de 25.4% en agosto de 2014.

Gráfica 4.

Evolución de la distribución de empresas clasificadas por actividad económica 1/, en porcentajes. Años 2002, 2008 y 2014 2/



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

1/ Ordenadas de acuerdo a su participación en el año 2002.

2/ La cantidad de empresas son promedios anuales de las empresas cotizantes, excepto los del año 2014 que corresponden al mes de agosto.

Nota: Se identifica el porcentaje de participación correspondiente a los años 2002 y 2014.

Las actividades de “Transporte y almacenamiento” e “Industrias manufactureras” se mantienen a un nivel superior al 5%, cada una, en todo el período. Aumentan su peso relativo los sectores “Actividades profesionales, científicas y técnicas” (de 4,1% a 5,4%), Construcción (de 1,9% a 3,2%), “Alojamiento y servicios de comida” (de 1,9% a 2,7%).

En este capítulo se presenta la remuneración que las empresas analizadas pagan en promedio a sus trabajadores, en términos nominales y reales.

6. La evolución de las remuneraciones reales en las empresas estudiadas

Se considera el monto promedio mensual por puesto de trabajo del contribuyente. Se suman las remuneraciones nominales declaradas de patronos³, cooperativistas y dependientes dividido el número promedio de puestos de trabajo de patronos, cooperativistas y personal dependiente ocupado efectivamente en la empresa en el mes (no se considera al personal en subsidio por enfermedad, maternidad o desempleo).

El siguiente cuadro muestra la evolución de la remuneración promedio mensual en el período 2009-2014. En el período enero a agosto del año 2014, la remuneración promedio mensual por puestos fue de 21.563 pesos. Entonces se observa que la remuneración real tuvo una tendencia creciente en dicho período; además si el análisis se realiza año a año

³ Se incluyen tanto las remuneraciones efectivas como las fictas, según la forma de aportación correspondiente.

la relación alcista continúa, oscilando el crecimiento interanual entre más de un 3,4% y un 6,5%.

Cuadro 6.
Remuneraciones promedio mensuales nominales y reales 1/

Año	Nominal	Real	Variación (en %)
2009	11.874	17.307	
2010	13.259	18.113	4,7
2011	15.262	19.288	6,5
2012	17.465	20.419	5,9
2013	19.840	21.363	4,6
2013*	19.090	20.853	
2014*	21.563	21.563	3,4

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

* Promedio de los meses enero a agosto.

1/ Base: IPC promedio de enero a agosto del año 2014.

En el cuadro 7 se presenta la remuneración real promedio mensual para el período de estudio según el tamaño de las empresas.

Cuadro 7.
Remuneración promedio real 1/ por tamaño de las empresas, período 2009-2014

Año	Unipersonal 2/	Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Total
2009	5.765	8.948	12.810	19.634	25.365	17.307
2010	5.958	9.429	13.354	20.291	25.907	18.113
2011	5.978	10.174	14.393	21.598	27.560	19.288
2012	6.197	10.963	15.312	23.008	29.042	20.419
2013	6.362	11.632	16.152	23.922	30.224	21.363
2014*	6.592	11.927	16.545	24.193	30.504	21.563

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

* Promedio de los meses enero a agosto.

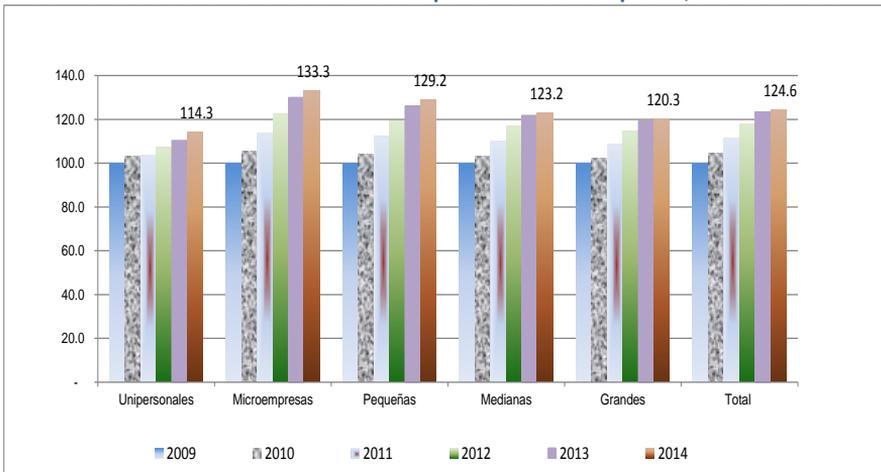
1/ Base: IPC promedio de enero a agosto del año 2014

2/ Se denomina "empresa unipersonal" aquella sin dependientes y con único titular con actividad.

El cuadro 7 y la gráfica 5 conjuntamente ayudan a observar la evolución de la remuneración real promedio por tamaño de empresas. Entonces se destaca que en las Microempresas fue donde más creció respecto al año 2009 la remuneración (en un 33,3%), en cambio en las Pequeñas aumentó un 29,2%. El resto de los tamaños de empresas muestran un crecimiento de las remuneraciones promedio entre un 14% y 23% en el período, es así que en las empresas Unipersonales el aumento en el año 2014 respecto al año 2009 fue de un 14,3%, en las empresas Medianas el crecimiento alcanzó un 23% y en las Grandes aumentó en más de un 20%.

Gráfica 5.

Evolución del índice de las remuneraciones reales por tamaño de empresas, año base 2009



Nota: Se identifica el índice correspondiente al año 2014.

El cuadro 8, por su parte, nos muestra que la distribución de la masa de remuneraciones que abonan las empresas en el período 2009-2014, se acompaña con el tamaño de las mismas.

Cuadro 8.

Distribución de la masa de remuneraciones por tamaño de las empresas, período 2009-2014, en porcentajes

Año	Unipersonal 1/	Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Total
2009	2,0	9,6	18,9	25,0	44,5	100,0
2010	2,0	9,1	18,8	24,6	45,4	100,0
2011	1,9	9,1	18,8	24,6	45,6	100,0
2012	1,9	9,2	18,7	24,6	45,7	100,0
2013	1,9	9,1	18,7	24,7	45,6	100,0
2014*	2,0	9,3	18,6	24,8	45,4	100,0

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

* Suma de los meses enero a agosto.

1/ Se denomina "empresa unipersonal" aquella sin dependientes y con único titular con actividad.

En las empresas grandes es donde se concentra gran parte de la masa salarial, debido a la gran cantidad de trabajadores que tienen dichas empresas. Según el cuadro anterior alrededor del 45% del total de las remuneraciones corresponden a empresas Grandes, el 25% a Medianas, menos del 20% a Pequeñas, el 10% a Microempresas y las Unipersonales sólo concentran el 2% del total.

Por actividad económica se brinda en el siguiente cuadro la información de las remuneraciones reales que pagan las empresas, son valores promedio mensuales de cada año.

Los sectores de actividad con niveles de remuneraciones promedio más altas son las Secciones: U- Organizaciones y órganos extraterritoriales, Z- Zonas Francas, D-

Suministro de electricidad, gas y vapor y B- Explotación de minas y canteras, aunque estos no son sectores con volúmenes de empresas de consideración. Entre las actividades con menores remuneraciones promedio están las Secciones: A- Producción agropecuaria, forestación y pesca, S- Otras actividades de servicio, P- Enseñanza, I- Alojamiento y servicios de comida y G- Comercio al por mayor y al por menor.

Cuadro 9.

Remuneraciones reales 1/ de las empresas, según actividad económica, período 2009-2014

Sección (CIIU Rev. 4):	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
A - Producción agropec., forestación y pesca	5.309	5.530	6.391	6.814	7.319	7.680
B - Explotación de minas y canteras	12.554	13.603	15.363	16.064	23.339	24.820
C - Industrias Manufactureras	9.997	10.413	10.938	11.597	11.954	11.980
D - Suministro de electricidad, gas y vapor	20.253	17.063	18.777	20.274	23.816	30.095
E - Suministro de agua, alcantar. y desechos	7.940	9.515	9.227	11.624	12.399	11.412
F - Construcción	8.940	9.333	9.805	10.580	11.360	11.496
G - Comercio al por mayor y al por menor	8.512	8.868	9.264	9.790	10.168	10.369
H - Transporte y almacenamiento	11.249	12.069	12.924	13.769	14.280	14.612
I - Alojamiento y servicios de comida	7.996	8.297	8.709	9.233	9.486	9.680
J - Informática y comunicación	10.267	10.821	11.421	12.143	12.679	12.786
K - Actividades financieras y de seguros	16.533	17.140	17.707	18.053	19.274	19.904
L - Actividades inmobiliarias	12.757	13.166	13.709	14.494	15.126	15.439
M - Actividades profes., científicas y técnicas	9.106	9.552	10.043	10.701	11.038	11.511
N - Actividades adminis. y servicios de apoyo	9.226	9.527	9.841	10.418	10.716	10.605
O - Administración pública y defensa	12.477	13.457	12.536	20.884	19.225	19.044
P - Enseñanza	7.687	7.899	8.171	8.602	8.866	9.019
Q - Servicios sociales y relacion. con la salud	8.990	9.398	9.836	10.332	10.679	10.769
R - Artes, entretenimiento y recreación	7.935	8.219	8.571	9.602	11.025	11.308
S - Otras actividades de servicio	7.987	8.132	8.328	8.639	8.814	8.868
T - Actividades de los hogares	8.583	9.118	10.179	11.016	12.171	12.360
U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	40.728	42.221	44.274	47.514	48.407	48.980
V - Otras actividades no bien especificadas	8.146	8.531	9.143	9.624	10.212	10.719
Z - Usuarios de Zona Franca	46.644	45.358	40.644	39.847	41.478	40.888
Total	17.307	18.113	19.288	20.419	21.363	21.563

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

* Promedio de los meses enero a agosto.

1/ Base: IPC promedio de enero a agosto del año 2014.

En el cuadro 10 se detalla el crecimiento de las remuneraciones reales por sector de actividad económica para el período 2009-2014.

Cuadro 10.
Índices de las remuneraciones reales 1/ de las empresas, según actividad económica, período 2009-2014, año base 2009

Sección (CIIU Rev. 4):	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
A - Producción agropec., forestación y pesca	100,0	104,2	120,4	128,3	137,9	144,7
B - Explotación de minas y canteras	100,0	108,4	122,4	128,0	185,9	197,7
C - Industrias Manufactureras	100,0	104,2	109,4	116,0	119,6	119,8
D - Suministro de electricidad, gas y vapor	100,0	84,3	92,7	100,1	117,6	148,6
E - Suministro de agua, alcantar. y desechos	100,0	119,8	116,2	146,4	156,2	143,7
F - Construcción	100,0	104,4	109,7	118,3	127,1	128,6
G - Comercio al por mayor y al por menor	100,0	104,2	108,8	115,0	119,5	121,8
H - Transporte y almacenamiento	100,0	107,3	114,9	122,4	126,9	129,9
I - Alojamiento y servicios de comida	100,0	103,8	108,9	115,5	118,6	121,1
J - Informática y comunicación	100,0	105,4	111,2	118,3	123,5	124,5
K - Actividades financieras y de seguros	100,0	103,7	107,1	109,2	116,6	120,4
L - Actividades inmobiliarias	100,0	103,2	107,5	113,6	118,6	121,0
M - Actividades profes., científicas y técnicas	100,0	104,9	110,3	117,5	121,2	126,4
N - Actividades adminis. y servicios de apoyo	100,0	103,3	106,7	112,9	116,2	114,9
O - Administración pública y defensa	100,0	107,9	100,5	167,4	154,1	152,6
P - Enseñanza	100,0	102,8	106,3	111,9	115,3	117,3
Q - Servicios sociales y relacion. con la salud	100,0	104,5	109,4	114,9	118,8	119,8
R - Artes, entretenimiento y recreación	100,0	103,6	108,0	121,0	138,9	142,5
S - Otras actividades de servicio	100,0	101,8	104,3	108,2	110,4	111,0
T - Actividades de los hogares	100,0	106,2	118,6	128,3	141,8	144,0
U - Organizaciones y órganos extraterritoriales	100,0	103,7	108,7	116,7	118,9	120,3
V - Otras actividades no bien especificadas	100,0	104,7	112,2	118,1	125,4	131,6
Z - Usuarios de Zona Franca	100,0	97,2	87,1	85,4	88,9	87,7
Total	100,0	104,7	111,4	118,0	123,4	124,6

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

* Promedio de los meses enero a agosto.

1/ Base: IPC promedio de enero a agosto del año 2014.

En el período 2009-2014 las empresas de la actividad "Producción agropecuaria, forestación y pesca" que representan el 25% del total de las empresas de la economía tuvieron un incremento de un 45% en sus remuneraciones. El otro sector que oscila su preponderancia en valores cercanos al 25% es "Comercio al por mayor y menor", pero tuvo un crecimiento de los remuneraciones menor, cercano al 22%. Un incremento superior al 19% tuvieron los remuneraciones reales en el sector "industrias manufactureras" el cual, como ya se mencionó en la sección anterior tiene una preponderancia superior al 5% en la economía. Un sector con alto crecimiento en sus remuneraciones reales, es la sección D, "Suministro de electricidad, gas y vapor", con un guarismo de un 49% pero dicho sector representa menos de uno por ciento de las empresas del total de la economía.

7. Conclusiones

El análisis desarrollado visualiza la cantidad de empresas existentes en la economía en el período 2002-2014; además muestra la evolución de las mismas en el período. En el período de estudio la cantidad de empresas crecieron un 33% alcanzando en 2014 cerca de 200.000 empresas cotizantes (promedio enero agosto: 195.216 empresas). Al relacionar estos datos con la evolución del PBI, se observa el rezago existente en la variación de la cantidad de empresas y el ciclo económico. Este tipo de análisis muestra la evolución de la cantidad “neta” de empresas, pero no visualiza los movimientos de creación y cierre que los involucran.

Se clasificaron las empresas según el tamaño, actividad económica y remuneración real promedio. Destacándose, al clasificar por tamaño, la importancia en su peso relativo de las Microempresas, Unipersonales y Pequeñas empresas. Por otro lado, quienes crecieron más en el período fueron las Medianas y Grandes empresas, superando la magnitud del crecimiento de la economía en su conjunto.

En el mes de agosto de 2014 las actividades de “Producción Agropecuaria, Forestación y Pesca”, y de “Comercio al por mayor y menor” fueron en las cuales las empresas tuvieron mayor preponderancia en la economía.

Un sector con un peso importante dentro de la economía como es la actividad “Producción agropecuaria, forestación y pesca”, tuvo un incremento en sus remuneraciones reales superior al 44%. A su vez, un sector con poca cantidad de empresas en el total como “Suministro de electricidad, gas y vapor”, tuvo un incremento superior (48%).

En el período 2009-2014, se observó que en la distribución de la masa de remuneraciones estuvo en correlación con el tamaño de las mismas. Para el mismo período se analizó por tamaño de empresa la evolución de las remuneraciones reales, quedando en evidencia la importancia de las Microempresas, con un crecimiento mayor al 30 por ciento en el período 2009-2014.

8. Bibliografía

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

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

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

OIT: Informe Blanco

Naranja, M. *Evolución de las empresas cotizantes al BPS por el período 2002-2009. Análisis por tamaño, naturaleza jurídica y sectores de actividad*. Comentarios de Seguridad Social Nº 28. Julio – Setiembre. Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. BPS (2010)

ETNIA:

Brecha Educativa y Actividad Económica

Ps. Cristina Klüver

ETNIA: Brecha Educativa y Actividad Económica

Ps. Cristina Klüver
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Febrero 2015

1. Introducción

Una buena educación se asocia en el imaginario social a un buen empleo. Sin embargo las dificultades que enfrentan muchas personas para transitar desde la educación al empleo - y desde la dependencia hacia la autonomía económica - son conocidas. Hay fuertes brechas al interior de la población según su origen socioeconómico, espacial y étnico-racial en cuanto a sus logros educativos - años de escolaridad, conclusión de ciclos formales - y éstas brechas determinan en gran medida sus trayectorias ocupacionales posteriores. Ello estructura o reproduce vulnerabilidades a lo largo del ciclo de vida y de una generación a la siguiente.

Si nos detenemos en la variable etnia-raza, diversos estudios e informes sobre población en Uruguay, presentan como denominador común, la incidencia de ésta variable como fuente de inequidades.

Las fuertes brechas en la participación económica de grupos poblacionales según su ascendencia étnica-racial, - principalmente entre mujeres y jóvenes - reproduce la vulnerabilidad social¹ de estos grupos etnoculturales, y consecuentemente dificulta las posibilidades de cohesión social².

Atendiendo situaciones emergentes en el escenario social - inequidades etnoculturales, promoción de empleo y acceso a educación de calidad - en nuestro país se han promulgado un conjunto de leyes vinculadas en su propósito de inclusión social , - de las personas pertenecientes a estos grupos minoritarios- , obligando y promoviendo modalidades de acceso al mercado laboral de los jóvenes - cuya dificultades en ser reconocidos, de permanecer en la educación superior, disminuye sus opciones laborales.

Este comentario es una aproximación a la variable etnia-raza³, (Bucheli, M. Cabella,W. 2007:16) - indicadores de participación económica y educación - utilizando datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), año 2013, - con la finalidad de observar desde su situación actual - , y su articulación con las acciones afirmativas previstas (Ley 19.122), y las modalidades previstas en el acceso al mercado laboral de los jóvenes (Ley 19.133)

Principalmente a modo de contribuir en el esfuerzo de mantener la visibilidad de este tema, en su inserción en el imaginario colectivo, teniendo en cuenta que las Leyes 19.122 y 19.133 han sido promulgadas recientemente y aún se están concretando disposiciones contenidas en ellas y que no se cuenta aún con información específica relacionada con Seguridad Social desde la perspectiva étnica-racial.

El lector encontrará, referencias a los puntos principales de las leyes citadas, - acciones afirmativas y promoción de empleo juvenil - seguido de una mirada a los indicadores previstos, para finalmente considerar una visión conjunta.

2. La desconstrucción del universo de la no-alteridad

Mientras algunos especialistas expresan que nuestra sociedad se mantiene aún en el universo de la no-alteridad y ésta se constituye en la marca identitaria de la nación, otros especialistas (Arocena, 2013) dan cuenta que nuestro país es más diverso que su imaginación. Ambas observaciones muy significativas, en el sentido que la desconstrucción de la no- alteridad, que permita emerger y reconocer la diversidad, es un proceso cultural que conlleva tiempo y esfuerzos desde diversos sectores de la población⁴.

¹ Concepto definido de manera operativa por CEPAL EN 1994, desarrollado luego por los sociólogos Filgueira, C., Figueira F., y Kaztman, R. para definir situaciones o comportamientos que atraviesan las diferentes categorías y niveles de la sociedad y en ese sentido entendida como "... predisposición a descender a cierto nivel de bienestar a causa de una configuración negativa de atributos que actúan contra el logro de beneficios materiales (por ejemplo, ingresos, bienes) y simbólicos (status, reconocimiento, identidades compartidas). (Filgueira, C. 1998).

² Entendida - respecto a la vida en sociedad - .como el efecto combinado del nivel de brechas de bienestar entre individuos y entre grupos, los mecanismos que integran a los individuos y grupos a la dinámica social y el sentido de adhesión y pertenencia a la sociedad por parte de ellos http://www.oei.es/quipu/cohesion_socialAL_CEPAL.pdf.

³ Para la elaboración de categorías de ascendencia en grupos excluyentes de la población se siguió la metodología propuesta por las autoras referenciadas.

⁴ Las recomendaciones que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial realizó a Uruguay (abril 2011) se centraron en que si bien el país ha ratificado varios de los instrumentos internacionales y ha visibilizado a este grupo (afrodescendientes) a través de sus estadísticas, resta transitar hacia la adopción de políticas afirmativas que reviertan esas desigualdades: "El Comité recomienda al Estado que intensifique sus esfuerzos adoptando medidas

Como parte de este proceso en 2004, el estado uruguayo promulga un conjunto de leyes⁵, que incentivan el reconocimiento y equidad de los grupos étnicos culturales de nuestro país.

En setiembre 2013, hace lo mismo con la ley Nº 19.122 - reglamentada por Decreto Nº 144/014 del 22 de mayo 2014. El Artículo 2º de esta ley expresa:

“Declárase de interés general el diseño, promoción e implementación de acciones afirmativas en los ámbitos público y privado, dirigidas a los integrantes de la población afrodescendiente. Lo dispuesto tiene por propósito promover la equidad racial de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º de la Ley Nº 18.059, de 20 de noviembre de 2006, así como combatir, mitigar y colaborar a erradicar todas las formas de discriminación que directa o indirectamente constituyen una violación a las normas y principios contenidos en la Ley Nº 17.817, de 6 de setiembre de 2004. De este modo se contribuirá a garantizar el pleno ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; incorporando en el conjunto de medidas la perspectiva de género.

Mientras en el ámbito de oportunidades laborales para los jóvenes - en el mismo año 2013 - la estrategia es la implementación de la ley Nº19.133 Empleo Juvenil, la que habiendo iniciado su implementación, tiene pendiente la aprobación de su decreto reglamentario, a la fecha de realizar este comentario.

El propósito inclusivo de ambas normativas, centrado en favorecer la participación de las personas afrodescendientes en las áreas educativas y laboral a través de acciones afirmativas, (Ley Nº19.122), y promover el trabajo decente (Ley Nº19.133) de los jóvenes vinculados al empleo, la educación y la formación profesional desde la perspectiva de los derechos - sociales y económicos⁶, sin duda puede constituirse en un engranaje que colabore en la desconstrucción de la no-alteridad, y habilitar así la disminución de brechas.

3. Promoviendo la equidad étnico-cultural

3.1 Acciones afirmativas

Las acciones afirmativas consisten en políticas públicas expresadas mediante norma legal, decisión judicial u oficial, que procura oportunidades para los grupos segregados en la sociedad, que presentan condiciones de desventaja con respecto a los grupos dominantes.

En Uruguay, se encuentran definidas por Ley 19.122 del 21 de agosto de 2013, - reglamentadas en el Decreto 144/014 del 22 de mayo de 2014 - , plantean - con carácter de obligatorio varios lineamientos - , incluir la variable etnia-raza en los llamados para

especiales a favor de este grupo a fin de reducir las desigualdades y mejorar su integración efectiva a la sociedad uruguaya”.

⁵ Ley Nº 17.817 del 6 de setiembre de 2004 “Lucha con el racismo, la xenofobia y la discriminación”. La ley 18.059 del 20 de noviembre de 2006 referida a la institución “Día Nacional del Candombe, la cultura afro-uruguaya y la equidad racial”.

⁶ "Derechos sociales: derecho a la seguridad social, a la salud física y mental, Derechos económicos: a la alimentación, a la vivienda, al trabajo y al ingreso. Derechos culturales: el derecho a la educación y a los derechos de los grupos minoritarios (Shultz, 2002). Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) pueden ser derechos de carácter individual o para ser ejercidos y gozados por grupos de personas.

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/0/37630/DJaspers.pdf>

ocupar puestos de trabajo, (los organismos públicos el 8% de los cupos de trabajo para este colectivo Art. 4), la participación en los programas de capacitación y calificación, (el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional- INEFOP abrirá un cupo no menor el 8% en cursos de capacitación Art.5) y el usufructo de becas y apoyo estudiantiles. (Ministerio de Educación y Cultura, MEC asignará un 30% de becas).

3.2 Oportunidades laborales

El 20 de setiembre de 2013, el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 19.133 de empleo juvenil. Si bien la referida norma aún no ha tenido aplicación práctica debido a la ausencia de su Decreto Reglamentario, se ha resuelto comenzar su aplicación, trabajándose actualmente en su reglamentación, a efectos de otorgar subsidios para las empresas que contraten jóvenes en el marco de diferentes modalidades de contratación.

El objetivo que persigue esta norma consiste principalmente en promover el trabajo decente de las personas jóvenes, vinculando el empleo, la educación y la formación profesional desde la perspectiva de los derechos fundamentales.

Cuando hablamos de trabajo decente – expresa Gabriela Rodríguez, Dra. Gral. de Empleo - nos referimos a “ que tenga cobertura de salud social, que sea remunerado con los laudos correspondientes a las categorías salariales a las cuales el trabajador se sume, que pueda contar con todos los beneficios que tiene cualquier contrato de trabajo en el sector privado o público”

A través de esta ley se generan instrumentos para promover mayores oportunidades en el acceso al mundo del trabajo en relación de dependencia, así como la realización de prácticas laborales en el marco de programas educativos y de formación, la promoción de emprendimientos juveniles autónomos y el establecimiento de beneficios para aquellas empresas que contraten bajo las cuatro modalidades que ésta prevé.

4. Una mirada a la población según ascendencia étnico-racial

4.1 El problema de los datos

Es reiterado a nivel nacional⁷ e internacional⁸ - como uno de los principales problemas - la falta o insuficiencia de datos que permitan construir indicadores claros, para el análisis de la población según su ascendencia étnico-racial – afrodescendientes o indígena - en América Latina y el Caribe.

Si bien Uruguay cuenta tempranamente con mecanismos de recolección de información socio-demográfica - tales como censos de población y encuestas de hogares -, la visibilidad estadística del grupo de personas según ascendencia étnico- racial, - afro-negra, blanca, indígena, asiática-amarilla -, es relativamente reciente en la historia del país⁹.

⁷ En 2011 se realizó el último censo en Uruguay, luego de quince años desde el anterior en 1996. Una de las principales novedades fue la inclusión por primera vez de dos preguntas sobre la condición étnica de la población. Arocena, 2013:139.

⁸ CEPAL, Serie Políticas Sociales 118, UNFPA.

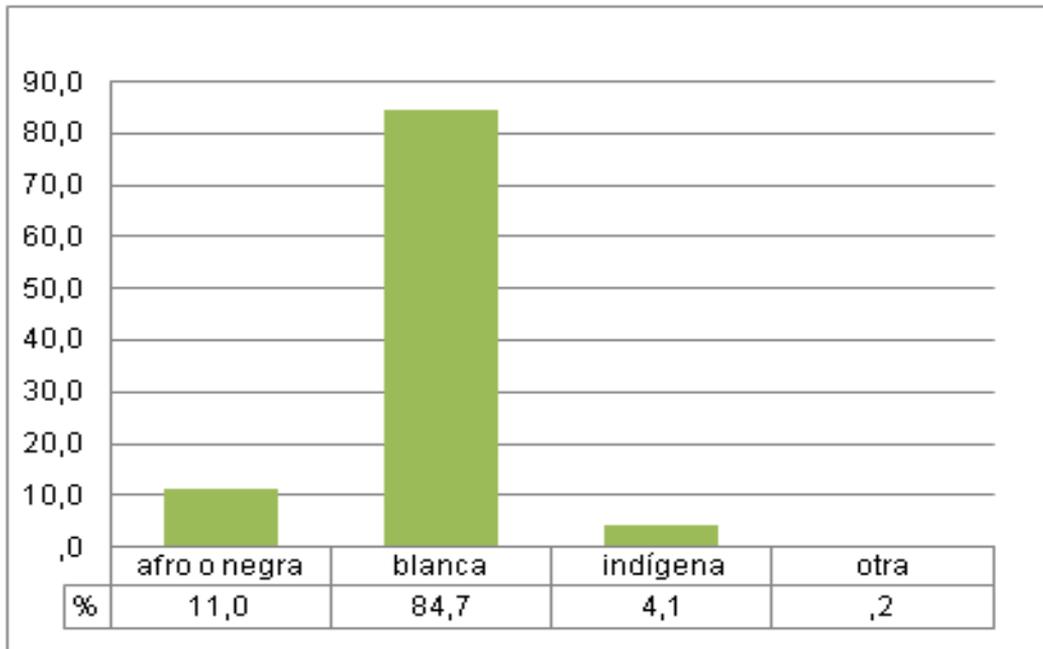
⁹ Uruguay cuenta con cinco Censos de Población realizados durante el siglo pasado (1908, 1963, 1975, 1985 y 1996). Pero es recién en el primer censo de este siglo (2011) que se pregunta sobre ascendencia étnico-racial de la población uruguaya y es posible conocer el número total de personas que se auto identifican con algún tipo de ascendencia. (UNFPA Población Afro en Uruguay)

Actualmente las Encuestas Continuas de Hogares (ECH) son fuente de referencia oficial para el análisis de indicadores sobre temas de población según su ascendencia y de hecho son las utilizadas por el Banco de Previsión Social (BPS) para analizar datos sobre la población según su ascendencia.

4.2 La población afro-negra, blanca e indígena en cifras

En la actualidad se estima que la población de nuestro país, según ascendencia étnico-racial está compuesta por un 85% de personas de ascendencia blanca, un 11% de personas con ascendencia afro-negra, un 4% de ascendencia indígena y un 0,2% de personas que se consideran con otra ascendencia.

Gráfico 1.
 Distribución de la población según ascendencia (en %)



Fuente: Elaborado con datos de la ECH, 2013.

5. Educación formal incompleta

Según se observa en el cuadro, a medida que se avanza en los ciclos educativos, disminuye la participación de la población. Seis de cada diez personas entre los 19 y 53 años, (66,5%) no finalizan los estudios en la educación media superior, un poco más de tres de cada diez, (34,2%) entre 16 y 53 años, no lo hacen en la educación media básica, casi el 4% no finaliza primaria, y casi el 2% de la población no sabe leer ni escribir.

Cuadro 1.

Personas con educación formal obligatoria incompleta por ascendencia y sexo, según nivel educativo alcanzado (en%).

	Afro-negra			Blanca			Indígena			Total Población
	Hombres	Mujeres	Sub Total	Hombres	Mujeres	Sub Total	Hombres	Mujeres	Sub Total	
No sabe leer ni escribir 1/	3,7	2,5	3,0	1,7	1,3	1,5	2,0	0,9	1,4	1,6
Primaria 2/	7,3	6,4	6,9	4,0	2,7	3,4	3,8	3,5	3,6	3,8
Ed. Media Básica 3/	51,7	47,3	49,4	36,5	28,7	32,5	36,1	28,8	32,1	34,4
Ed. Media Superior 4/	85,6	79,5	82,4	70,6	59,3	64,8	73,0	58,9	65,2	66,7

Fuente: elaborado con datos de la ECH, 2013.

1/ Personas analfabetas: 15 años y más.

2/ Primaria: entre 14 y 53 años.

3/ Educación Media Básica: entre 16 y 53 años.

4/ Educación Media Superior: entre 19 y 53 años.

Esta situación, si bien se observa en todos los sub-grupos etno-culturales, tiene mayor preponderancia en los jóvenes de ascendencia afro-negra. Es una diferencia que persiste, reiterándose - específicamente - en estas personas, niños y jóvenes - , en todos los niveles educativos. En términos comparados el analfabetismo y la no culminación de primaria - en la población de ascendencia afro-negra, alcanzan valores de casi el doble (3,0% y 6,9% respectivamente) en relación tanto a la población total (1,6%, 3,7%) como con los otros sub-grupos étnicos (blanca 1,5%, 3,4% e indígena 1,4%, 3,6)

En la enseñanza media básica y superior, son también bien notorias. Los valores de no culminación de estos dos ciclos, en el sub-grupo de ascendencia afro-negra superan las cifras de la población total. Esta distancia se manifiesta en relación a la población total en una brecha de 15,2% (49,4%, 34,2%) en el ciclo básico, y 15,9% (82,4%,66,5%) en el ciclo superior, mientras en los otros subgrupos, las brechas se sitúan en valores alrededor del 2% blanca, y del 2 y 1% en las personas de ascendencia indígena.

En cuanto a las brechas de género, se observan en todos los sub-grupos, - principalmente- en los niveles de enseñanza media y superior, siendo los hombres quienes mayormente interrumpen su vínculo con la educación formal. Veamos las brechas de género, según ascendencia y por ciclo: la comunidad indígena en el ciclo básico y superior las distancias se ubican en 7,3% y 14,1% respectivamente, en la comunidad blanca, 7,3% y 11,3%, y en la comunidad afro, las distancias alcanzan un 4,4% y 6,1% respectivamente. Si tenemos en cuenta las distancias de la población afro, con la población total, las brechas de género de la comunidad afro, son muy fuertes.

En términos gruesos, el nivel decisivo para considerar la actual relación entre logro educativo y movilidad socio-laboral, es el del ciclo secundario y su conclusión.

6. Participación Económica

Conocido es el papel clave que desempeña el trabajo en el bienestar social de la población, en tanto representa la principal fuente de ingresos para los hogares y constituye un vínculo fundamental en el acceso no solo al consumo, sino también a la seguridad social y a medios simbólicos de identidad e integración social. Además provee a las personas de autonomía económica y se constituye, así, en una fuente básica del bienestar inter temporal de la población.

Históricamente se ha manifestado como una fuente de discriminación y segregación étnica y racial, desde el uso de mano de obra esclava hasta la concentración de la población activa indígena y afrodescendiente en empleos mal remunerados, de escasa seguridad social y sin especialización ni capacitación. Sin duda, esta precaria inserción ocupacional depende hoy, en buena medida, de los bajos niveles educativos de las minorías étnicas y raciales.

6.1 Tasa de actividad

A nivel de la población en general, la participación económica se ubica en 63,6%, y al observar en su interior, - hombres 73,9%, mujeres 54,4% - la brecha de género alcanza el 19,5%.

Según los datos del cuadro 2 el grado de participación económica¹ de la población, según ascendencia étnica - racial es importante. Son casi siete de cada diez las personas (68,9%) de ascendencia indígena que participan en el mercado laboral, un poco más de seis de cada diez (66,4%) las personas de ascendencia afro-negra, mientras en la población de ascendencia blanca, son seis de cada diez (63,0%) las que trabajan.

Cuadro 2.

Tasa de actividad por sexo, según ascendencia étnico-racial (en%)

Ascendencia:	Hombres	Mujeres	Total
Afro negra	75,9	58,0	66,4
Blanca	73,5	53,6	63,0
Indígena	76,7	62,5	68,9
Total	73,9	54,4	63,6

Fuente: Elaborado con datos de la ECH, 2013

Son los hombres, - independiente de la ascendencia étnico-racial - quienes evidencian una mayor participación en la actividad económica en nuestro país.

Ahora bien, la participación varía, según sea hombre o mujer. En términos de participación, en la población de ascendencia indígena, la brecha de género es del 14,2%, - hombres 76,7% y mujeres 62,5% - en la población afro-negra la brecha es de 17,9% - hombres 75,9% y mujeres 58,0%, mientras en la población blanca la brecha de género alcanza a 19,9% - hombres 73,5%, y mujeres 53,6%.

El subgrupo que presenta mayor brecha de género es la de ascendencia blanca, - similar a la de la población total que alcanza 19,5% - en un punto intermedio la población de ascendencia afro-negra, y la menor brecha de género es en la población de ascendencia indígena.

6.2 Desempleo

La estimación puntual de desempleo en el 2013 se ubicó en 6,5% en el Total País. La brecha de género en desempleo es 3,2%, (hombres 5,0%, mujeres 8,2%).

En el total de la población económicamente activa, la de ascendencia afro-negra, es quien presenta el mayor nivel de desempleo² (9,9%), y también la mayor brecha de género 4,7%. La de ascendencia indígena 7,3% y de ascendencia blanca 6,0%. En ambas poblaciones la brecha de género en desempleo es 3,2%.

¹ Tasa de participación económica: Mide el grado de participación de la población en el mercado de trabajo. Cociente entre la población económicamente activa (definida como las personas que trabajan o buscan trabajo) de 15 años y más y la población total de 15 años y más, multiplicado por 100.

http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_participacioneconomica.htm.

El INE-Uruguay toma en el cociente la población de 14 años y más.

² Tasa de desempleo: Expresa el nivel de desocupación entre la población económicamente activa. Cociente entre la población de 15 años y más que no está trabajando y busca trabajo dividido por la población económicamente activa de 15 años y más (ocupados más desocupados).

http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_desempleo.htm.

El INE-Uruguay toma en el cociente la población de 14 años y más.

Cuadro 3.

Tasas de Desempleo total y en jóvenes por sexo, según ascendencia étnico-racial (en %)

Ascendencia:	General			Jóvenes 14-29 años		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Sub-total
Afro negra	7,7	12,4	9,9	15,8	23,8	19,2
Blanca	4,6	7,6	6,0	10,8	16,5	13,3
Indígena	5,8	8,8	7,3	12,6	18,1	15,2
Total	5,0	8,2	6,5	11,5	17,5	14,1

Fuente: elaborado con datos de la ECH 2013, INE

Una situación bien diferente ocurre en los jóvenes de 14-29 años según ascendencia étnico-racial, en el sentido que evidencian mayores valores porcentuales de desempleo, y brechas de género importantes.

A nivel de la población. La tasa de desempleo de esta población joven, se ubica en 14,1%, con una brecha de género 6,0%. Si se observa al interior según ascendencia, las brechas de género se evidencian con claridad. Es en los jóvenes de ascendencia afro-negra, donde surge la mayor brecha de género, en 8%, en los jóvenes de ascendencia blanca en 5,7% y en los jóvenes de ascendencia indígena, el valor se ubica en 5,5%.

O sea, entre los jóvenes de 14 y 29 años se está duplicando el desempleo de la tasa general y a su vez, el análisis en relación a las mujeres y varones, encontramos que el desempleo juvenil en las mujeres es mucho mayor que el desempleo juvenil en su generalidad.

7. Síntesis

En la actualidad se estima que la población de nuestro país según ascendencia étnico-racial está compuesta por un 85% de personas de ascendencia blanca, un 11% de personas con ascendencia afro-negra, un 4% de ascendencia indígena y un 0,2% de personas que se consideran con otra ascendencia.

Las brechas educativas y de participación económica que se observan según ascendencia étnico-racial, están focalizadas en el sub-grupo de afrodescendientes. En términos educativos quienes más ciclos educativos incompletos presentan, - educación media básica y educación media superior - son las personas pertenecientes a esta comunidad.

Son muy importantes las distancias que este grupo mantiene en relación a la población total, con valores de 15% y 16%, respectivamente, lo que sumado a las brechas de género, - 4% y 6% -, da cuenta que en este sub-grupo, es importante el contingente de hombres y mujeres que no culminan secundaria.

En ese sentido, pensando en la articulación de estos datos con las normativas dispuestas (Ley 19.122 y Ley 19.133) se puede plantear que entre las acciones afirmativas previstas, la que cobra mayor relevancia está relacionada con la Educación (usufructo de becas y apoyos estudiantiles a ser instrumentadas por el MEC) otorgando posibilidades para mantenerse y culminar la enseñanza media superior.

La participación económica en el mercado laboral de cada sub-grupo étnico, refleja una importante participación de las personas de todas las comunidades. Es similar e incluso supera la estimación del total país, (64%), ya que los valores según ascendencia y sexo oscilan entre 54% y 77%. Las diferencias surgen al interior de cada sub-grupo étnico, donde las brechas de género, - 14,2% indígenas, 17,9% afrodescendientes, 19,9% blanca - cobran relevancia. En general son los hombres quienes evidencian mayor participación en el mercado laboral.

Mientras en la población económicamente activa, es en los jóvenes entre 14-29 años, donde se presentan las mayores tasas de desempleo. Y es en los jóvenes del sub-grupo de ascendencia afro-negra donde se ubican la mayor tasa de desempleo (19,2%) y la mayor brecha de género (8%), los jóvenes de ascendencia indígena (15,2%) con una brecha de género 5,5%, los jóvenes de ascendencia blanca (13,3%) y su brecha de género se ubica en 5,7%.

Llegado a este punto, se confirma la importancia de la ley de empleo juvenil. La interrogante que queda planteada es si muchos de estos jóvenes - principalmente los de ascendencia afro-negra - ¿a qué modalidad de contratación podrán acceder? Nuevamente confirmaría como acción afirmativa relevante la educación.

La educación constituye el principal mecanismo para acumular capital humano y tener buenas oportunidades de acceso al empleo en las trayectorias de vida. A la vez es el expediente para contar con tasas de retorno a lo largo de la carrera laboral, que impliquen ingresos y consiguiente acceso a bienestar. Y cada vez más, capital cultural y capital humano son los activos para participar de los códigos culturales que hacen de fuelle entre tradición y cambio, ejercer ciudadanía activa y comunicarse en la sociedad de la información. Poca o mala educación es, por tanto, aguafiestas de la inclusión social. (Hopenhayn, 2012:1).

8. Fuentes consultadas

Arocena, F. 2013. Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, vol. 26, n.º 33.

Bucheli, M. y Cabella, W. 2007. Informe temático. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. El perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia

BPS, 2013 Indicadores étnico-raciales

CEPAL Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. Martín Hopenhayn, Álvaro Bello, Francisca Miranda. División de Desarrollo Social. S E R I E políticas sociales 118

..... <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/0/37630/DJaspers.pdf>

..... http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_desempleo.htm

Hopenhayn, M, 2012 El encadenamiento educación y empleo: entre eslabón perdido y reproducción de las desigualdades* Hopenhayn, M.
iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2012/11/enfoco22.pdf

INE Encuesta Continua Hogares, 2013 www.ine.gub.uy

MIDES, 2013 Estadísticas de Género

http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/93_file2.pdf

Olaza, Mónica, Mag. RACISMO Y ACCIONES AFIRMATIVAS EN URUGUAY Facultad de Psicología. molaza@psico.edu.uy. Facultad de Ciencias Sociales (FCS)

Rodríguez, G. 2008. Directora Nacional de Empleo, <http://suplemento.buscojobs.com.uy/2014/08-oct>. Consulta marzo 2015.

UNFPA -Naciones Unidas – Población y Políticas Públicas. Apuntes para el Debate. Población Afro en Uruguay. Ahora visibles pero sin políticas
http://www.unfpa.org/userfiles/publications/65_file1.pdf

Ley 19.122 Decreto Reglamentario 144/014 – Ley 19.133
<http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/decreto-reglamentario-acciones-afirmativas>.

**PRINCIPALES CAMBIOS EN EL
SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY.
Avances hacia la universalidad del
aseguramiento.**

**Soc. María Alejandra Gallo
Soc. Santiago Sosa**

PRINCIPALES CAMBIOS EN EL SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY. Avances hacia la universalidad del aseguramiento.

Soc. María Alejandra Gallo

Soc. Santiago Sosa

Asesoría en Políticas de Seguridad Social

Febrero 2015

En el presente artículo se recorren las principales modificaciones instrumentadas en el Sistema de Salud del Uruguay a partir del año 2005. El trabajo intenta ofrecer una aproximación al funcionamiento estructural del nuevo sistema y a los cambios más significativos en materia de cobertura de aseguramiento para la población. Con ese objetivo, se realiza al inicio una lectura diagnóstica de los problemas existentes en el antiguo sistema de salud. Seguidamente, se exponen las principales transformaciones que supuso la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud. Finalmente, se muestra la evolución en la cobertura del Seguro de Salud a partir de datos del Banco de Previsión Social (BPS) y de la Encuesta de Hogares (ECH).

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se enmarca en el proceso de reforma social llevado adelante en Uruguay a partir del año 2005, que supuso un cambio en la matriz de protección social en la que se articulan políticas universales, focalizadas y de acción afirmativa.

En lo que respecta al componente de políticas sectoriales universales, de las que la reforma de salud forma parte, el proceso se orientó hacia el aumento de la cobertura y la puesta en marcha de instrumentos para facilitar el acceso y la mejora de la calidad de las prestaciones.

La estructura de este nuevo Sistema de Salud se puede rastrear en varias leyes y decretos. El decreto 133/005 (2005), que crea el Consejo Consultivo para la implementación del SNIS; la Ley 17.930 (2005) de Presupuesto Quinquenal, que establece que el Sistema se articulará sobre la base de complementación público-privada y orientará su estrategia a privilegiar el primer nivel; la Ley 18131 (2007), que crea el Fondo Nacional de Salud; la Ley 18161 (2007), que descentraliza los servicios de salud del estado (ASSE); y la Ley 18211 (2007), que plasma principios rectores y objetivos, reglamenta el derecho a la salud y la modalidad de acceso, crea la Junta Nacional de Salud y los lineamientos para el financiamiento del Sistema.

1. Principales dificultades del sistema de salud previo a la reforma

Desde sus orígenes, los servicios de salud en el Uruguay han tenido un importante desarrollo histórico, tanto desde los primeros movimientos asociativos (mutuales y cooperativos) como de los sucesivos impulsos modernizadores por parte del Estado. La profesión médica logró alcanzar tempranamente el monopolio del conocimiento y de la práctica sobre la atención en salud, unido a la presencia de una sociedad civil dinámica expresada en diferentes formas institucionales asociativas que desarrollaron una importante cobertura en los servicios de salud. Estas instituciones se vieron impulsadas por la incorporación de mecanismos financieros a través de los seguros de salud, cuya integración se consolidó en los años sesenta con la creación del BPS¹. El sistema contaba así con un pilar privado extendido, financiado en buena parte por los fondos del seguro de salud que el BPS volcaba de manera uniforme a las mutualistas (es decir, sin considerar cápitas de riesgos asociados). Los fondos del seguro provenían de aportes de trabajadores y empleadores, beneficiando a los trabajadores privados contribuyentes (no a sus familias) y a los jubilados de menores ingresos² (Lagomarsino, 2009, p. 90).

Además de la cobertura mutual, el sistema presentaba una gran heterogeneidad de formas de acceso a las prestaciones de salud. En el sector privado, junto a las mutualistas coexistían los seguros privados con fines de lucro, brindando cobertura parcial o integral a una pequeña franja poblacional de ingresos altos. Éstos contaban con mayor flexibilidad de actuación y de selección de riesgos en el mercado. En relación a la cobertura parcial cabe mencionar los servicios de emergencia móvil, de gran impulso en la década de los

¹ Luego, en dictadura, la administración del seguro unificado de salud pasó a manos de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), para volver al BPS con su reinstitucionalización en 1986, en el periodo de la reapertura democrática.

² Los trabajadores aportaban el 3% del salario y los empleadores el 5%. En algunos casos el empleador también debía abonar un "complemento de cuota mutual" cuando existía una diferencia entre el total de contribuciones y el total del valor de cuota mutual respecto a los dependientes a cargo. Los jubilados de menores recursos cubiertos aportaban el 3% de su jubilación, mientras que los jubilados que no accedían al seguro aportaban al sistema el 1%. Finalmente, el Estado financiaba el déficit del Seguro de Enfermedad a través de transferencias de Rentas Generales (MSP, 2009, p. 26).

noventa. Con su expansión se extendió también el tipo de prestaciones que ofrecían, cubriendo parte de los servicios de policlínica, atención domiciliaria (no necesariamente de emergencia) y de primeros diagnósticos no especializados. Con ello el servicio se alejaba de su función de atención de emergencias y emergían problemas de superposición y de descoordinación³. Otro caso particular son los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que brindan prestaciones de alta complejidad. Se trata de instituciones públicas o privadas, a veces propiedad de las mutualistas, que son contratadas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), con el cual se financian procedimientos que demandan una alta concentración de recursos humanos y materiales.

Respecto a los trabajadores públicos, se presentaba una multiplicidad de situaciones en tanto dependían de la cobertura y forma de pago que cada organismo regulara. Se producían configuraciones de gran inequidad en tanto las coberturas iban desde paquetes integrales con beneficios adicionales hasta situaciones de desprotección (Arbulo et al, 2012, p. 14). Por otra parte, algunos colectivos de trabajadores privados y públicos contaban con las llamadas Cajas de Auxilio que implicaban situaciones muy ventajosas para dichos colectivos en relación a las prestaciones, los aportes y los subsidios en caso de enfermedad (Arbulo et al, 2012, p. 17).

Por otra parte los servicios estatales, si bien extendidos, contrastaban fuertemente con los servicios privados y mutuales, concentrando a las personas de menores ingresos que no cotizaban a la seguridad social. En el sector público también existía una gran heterogeneidad institucional y de tipos de cobertura. La mayor parte de ella estaba a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP), y desde 1987 a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La misma se creó como organismo desconcentrado⁴, con el cual los otros prestadores públicos de salud deberían coordinar sus actividades “a fin de evitar la superposición y la subutilización de recursos” (Arbulo et al, 2012, p. 14).

Estos otros prestadores tenían una naturaleza variada. El Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República, funcionó como hospital general tanto como un ámbito referente de formación de profesionales de la salud. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial eran prestadores públicos integrales que ofrecían cobertura a los funcionarios del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente, así como a sus familiares y a los funcionarios retirados de dichos organismos. También funcionaban las Policlínicas Municipales brindando servicios del primer nivel de atención a lo largo del país, financiadas por las propias intendencias. También cabe mencionar al Sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE), que brindaba atención a los trabajadores formales a través del seguro contra accidentes laborales. Finalmente, el BPS, además de la gestión de los fondos del seguro de salud (ex DISSE), también participaba de la prestación de servicios de salud a través del servicio de asignaciones familiares, brindando atención médica materno-infantil.

La marcada fragmentación del sistema y segmentación de la cobertura señaladas, así como otras dificultades, se fueron acumulando en las últimas décadas del siglo XX, llevando a la crisis del sistema de salud en los años noventa, tanto de los aspectos asistenciales como del financiamiento. Si bien estos y otros problemas estructurales del sistema de salud fueron numerosos diagnosticados por un amplio abanico de actores políticos y sociales vinculados a la salud, hubo dificultades para alinear las condicionantes

³ Esto además de distorsionar su función original y de tener como consecuencia una superposición de tareas, presentaba el problema adicional de la poca continuidad en la atención (MSP, 2009, p. 24)

⁴ Tal figura representó un paso en la separación de funciones de asistencia de salud y de rectoría, aunque aún implicaba la dependencia de ASSE respecto al MSP (Arbulo et al, 2012, p. 14).

político-institucionales que impulsaran cambios profundos que atacaran las problemáticas más críticas del sistema (Fuentes, 2010, p. 120).

Resumidamente, el “consenso diagnóstico”⁵ expresaba:

- El predominio de un enfoque curativo y asistencialista.
- Un estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a profundos cambios demográficos y de la estructura epidemiológica de riesgos
- Debilidades en las capacidades rectoras del Ministerio de Salud Pública (MSP), confusión de funciones de regulación y gestión que llevaron a dificultades de liderazgo sectorial para la producción de políticas de largo plazo.
- Inequidades salariales y multiempleo generalizado de los trabajadores de la salud.
- Una fragmentación institucional del campo de la salud y de la oferta de servicios, sin una adecuada coordinación de agentes y tipos de cobertura, con problemas de superposición y de segmentación socioeconómica y territorial.
- Una estratificación del acceso a servicios, fuertemente marcada por la distinción público/privado. En la provisión pública existía una importante infraestructura pero con carencias en términos de recursos presupuestales.
- Si bien existía una alta inversión en salud (casi 9% del PBI) y el financiamiento se daba en proporciones prácticamente iguales entre el público y el privado, los proveedores privados utilizaban un 75% de ese financiamiento, mientras que los públicos utilizaban el 25 % restante, por lo que el gasto por afiliado era mucho mayor en el sector privado.
- Carencias en el marco regulatorio de la provisión privada de servicios, tanto en la especificación normativa de los niveles adecuados de servicios como de la canasta de prestaciones incluidas en el seguro. Asimismo, la regulación de los precios de las tasas moderadoras sirvieron a veces más como un instrumento de regulación macroeconómica o de financiamiento de las IAMC que como el producto de una política sectorial.
- Carencias de objetivos sanitarios o de eficiencia en el mecanismo de pago del seguro a los prestadores de salud; no consideraba ninguna forma de pago ajustada a riesgo o a desempeño, sino que se calculaba en base a la información entregada por las IAMC en relación con los diversos costos de afiliación privada.

⁵ Basado en (MSP, 2009), (Fuentes, 2010) y (Lagomarsino, 2008).

2. La Reforma como respuesta. Cambios en el modelo de gestión, de atención y de financiamiento.

Las transformaciones en la política de salud intentaron dar respuesta a los problemas detallados anteriormente a través de la transformación del Modelo de Gestión, el Modelo de Atención y el Modelo de Financiamiento, bajo los principios de Justicia Contributiva, Universalidad en el acceso, Participación Social y Conducción del Estado.

En lo que tiene que ver con el Modelo de Gestión, las modificaciones centrales apuntan a mejorar la eficiencia y aumentar los niveles de transparencia, principalmente a través del fortalecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional y la participación social en los órganos de dirección del SNIS. Además, la creación de ASSE por ley como servicio descentralizado y de la JUNASA como herramienta institucional, supusieron un fortalecimiento del rol de conducción y rectoría del MSP.

Las transformaciones principales en el Modelo de Atención se orientan al fortalecimiento de una estrategia de asistencia que privilegia el primer nivel, la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud. Esta orientación se sustenta sobre la puesta en marcha de herramientas específicas, como el Plan Integral de Prestaciones, las Cuotas de Salud y la fijación de Metas Asistenciales, y los contratos de gestión.

El cambio en el Modelo de Financiamiento supuso la instauración del Seguro Nacional de Salud (SNS), administrado por la JUNASA. El SNS está financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que recibe los recursos de trabajadores/as y jubilados/as, organismos estatales y empresas, y aportes estatales.

Tasas de aporte al SNS		Remuneración					
		Hasta 2,5 BPC			Mayor 2,5 BPC		
		Aporte Básico	Aporte Adicional	TOTAL	Aporte Básico	Aporte Adicional	TOTAL
Sin cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	0%	3%	3%	1,5%	4,5%
	Con hijos	3%	0%	3%	3%	3%	6%
Con cónyuge o concubino (*)	Sin hijos	3%	2%	5%	3%	3,5%	6,5%
	Con hijos	3%	2%	5%	3%	5%	8%

Fuente: BPS (Web)⁶

Los aportes personales se realizan por tasas porcentuales progresivas, según niveles de ingreso y composición del grupo familiar, en concordancia con el principio aportación diferencial de acuerdo a posibilidades contributivas⁷. Se establece un 3% como aporte básico para trabajadores cuyos ingresos no superen las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC⁸). Si el ingreso es mayor, el porcentaje es 4,5%, y si además tiene hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a su cargo, la contribución es 6%. En los casos en que se cubre al cónyuge o concubina, se le agrega un descuento adicional de 2%. Los empleadores aportan adicionalmente el 5% referido al trabajador asegurado.

⁶ Más información sobre tasas en: http://www.bps.gub.uy/835/regimen_general.html y en: http://www.bps.gub.uy/3476/afiliacion_mutual.html

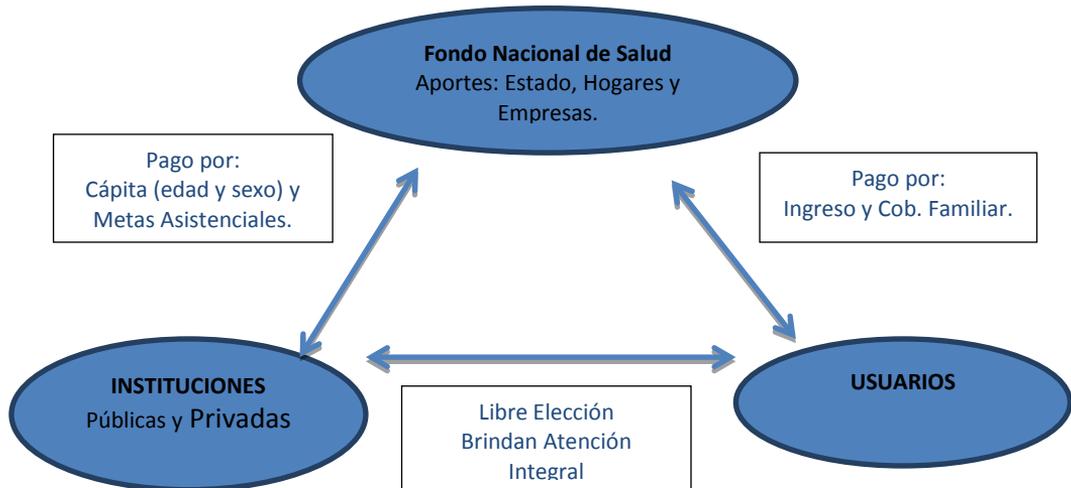
⁷ Con lo cual se instituyeron mayores niveles de solidaridad en el financiamiento del sistema (Antía et al, 2013).

⁸ La BPC se actualiza anualmente, al 01/01/2015 tiene un valor de \$3.052.

Por otra parte, los jubilados que han ido ingresando al sistema, lo hacen con una aportación similar; el 3% a los jubilados con ingresos menores a 2,5 BPC, 4,5% a los jubilados con ingresos mayores a 2,5 BPC sin hijos a cargo y 6% los que sí tengan a cargo hijos menores a 18 años o mayores con discapacidad. El aporte asciende a 8% cuando además de superar las 2,5 BPC de ingresos, se cubre al cónyuge o concubino/a. Los jubilados que no queden cubiertos por el seguro, aportan un 1%.

Además de las modificaciones en los aportes, la Reforma incorporó dos nuevas formas de pago por servicios de salud a los prestadores: el pago capitolativo ajustado por riesgo y el pago por meta asistencial. En lo que respecta al primero, consiste en la asignación de un pago diferente por grupos poblacionales de acuerdo a sexo y edad. En este sentido, se optó por estimar el gasto esperado de los usuarios a partir de un estudio del gasto en salud retrospectivo según sexo y edad. El pago por meta asistencial, se trata de un pago por desempeño en función de resultados obtenidos en el cumplimiento de metas asistenciales fijadas. Constituyen un instrumento para orientar la atención de los prestadores hacia los objetivos trazados por el SNIS y las políticas delineadas por el MSP. De acuerdo con Buglioli et al (2010, p 20), *“son quizás las herramientas más potentes para contribuir, desde el financiamiento, al cambio del modelo de atención.”*

Diagrama 1. DISEÑO DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)



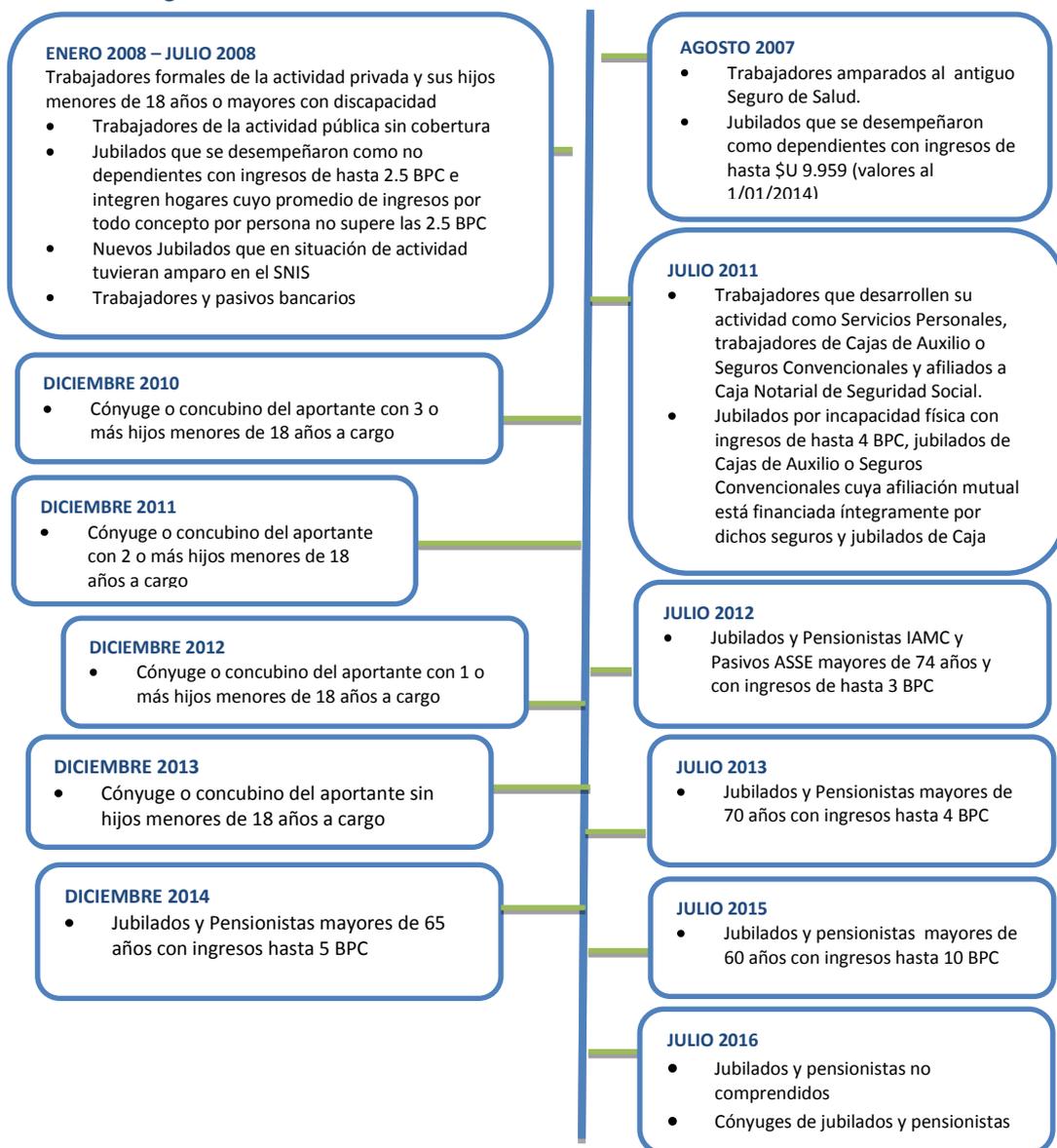
En base a OPS (2009)

3. Incorporación gradual de colectivos hacia la universalidad de aseguramiento

Como se mencionó anteriormente la universalidad en el acceso es uno de los principios claves detrás de estas transformaciones. En este sentido, la Reforma apuntó a alcanzar la universalización de cobertura del Seguro Nacional de Salud a partir de una integración progresiva de colectivos y la mejora en el acceso de las prestaciones. (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014). Este proceso, que buscó disminuir la brecha entre la cobertura formalmente consagrada y el ejercicio efectivo del derecho, implicó una ampliación del aseguramiento. Esto supuso, por un lado, que el Seguro Nacional de Salud integrara - en etapas - a toda la población y no sólo a las personas amparadas a la seguridad social de la actividad privada. En este sentido se dispuso un formato de

cobertura social, que diera acceso al beneficio por parte de la familia de las personas aseguradas (cónyuges, concubinos e hijos). Asimismo, la prestación se amplió más allá de la condición de actividad, incluyendo (progresivamente) a personas jubiladas y pensionistas. Por otro lado, se intentó romper con la segmentación en el acceso, a partir de la complementariedad de servicios público-privados.

Diagrama 2. INCORPORACIÓN GRADUAL DE COLECTIVOS AL SNIS – FONASA



En base a MSP (2009), CNPS (2014), BPS (Web) y normativa vigente

4. Principales Resultados

El tránsito hacia la universalidad en la cobertura de aseguramiento a la salud, puede ilustrarse a partir de información del BPS sobre la cantidad de afiliados y a través de procesamientos específicos de la Encuesta Continua de Hogares.

**Cuadro 1 -
EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE AFILIADOS ACTIVOS y PASIVOS DEL BPS 1/ CON CUOTA MUTUAL,
AÑOS 1998 - 2007**

Año	Afiliados Activos	Variación Acumulada	Afiliados Pasivos	Variación Acumulada
1998	594.514	*	45.751	*
1999	580.070	-2,4%	47.978	4,9%
2000	559.231	-5,9%	46.859	2,4%
2001	519.434	-12,6%	47.046	2,8%
2002	468.618	-21,2%	46.789	2,3%
2003	472.155	-20,6%	46.836	2,4%
2004	519.239	-12,7%	48.657	6,4%
2005	570.661	-4,0%	49.154	7,4%
2006	615.010	3,4%	50.051	9,4%
2007	696.305	17,1%	52.560	14,9%

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

El cuadro 1 muestra el número de afiliados del BPS con cuota mutual del antiguo seguro de salud hasta la puesta en marcha del SNIS. La cantidad de afiliados activos es bastante constante hasta el año 1998, para luego descender considerablemente hasta el 2003. Esto es así porque el antiguo seguro de salud, estrechamente vinculado a la condición de actividad amparada a la seguridad social, acompañó el devenir de la crisis del país, que empezó a manifestarse en 1999 y se desató con mayor fuerza en el año 2002. En ese año, como resultado de la crisis financiera y económica, la cantidad de cotizantes a la seguridad social se vio disminuida significativamente por el aumento del desempleo y de la informalidad. En el 2003, cuando esta situación comienza a revertirse, los afiliados activos al seguro acompañan esa tendencia, que en el año 2007 alcanza a cerca de 700.000 personas. Por otro lado, se observa que la evolución de la cantidad de afiliados pasivos, cuyo aseguramiento no depende de su participación en el mercado de empleo, no se ve afectada por la crisis. En relación a esto, es posible afirmar que desde el punto de vista formal, el nuevo seguro de salud -que separa el acceso al beneficio de la condición de actividad amparada a la seguridad social- es un paraguas de protección social más abarcativo en al menos, dos sentidos. Por un lado, otorga aseguramiento a más colectivos de personas; por otro, en principio, parecería menos vulnerable a los vaivenes de la economía y el mercado de empleo.

Cuadro 2ª -

CANTIDAD DE AFILIADOS CON CUOTA MUTUAL SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN 1/, AÑOS 2008 - 2013

Año	Activos privados	Activos públicos	Pasivos	Menores	Paraestatales	Cónyuges y concubinos	Total
2008	741.691	120.610	72.033	435.664	7.745	**	1.377.743
2009	766.448	129.683	87.891	462.762	12.689	**	1.459.473
2010	805.646	132.810	109.972	488.042	18.727	629	1.555.826
2011	904.679	138.890	140.955	567.964	45.366	30.027	1.827.881
2012	933.734	141.906	317.497	593.926	48.243	72.972	2.108.278
2013	955.786	146.153	353.728	611.418	50.888	133.389	2.251.362

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

Los primeros resultados de la reforma pueden verse en el cuadro 2a, que resume la información acerca de la cantidad de afiliados con cuota mutual por tipo de afiliación. Para Diciembre del año 2008, la cantidad total de afiliados era casi el doble que el año anterior, y en el año 2013 alcanzaba a 2.251.362 un valor cercano al 70% del total de la población del país. La evolución de las distintas formas de afiliación se puede apreciar en el cuadro 2b, donde se constata su crecimiento en los distintos colectivos, particularmente en los momentos de su progresiva inclusión en el seguro.

Cuadro 2b -

Evolución del índice de afiliados con cuota mutual según tipo de afiliación, años 2008 - 2013 (base 2008=100)

Año	Activos privados	Activos públicos	Pasivos	Menores	Paraestatales	Cónyuges y concubinos (*)	Total
2008	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0
2009	103,3	107,5	122,0	106,2	163,8		105,9
2010	108,6	110,1	152,7	112,0	241,8		112,9
2011	122,0	115,2	195,7	130,4	585,7	100,0	132,7
2012	125,9	117,7	440,8	136,3	622,9	243,0	153,0
2013	128,9	121,2	491,1	140,3	657,0	444,2	163,4

Fuente: Elaboración propia en base a AEA-AGSS Boletín estadístico
(*) Base año 2011

Un ejercicio interesante es analizar la composición por género de las distintas formas de afiliación, a partir de la observación de los recibos pagados a IAMC y ASSE. Especialmente, resulta valioso detenerse en el caso de la afiliación correspondiente a la actividad privada y la afiliación de cónyuges y concubinos.

Cuadro 3-
CANTIDAD DE RECIBOS PAGADOS A I.A.M.C. Y ASSE DE AFILIACIÓN DE ACTIVIDAD PRIVADA 1/ POR SEXO, AÑOS 2008 - 2013

Año	Sexo Femenino	(%)	Sexo Masculino	(%)
2008	305.385	40,5	449.012	59,5
2009	318.964	40,9	460.271	59,1
2010	336.544	41,2	480.958	58,8
2011	383.369	42,0	530.191	58,0
2012	399.089	42,3	544.171	57,7
2013	410.444	42,6	553.202	57,4

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

En lo que corresponde al primer grupo (Cuadro 3), se observa que la proporción de personas activas de la afiliación privada de sexo masculino es superior a la femenina durante todo el periodo analizado, aunque con tendencia a la disminución de la brecha entre unas y otros. Esto es concordante con la relación de mujeres y varones en el total de cotizantes, explicado por las mayores tasas de actividad y empleo masculina y posiblemente, por las condiciones laborales. Esta situación deja en evidencia que cuando el acceso a derechos de protección social se circunscribe a la condición de actividad, éste tiende a reproducir las desigualdades de género existente en el mercado de trabajo. En ese sentido, la puesta en marcha de un seguro de salud que en buena medida, se distancia del mercado de trabajo, supone una ampliación en el acceso al derecho que amortigua esas desigualdades.

Cuadro 4 -
CANTIDAD DE RECIBOS PAGADOS A I.A.M.C. Y ASSE DE AFILIACIÓN DE CÓNYUGES Y CONCUBINOS 1/, AÑOS 2010 - 2014

Año	Sexo Femenino	(%)	Sexo Masculino	(%)
2011	25.255	81,7	5.643	18,3
2012	57.781	78,0	16.316	22,0
2013	102.636	74,8	34.625	25,2
2014	135.981	73,0	50.313	27,0

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

En lo tiene que ver con la afiliación de cónyuges y concubinos (Cuadro 4), su observación puede funcionar como contracara del análisis de las personas activas de afiliación privada. En tal sentido, se destaca que la proporción de mujeres que acceden al seguro de salud en calidad de cónyuges y/o concubinos, supera durante todo el periodo considerado en más de 50 puntos a la afiliación masculina. Como puede verse la distancia entre ambos grupos, tiende a acortarse poco a poco, posiblemente por las características de inclusión gradual de los cónyuges y concubinos. A partir de la integración del último grupo en el 2013 podemos esperar que la brecha se establezca al desaparecer los sesgos de la inclusión por etapas. En cualquier caso, el formato de ampliación de cobertura a la familia del/a trabajador/a asegurado/a supone un avance hacia la universalidad del seguro que beneficia especialmente, a las mujeres.

**Cuadro 5 -
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL SEGÚN LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATIENDEN,
2006 – 2013, TOTAL PAÍS**

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	40,9	6,7	2,3	0,8	43,5	3,0	2,7
2007	39,7	6,6	2,0	1,0	44,0	4,7	2,1
2008	33,1	6,7	1,7	0,3	52,0	4,5	1,9
2009	33,4	6,1	1,1	0,1	54,8	2,9	1,7
2010	34,9	5,8	0,9	0,1	54,4	2,6	1,4
2011	32,4	5,3	1,1	0,1	57,9	3,0	0,2
2012	31,3	5,4	1,2	0,1	59,1	2,7	0,2
2013	31,2	5,3	0,7	0,0	60,0	2,6	0,1

Fuente: APSS - SISS en base a ECH

Las transformaciones iniciadas con la instauración del SNIS, particularmente la inclusión de nuevos colectivos al seguro, implicó cambios en la redistribución de la cobertura entre los diferentes prestadores. El cuadro 5 muestra que la proporción de personas que se atendían en instituciones públicas descendió alrededor de 10%, mientras que la proporción de personas que se atiende en alguna mutualista aumentó de un 43,5% en el 2006 a un 60,0% en el 2013. Por otra parte se observa que la proporción de personas que señalan no atender su salud disminuyó casi totalmente en el mismo período. Ello parece indicar que la puesta en marcha del nuevo sistema condujo a la disminución la brecha entre el acceso formal al beneficio y el pleno ejercicio del derecho, esto es: entre la posibilidad de atención y la atención efectiva. También se observa una reducción en la proporción de atención en los otros prestadores considerados, posiblemente por la efectivización de nuevos derechos a través de las sucesivas inclusiones de subpoblaciones en el FONASA que anteriormente estaban cubiertas por otros servicios (Sanidad Policial, Militar, Policlínicas Municipales, Área de Salud del BPS y otros seguros privados).

**Cuadro 6 -
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE HASTA 13 AÑOS, POR INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATIENDE, AÑOS 2006 – 2013, TOTAL DE PAÍS**

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	57,9	7,0	4,2	3,5	22,1	3,6	1,5
2007	57,1	7,0	3,8	4,0	21,4	5,8	0,9
2008	39,2	6,8	2,8	1,2	45,3	4,2	0,6
2009	37,6	6,0	1,5	0,4	51,1	2,7	0,8
2010	39,4	5,5	1,3	0,2	50,6	2,4	0,6
2011	35,1	4,6	1,5	0,4	55,7	2,6	0,1
2012	34,0	4,7	1,7	0,3	56,9	2,4	0,0
2013	33,3	4,8	1,2	0,2	58,2	2,4	0,0

Fuente: APSS - SISS en base a ECH

Estos cambios se perciben más claramente si se observa esta distribución en la población de menores de 14 años (Cuadro 6). En el 2006 un 57,9% de estos menores se atendían a través del MSP/ASSE, mientras que al final del período examinado este porcentaje se redujo a 33,3%. Casi en la misma proporción, pero inversamente, se observa la evolución de la cobertura de la misma población en las IAMC, desde el 22,1% hasta el 58,2%.

Otro rasgo importante para el análisis de la redistribución de la cobertura, tiene que ver con los cambios en el perfil de ingreso de las personas que se atienden en cada prestador. Como se comentó previamente, existía una marcada segmentación de la atención de la salud pública o privada según niveles de ingreso. En el cuadro 7 se observa que esta estructura comienza a cambiar a partir del 2008, con un descenso de la proporción de cobertura por ASSE de las personas con hasta 3 BPC de ingreso per cápita y un aumento importante de la cobertura de las IAMC.

**Cuadro 7 -
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL CON HASTA 3 BPC DE INGRESO PER CÁPITA. DEL HOGAR
POR TIPO DE INST. DE SALUD, AÑOS 2006 – 2013, TOTAL PAÍS**

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	57,9	7,3	3,3	1,2	25,3	2,0	3,0
2007	58,0	7,2	3,0	1,4	25,1	3,0	2,3
2008	50,3	7,3	2,8	0,5	34,8	2,1	2,3
2009	51,8	6,3	1,7	0,2	36,9	1,3	1,9
2010	52,2	6,0	1,4	0,1	37,8	1,0	1,6
2011	53,1	5,2	1,8	0,2	38,3	1,1	0,3
2012	52,6	5,3	2,1	0,1	38,8	0,9	0,2
2013	52,7	5,3	1,3	0,1	39,8	0,7	0,1

Fuente APSS - SISS en base a ECH

5. Conclusiones

En este artículo se exponen los principales cambios en el Sistema de Salud del Uruguay a partir de la Reforma iniciada en el año 2007. Ésta se basó en el diagnóstico de una serie de problemas que acumulaba el anterior sistema, entre los que se destacan: la fragmentación institucional, la segmentación de la cobertura, la estratificación del acceso a los servicios y ciertas carencias en los marcos regulatorios, que se expresaban en dificultades de gestión y de rectoría del sistema, así como de racionalidad de los mecanismos de financiamiento.

A partir de esa lectura, los cambios llevados adelante supusieron modificaciones en tres ejes: Atención, Financiamiento y Gestión, orientados a alcanzar la universalidad de aseguramiento. En concordancia con la Reforma Social, estas transformaciones se alinearon a los principios de conducción del estado, gobernanza participativa, equidad contributiva y universalidad en el acceso.

El análisis sobre afiliación FONASA en base a datos del BPS, muestra que la estructuración de un Seguro de Salud amplio, no limitado a la participación en el mercado de trabajo, supone una cobertura más abarcativa en tanto incorpora a más colectivos que antes solo podían atenderse en el sistema público o a través del pago de bolsillo de atención privada. Además, podría redundar en una cobertura más estable, en la medida en que se distancia de los ciclos económicos a los que el mercado de empleo se encuentra sujeto.

La observación de la evolución de los afiliados al FONASA, considerando ciertas subpoblaciones relevantes, muestra una reducción en la segmentación de la cobertura público/privada, particularmente en relación a los niños, a las mujeres y a las personas de menores ingresos. También se observó la reducción progresiva de las personas que señalan no atender su salud en ningún prestador de servicios.

En suma, los cambios llevados adelante indican una reducción de la segmentación de la atención de la salud tendiente a superar algunas de las desigualdades en las condiciones de acceso al sistema, especialmente aquellas que tienen que ver con ingresos, género, y generaciones.

6. Bibliografía Consultada

Antía, F. Castillo, M. Fuentes, G. Midaglia, C. (2013) “La renovación del sistema de protección social uruguayo: el desafío de superar la dualización” en Revista Uruguaya de Ciencia Política V°22 N°2, Instituto de Ciencia Política.

Arbulo, V. (coord.) (2010) Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay.

Arbulo, V, Pagano, J, Rak, G, Rivas, L. (2012) El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud.

Buglioli, M. Dean, A. Esponda, F. Raffaele E. (2010) “El pago de los servicios del SNIS por parte del SNS” en MSP, Transformar el Futuro. Metas Cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Consejo Nacional de Políticas Sociales (2014) De la equidad hacia la igualdad. Las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010 - 2014.

Fuentes, G. (2010) “El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: Análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible” en Revista Uruguaya de Ciencia Política V°19 N°1, Instituto de Ciencia Política.

Kluser, C. (2010) “Cambios en la Atención de Salud de la Población: una aproximación a los efectos de la Reforma de la Salud”, en *Comentarios de Seguridad Social N°27*, APSS - AGSS - BPS.

Lagomarsino, G. (2009) “Uruguay: Hacia una nueva matriz de protección social” en *Comentarios de Seguridad Social N°23*, AGSS - BPS.

Ministerio de Salud Pública (2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 - 2009.

Nuñez, I. (2014) “Atención de salud en la población de jubilados del Banco de Previsión Social (Actualización)”, en *Comentarios de Seguridad Social N°45*, APSS - AGSS - BPS.

Olesker, D. (2007) “Sistema Nacional Integrado de Salud. Cada cual aporta según su ingreso y recibe de acuerdo a sus necesidades”, en Revista Transformación, Estado y Democracia, N° 33, Año 2.

Organización Panamericana de la Salud (2009) Perfil de los Sistemas de Salud República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.

EVOLUCIÓN DE PUESTOS COTIZANTES EN EL SERVICIO DOMÉSTICO

Cr. Nicolas Bene

EVOLUCIÓN DE PUESTOS COTIZANTES EN EL SERVICIO DOMÉSTICO

Cr. Nicolas Bene
Asesoría Económica y Actuarial
Marzo 2015

1. Introducción

El servicio doméstico ha tenido en Uruguay importantes cambios en los últimos años debido a la promulgación de la Ley 18.065 en el 2006, a la convocatoria de este colectivo a los Consejos de Salarios a partir del año 2008, a las campañas de sensibilización y de difusión de información llevadas a cabo por BPS, a las inspecciones realizadas por el Ministerio de Trabajo y de Seguridad Social, entre otras políticas públicas enfocadas a este sector.

También cabe mencionar la importante participación que han tenido en este proceso el Sindicato Único de Trabajadoras Domésticas (SUTD) en representación de la parte trabajadora, y la Liga de Amas de Casa del Uruguay, como institución representante de los empleadores.

En el presente informe, se pretende analizar cómo han afectado los cambios mencionados a los puestos cotizantes y los salarios promedios de cotización del sector.

Para ello, se actualizan los datos presentados en un artículo anterior¹, y también se agregan otros nuevos a efectos de lograr una comprensión más cabal del tema.

2. Metodología

El período elegido para realizar el análisis fue 2010 a 2014.

Las variables utilizadas para analizar la evolución son: puestos cotizantes, salario nominal doméstico promedio, salario mínimo doméstico, índice salario nominal doméstico, índice salario mínimo doméstico, razón índice salario nominal doméstico/índice salario mínimo doméstico, Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC), Índice de Precios al Consumo (IPC), índice salario real doméstico.

Se trabajó con números índices para poder analizar las variaciones con base en enero 2010.

2.1 Construcción de las variables

Puestos cotizantes: cantidad de puestos de trabajo según Consolidados de pagos de ATYR.

Salario Nominal Doméstico Promedio: es el promedio de los salarios de las trabajadoras domésticas registradas en BPS. Esta información surge de todas las nóminas generadas en ATYR (DW de nominada) a efectos de que los contribuyentes cumplan con sus obligaciones tributarias.

Salario Mínimo Doméstico: es el salario mínimo fijado en los Consejos de Salarios del sector.

Índice salario nominal doméstico promedio: índice que refleja la evolución del salario nominal doméstico promedio, construido utilizando como base enero de 2010.

Índice salario mínimo doméstico: índice que refleja la evolución del salario mínimo doméstico, construido utilizando como base enero de 2010.

Razón índice salario nominal doméstico promedio/índice salario mínimo doméstico: cociente entre las dos variables enunciadas anteriormente. Se trabajó con números índices para analizar las variaciones.

Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC): sustituyó a partir del mes de enero de 2005, las referencias al Salario Mínimo Nacional establecidas en el ordenamiento jurídico vigente como base de la aportación a la Seguridad Social, así como para fijar el tope de ciertas prestaciones.

Índice de Precios al Consumo (IPC): índice elaborado por el INE, que tiene como objetivo “estimar la variación mensual de los precios de bienes y servicios que consumen los hogares”².

¹ Pereira, C. (2006). Evolución de puestos cotizantes en Servicio Doméstico. En *Comentarios de Seguridad Social* Nº13. Montevideo: BPS.

² Instituto Nacional de Estadística [INE] (2011). Índice de precios del consumo. Cambio de base – diciembre 2010. Nota metodológica. [en línea] Disponible en URL: <http://www.ine.gub.uy/comunicados/ipc/IPC%20-20NOTA%20METODOLOGICA%20BASE%202010.pdf>

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

3. Evolución de los puestos cotizantes

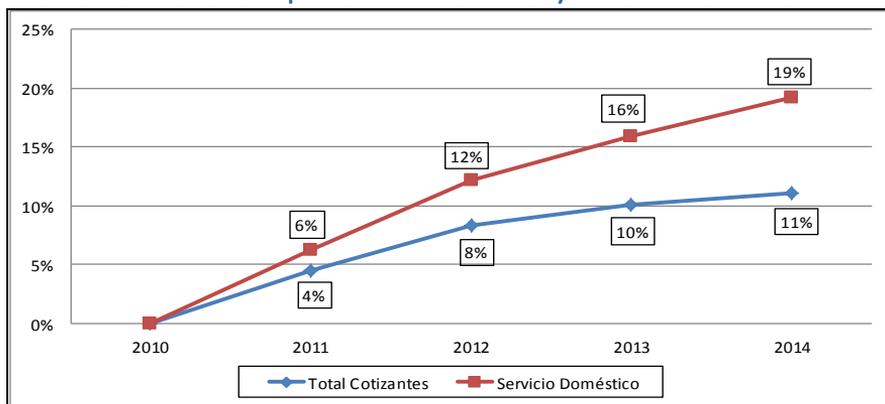
En el siguiente cuadro, se presenta la evolución desde 2010 a 2014 de los puestos cotizantes totales al BPS, así como los del servicio doméstico.

**Cuadro 1 –
 Evolución de puestos cotizantes totales y del servicio doméstico (promedios anuales)**

Año	Total Cotizantes	Variación acumulada (%)	Servicio Doméstico	Variación acumulada (%)
2010	1,329,109	-	57,403	-
2011	1,388,233	4%	61,024	6%
2012	1,440,521	8%	64,381	12%
2013	1,464,054	10%	66,531	16%
2014	1,477,130	11%	68,402	19%

Fuente: Consolidados mensuales de ATYR
 La evolución propuesta en el cuadro, se puede visualizar mejor en el siguiente gráfico.

**Gráfico 1 –
 Tasas anuales de crecimiento de los puestos cotizantes totales y del servicio doméstico**



Fuente: Consolidados mensuales de ATYR

Del cuadro y del gráfico que preceden se observa que, en primer lugar, los cotizantes totales y los del servicio doméstico siempre aumentan, pero estos últimos lo hacen en mayor proporción. En segundo lugar, se aprecia que la brecha entre ambas variaciones aumenta cada año, llegando a una diferencia de 8 puntos porcentuales en 2014.

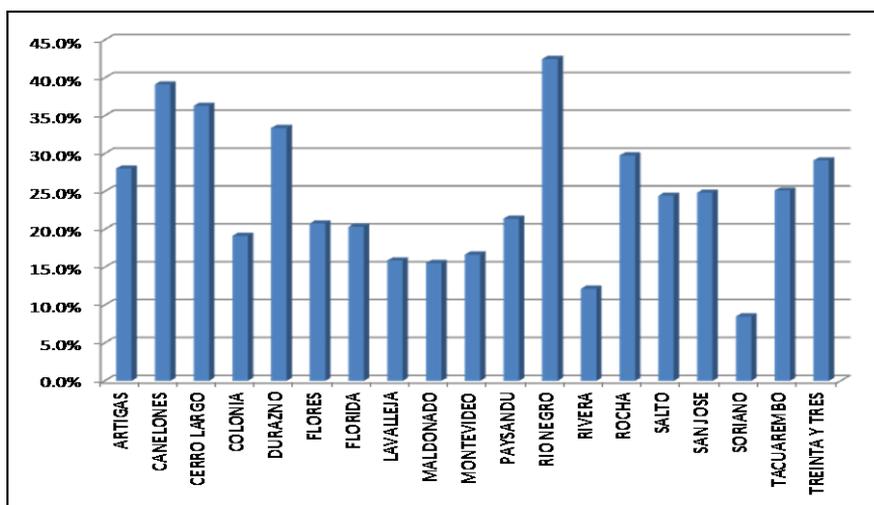
Resulta interesante analizar la evolución de los puestos cotizantes por departamento, tal como se muestra a continuación.

**Cuadro 2 –
Evolución de puestos cotizantes totales y del servicio doméstico (datos a diciembre de cada año)**

Departamento Fiscal	2010	2014	Variación
ARTIGAS	692	886	28.0%
CANELONES	4,443	6,182	39.1%
CERRO LARGO	570	777	36.3%
COLONIA	2,217	2,641	19.1%
DURAZNO	710	947	33.4%
FLORES	534	645	20.8%
FLORIDA	1,081	1,301	20.4%
LAVALLEJA	919	1,065	15.9%
MALDONADO	3,093	3,574	15.6%
MONTEVIDEO	34,833	40,638	16.7%
PAYSANDU	1,509	1,832	21.4%
RIO NEGRO	579	825	42.5%
RIVERA	1,192	1,337	12.2%
ROCHA	598	776	29.8%
SALTO	1,514	1,884	24.4%
SAN JOSE	1,103	1,377	24.8%
SORIANO	1,706	1,851	8.5%
TACUAREMBO	1,130	1,414	25.1%
TREINTA Y TRES	488	630	29.1%
TOTAL	58,911	70,582	19.8%

Fuente: RNOM Base y Cuenta de empresas

**Gráfico 2 –
Crecimiento de los puestos cotizantes por departamento (dic/2010- dic/2014)**



Fuente: RNOM Base y Cuenta de empresas

Del cuadro y del gráfico, se desprende que los cotizantes domésticos han aumentado en todos los departamentos del país para el período señalado, siendo Río Negro el departamento con mayor crecimiento proporcional (42,5%), y Soriano el menor (8,5%). De todas formas, Montevideo sigue siendo el departamento con mayor cantidad de puestos (40.638), los cuales representan el 58% del total de cotizantes domésticos del país.

4. Evolución del Salario de Cotización

4.1 Evolución del salario nominal de cotización

A continuación, se presenta un cuadro con la evolución del salario nominal doméstico promedio, el salario mínimo del sector, y la razón entre los índices de las variables mencionadas.

**Cuadro 3 –
 Evolución del Salario Nominal Doméstico Promedio y del Salario Mínimo Doméstico**

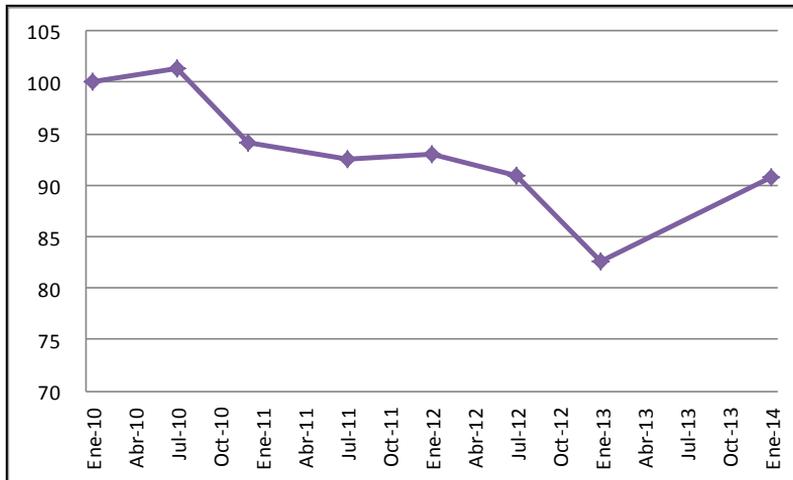
Fecha de vigencia de salario mínimo	Salario Nominal Doméstico Promedio	Índice salario nominal doméstico	Salario Mínimo Doméstico (1)	Índice salario mínimo doméstico	Razón
Ene-10	2,893	100	4,764	100	100
Jul-10	2,949	102	4,792	101	101
Dic-10	3,770	130	6,591	138	94
Jul-11	4,076	141	7,251	152	93
Ene-12	4,506	156	7,976	167	93
Jul-12	4,716	163	8,534	179	91
Ene-13	4,788	166	9,544	200	83
Ene-14	5,923	205	10,745	226	91

(1) Salario mínimo mensual por 44 horas semanales de labor.

Fuentes: DW de nominada ATYR, y comunicados de ATYR a los contribuyentes.

La evolución de la razón entre índices expuesta en el cuadro, se expone visualmente en el gráfico que sigue.

**Gráfico 3 –
Evolución de la Razón índice salario nominal doméstico promedio/índice salario mínimo doméstico**



Fuente: DW de nominada ATYR, y comunicados de ATYR a los contribuyentes.

Del cuadro y del gráfico que anteceden, se concluye que la razón entre los índices mencionados aumenta levemente en julio de 2010, alcanzando el máximo del período, para luego comenzar a descender hasta enero 2013. En ese período, entonces, el salario mínimo doméstico aumenta en mayor proporción que el salario promedio registrado en nóminas. Esta tendencia se revierte en enero de 2014, donde el incremento del salario nominal doméstico promedio fue mayor al aumento del mínimo.

La tendencia a la baja de la razón mencionada en el párrafo anterior podría explicarse, por una parte, por la subdeclaración, es decir la aportación a la seguridad social por un sueldo inferior al que efectivamente se percibe.

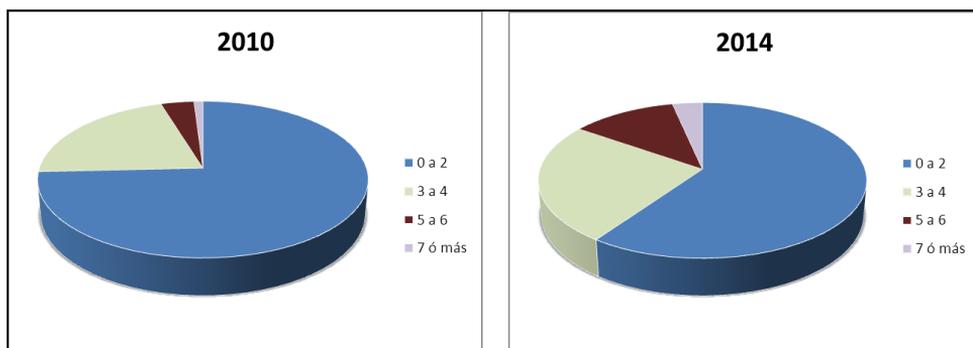
Por otro lado, en los años mencionados se han fijado aumentos diferenciales según la franja salarial en la que se encuentre el trabajador, correspondiendo, en general, un menor porcentaje de aumento cuanto mayor es el sueldo. Por lo tanto, la evolución podría deberse a que las trabajadoras domésticas estén percibiendo sueldos por encima del mínimo.

Lo anteriormente expresado se puede analizar estudiando a los cotizantes clasificados por tramos de ingresos, medidos éstos en función de la Base de Prestaciones y Contribuciones.

Cuadro 4 – Estructura de los puestos cotizantes del servicio doméstico por tramos de BPC (%). Período 2010-2014 (promedios anuales).

Tramos de BPC	2010	2011	2012	2013	2014
0 a 2	74.3%	68.9%	66.2%	61.6%	59.8%
3 a 4	21.0%	23.3%	23.5%	26.0%	24.9%
5 a 6	3.7%	6.4%	8.4%	9.8%	11.9%
7 ó más	1.0%	1.4%	2.0%	2.5%	3.4%

Valor BPC	2,061	2,226	2,417	2,598	2,819
-----------	-------	-------	-------	-------	-------



Fuente: DW de nominada ATYR.

Se observa que de 2010 a 2014 ha disminuido la representación del tramo de 0 a 2 BPC, a favor de las restantes categorías. Se puede apreciar que, si bien el tramo de 0 a 2 sigue siendo mayoritario, su representación ha caído en 14,5 puntos porcentuales, dándose un crecimiento significativo en los tramos de 5 a 6, y de 7 BPC ó más. El tramo de 3 a 4, en cambio, estuvo en aumento de 2010 a 2013, para luego reducirse levemente en 2014, lo que podría estar indicando una mayor transferencia hacia tramos superiores, y podría explicar el aumento de la razón entre índices en enero de 2014.

4.2 Evolución del salario real de cotización

Ya se analizó la evolución del salario nominal en comparación con el salario mínimo doméstico, resta por estudiar la evolución del salario real de cotización de este tipo de aportación.

Esta evolución, se presenta en el cuadro y el gráfico que sigue.

**Cuadro 5 –
Evolución del Índice de Salario Real Doméstico Promedio**

Fecha de vigencia de salario mínimo	Salario Nominal Doméstico Promedio	Índice salario nominal doméstico	IPC (base ene/10*)	Índice de salario real doméstico
Ene-10	2,893	100	100	100
Jul-10	2,949	102	103	99
Dic-10	3,770	130	106	123
Jul-11	4,076	141	112	126
Ene-12	4,506	156	116	134
Jul-12	4,716	163	120	136
Ene-13	4,788	166	126	131
Ene-14	5,923	205	137	149

*Utilizando el IPC base diciembre de 2010, se cambió la base a enero de 2010 a efectos de realizar la comparación

Fuentes: DW de nominada ATYR, e INE.

**Gráfico 4 –
Evolución del Índice de Salario Real Doméstico Promedio**



Fuente: DW de nominada ATYR, e INE.

En el cuadro y en el gráfico se observa una tendencia al crecimiento del salario real de cotización, incrementándose el mismo en un 49% en todo el período analizado. Por lo tanto el poder de compra del salario de cotización de las trabajadoras del sector ha aumentado, ya que el crecimiento del salario nominal (105%) fue superior a la variación del IPC (37%).

También se debe mencionar que hay dos excepciones a la tendencia mencionada: julio de 2010 y enero de 2013. En esos meses, el IPC tuvo un mayor aumento que el salario nominal promedio del servicio doméstico.

5. Conclusiones

Los puestos cotizantes del servicio doméstico han aumentado casi un 20% en el período 2010-2014, siendo este crecimiento superior al observado para el total de cotizantes. Esto puede ser explicado como una consecuencia de las políticas públicas destinadas a este sector mencionadas en la introducción del presente artículo, así como de la activa participación del Sindicato Único de Trabajadoras Domésticas y de la Liga de Amas de Casa.

Este crecimiento de puestos se observa en todos los departamentos del país, siendo Río Negro el departamento con mayor crecimiento proporcional (42,5%).

Al estudiar la evolución del salario nominal de cotización, se concluye que de enero 2010 a enero 2013, el mismo se incrementó, pero en menor proporción que el aumento del salario mínimo doméstico fijado en los Consejos de Salarios. Esta tendencia podría explicarse por la subdeclaración y el incremento de puestos cotizantes con salarios por encima del mínimo.

La última causa mencionada es factible apreciarla al analizar la evolución de los puestos cotizantes clasificados por tramos de BPC, puesto que en el período de estudio, hubo una transferencia de cotizantes del tramo más bajo (0 a 2 BPC), hacia los más altos.

Por último, si se analiza el salario real de cotización, se observa un crecimiento del 49% entre enero de 2010 y enero de 2014. Esto es consecuencia del mayor incremento del salario nominal de cotización (105%) respecto a la variación del IPC (37%).

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS
POR VEJEZ CON APLICACIÓN DEL ART. 1 DE
LA LEY 18.395**

Cra. Adriana Scardino

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS POR VEJEZ CON APLICACIÓN DEL ART. 1 DE LA LEY 18.395

Cra. Adriana Scardino
Asesoría Económica y Actuarial
Marzo 2015

1. Objetivo

El objetivo del presente estudio consiste en analizar algunas de las características de las altas por vejez en las que se ha aplicado la reducción de años de servicio mínimos requeridos: aquellas que se han retirado con años de servicio que oscilan entre 30 y 34 años, en vez de 35.

2. Antecedentes

En la Ley 18.395, aprobada en octubre de 2008 y en vigencia desde el 1 de Julio de 2009, se aprueban una serie de normas referidas al Régimen Jubilatorio.

En el Capítulo I, en su artículo 1 (Acceso a la jubilación común) establece los requisitos para configurar causal, creando un nuevo mínimo de años de servicios a reconocer: treinta años.

3. Metodología

El estudio consiste en poder cuantificar la cantidad de jubilaciones que utilizaron el beneficio del Art. 1, así como analizar sus principales características.

Para ello se partió de los listados de Altas de jubilación proporcionados por el CDES de prestaciones, donde consta la información siguiente: causal de jubilación, mes del alta, sexo, fecha de nacimiento, años reconocidos, computo por hijos, tasas de remplazo otorgadas e importe del alta.

A partir de esta información, se identificaron en forma separada aquellos a los que se había aplicado la nueva normativa en relación al art. 1, o sea aquellos que se jubilaron reconociendo entre 30 y 34 años de servicio. Todos estos casos, la única posibilidad de acceso a una jubilación consistía en continuar trabajando; de no hacerlo jamás habrían obtenido la jubilación por vejez.

De la comparación de estos datos para los años 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 es que se obtuvieron las principales características de aquellos que aplicaron el cambio de normativa.

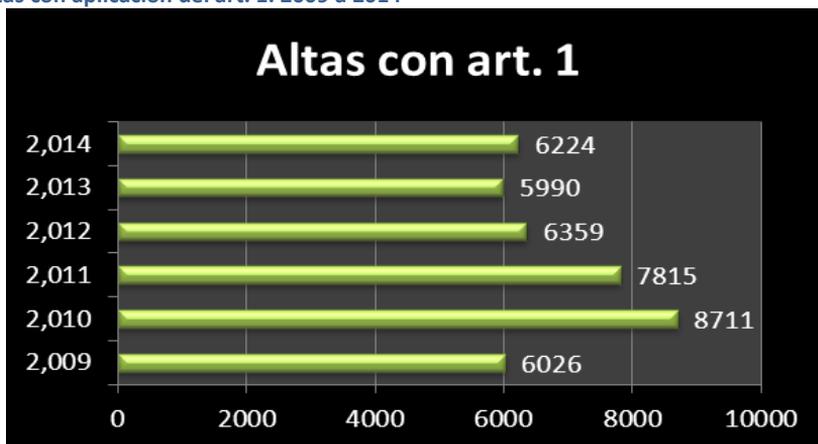
4. Resultados

Analizaremos en forma comparativa lo sucedido desde la aprobación de la ley en el segundo semestre de 2009 hasta fines de 2014 en forma anual, efectuando además análisis de las principales características de dichas altas.

Si analizamos las altas de los años 2009 a 2014, en las que se ha aplicado los mínimos del art. 1 de la Ley 18.395, vemos que el máximo se dio en el año 2010, con 8.711 casos, los que ha descendido hasta el año 2013 donde se registraron 5.990 casos. En el año 2014 hubo un pequeño incremento del 4%, lo que elevó el número de beneficiarios a 6.224.

Grafico 1.

Cantidad de altas con aplicación del art. 1. 2009 a 2014



Si comparamos estas altas, con el total de altas (excluidas las reformas) de períodos similares, lo resultados que obtenemos son los siguientes:

Cuadro 1-
Altas totales (sin reforma) y altas con aplicación art. 1

	Altas totales	Altas con art. 1	%
2009	24,618	6026	24.5%
2010	33,114	8711	26.3%
2011	30,903	7815	25.3%
2012	29,503	6359	21.6%
2013	26,876	5990	22.3%
2014	29,001	6224	21.5%

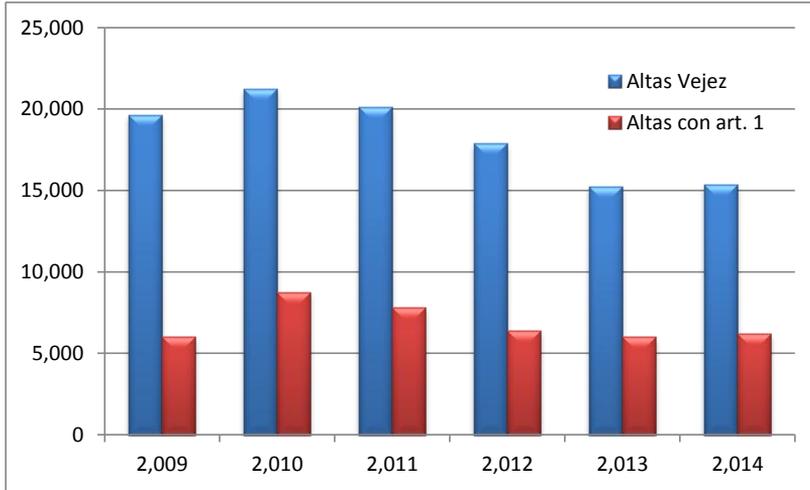
Como puede observarse, el año 2010 fue en el que más se vio la incidencia de la aplicación del art. 1. En dicho año, fueron 8.711 los usuarios que utilizaron el cómputo mínimo de 30 a 34 años y se vieron beneficiados por el mismo, constituyendo un 26.3% del total de las altas del año. En términos relativos se ve una disminución hasta el 2012, sin embargo se visualiza un incremento en 2013, donde alcanza el 22.3% de las altas del año, para volver en el 2014 a niveles similares al 2012, con una participación del 21.5%.

Si la evolución la vemos en comparación con el total de Altas por vejez de cada año, en el año 2009 se identifica un 30.7% con el beneficio. Este guarismo subió al 41% para el año 2010 y ha tenido una tendencia al descenso hasta 2012, pasando a ser el 38.9% en el 2011 y el 35.6% en el año 2012. A partir de ese año se verificó un aumento: al 39.3% para el 2013 y al 40.5% para el 2014.

Cuadro 2 –
Altas por vejez (sin reforma) y altas con aplicación art. 1

	Altas Vejez	Altas con art. 1	%
2009	19,611	6026	30.7%
2010	21,258	8711	41.0%
2011	20,111	7815	38.9%
2012	17,865	6359	35.6%
2013	15,245	5990	39.3%
2014	15,384	6224	40.5%

Gráficamente:

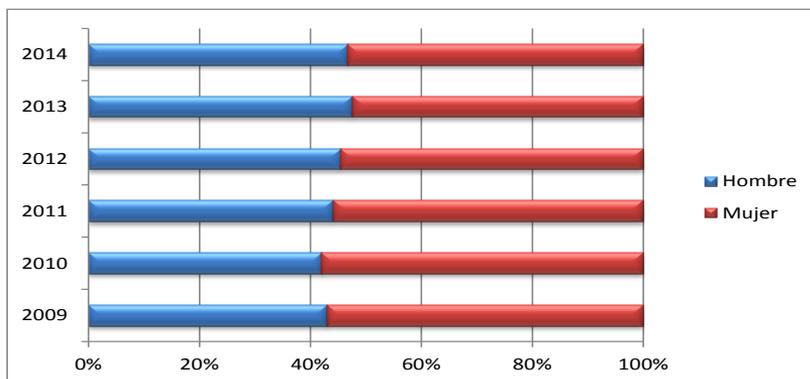


Si consideramos la apertura por sexo del beneficiario, los resultados son los siguientes:

**Cuadro 3 –
Altas con aplicación art. 1, según sexo**

	Hombre	Mujer	Total
2009	2596	3430	6026
2010	3659	5052	8711
2011	3441	4374	7815
2012	2891	3468	6359
2013	2846	3144	5990
2014	2910	3314	6224

Analizando el período bajo estudio, en el 2010 fue el año de la mayor participación de las mujeres, con un 58%, mientras que el menor fue el 2013, donde solamente constituyeron un 52.5%. En el 2014 el guarismo fue algo mayor, con un 53.2% para las mujeres (y un 46.8% para los hombres).



Haciendo foco en la edad al alta de los beneficiarios, los datos muestran que en todos los años la mayoría de los casos se concentra entre los 61 y 65 años.

**Cuadro 4 –
Altas con aplicación art. 1, según edad al alta**

Edad al alta	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hasta 60	1134	2646	2947	2499	2546	2592
de 61 a 65	3752	4959	4090	3157	2765	2882
de 66 a 70	1075	901	586	517	514	555
71 y mas	65	205	192	186	165	195
	6026	8711	7815	6359	5990	6224

Aquellos que al alta tenían hasta 60 años de edad, han ido creciendo proporcionalmente. Mientras que en 2009 los beneficiarios de hasta 60 años de edad al alta representaban un 19% del total, en 2010 pasan al 30%, en 2011 al 38%, en 2012 al 39%, en 2013 al 43% (máximo registrado) y en 2014 al 42%.

Considerando el tramo entre 61 y 65 años de edad al alta, en el 2009 representaban el 62.3%. Este guarismo ha ido decreciendo, pasando al 56.9% en el 2010, a 52.3% en el 2011, 49.6% en el 2012 y 46.2% en 2013. Durante el año 2014 tuvo un leve incremento, representando el 46.3% del total. Si analizamos este tramo por edad simple, más del 50% de las solicitudes se efectúa por personas de 61 años o menos.

Desde el punto de vista de la relación de dependencia del beneficiario, el beneficio ha sido utilizado tanto por dependientes, como personas en su calidad de patrono o no dependiente:

**Cuadro 5 –
Altas con aplicación art. 1, según relación de dependencia**

	Dependientes	No dependientes	Total
2009	5017	1009	6026
2010	7198	1513	8711
2011	6408	1407	7815
2012	5154	1205	6359
2013	4785	1205	5990
2014	4958	1266	6224

En todo el período de estudio las dependientes han tenido una mayor participación, constituyendo alrededor del 81.5%.

En el 2009, las altas de Dependientes alcanzaron el 83.3% del total, descendiendo paulatinamente, hasta constituir el 79.7% en el 2014.

Si analizamos la aplicación del Art. 1 en función del género y considerando dependientes y no dependientes, tenemos los siguientes resultados:

**Cuadro 6 –
Altas con aplicación art. 1, por sexo, y según relación de dependencia**

	Dependientes		Total Dependientes	No dependientes		Total No dependientes
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
2009	2150	2867	5017	446	563	1009
2010	3009	4189	7198	650	863	1513
2011	2816	3592	6408	625	782	1407
2012	2350	2804	5154	541	664	1205
2013	2272	2513	4785	574	631	1205
2014	2331	2627	4958	579	687	1266

En promedio, los dependientes de sexo masculino han constituido el 44.5% del total de dependientes. La mayor participación se constata en el año 2013 con un 47.5% y en el 2014 con un 47.0%.

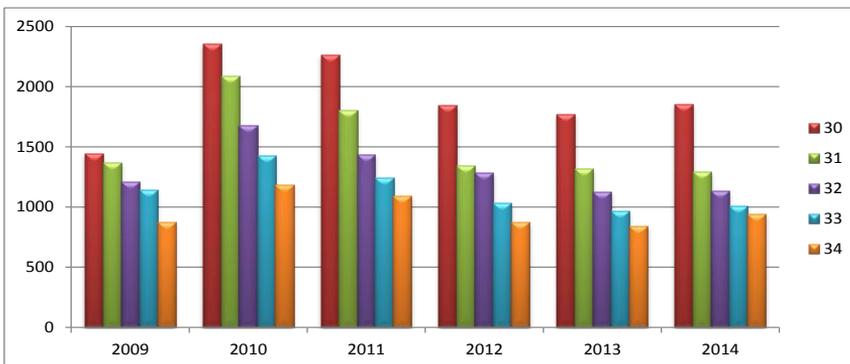
Para el caso de los No Dependientes se visualizan resultados similares. En el período bajo estudio en promedio el 44.9% corresponde a altas de sexo masculino, mostrando el máximo en 2013 con un 47.6%.

Dado que el artículo 1 de la Ley 18.395 baja el mínimo de años de servicio para jubilarse a 30, (antes el mínimo estaba establecido en 35 años), tendremos personas que podrán adelantar su jubilación con diferentes opciones: 30, 31, 32, 33 o 34 años.

En el cuadro que sigue se muestran las decisiones adoptadas por los beneficiarios:

**Cuadro 7.
Altas con art. 1 por año, y según años de servicio reconocidos**

Años serv.	2009	2010	2011	2012	2013	2014
30	1440	2350	2258	1845	1764	1853
31	1367	2085	1798	1339	1312	1291
32	1210	1674	1433	1279	1121	1134
33	1140	1420	1236	1026	959	1007
34	869	1182	1090	870	834	939
	6026	8711	7815	6359	5990	6224



En todos los años, la mayoría de las altas corresponde a 30 años de servicio (entre un 24% y un 30%), y el menor número corresponde a las que reconocieron 34 años de servicio (entre 14 y 15%).

Esta situación se visualiza en todo el horizonte de análisis, y se repite con guarismos similares si los datos los consideramos con apertura por sexo.

A efectos ilustrativos, si analizamos el año 2009 y 2014, tenemos los siguientes resultados:

Años serv	2009			2014		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
30	25%	23%	24%	26%	33%	30%
31	22%	23%	23%	20%	21%	21%
32	19%	21%	20%	19%	17%	18%
33	20%	18%	19%	18%	15%	16%
34	14%	15%	14%	17%	14%	15%

Para el caso de las mujeres, adicionalmente a la utilización de un menor requisito de años de servicio, pueden solicitar el cómputo ficto por hijos (art. 14 Ley 18.395).

Cuadro 8 –

Altas femeninas con aplicación de art. 1 y cómputo ficto de hijos (art. 14)

	Sin ficto por hijos	Con ficto por hijos	Total
2009	714	2,717	3,431
2010	739	4,313	5,052
2011	650	3,724	4,374
2012	536	2,932	3,468
2013	499	2,645	3,144
2014	548	2,766	3,314

	Sin ficto por hijos	Con ficto por hijos	Total
2009	21%	79%	100%
2010	15%	85%	100%
2011	15%	85%	100%
2012	15%	85%	100%
2013	16%	84%	100%
2014	17%	83%	100%

Vemos que una gran proporción de las altas femeninas utilizaron también el cómputo ficto por hijos. En el año 2009 fue el 79%, desde el año 2010 hasta 2012 el 85%, en el 2013 fue el 84% y en el 2014 un 83%.

Si estas altas las comparamos con el total de altas femeninas por vejez vemos que en promedio, el 37% de las altas se benefició con la aplicación conjunta de ambos cambios legislativos. Mientras que en 2009 el 29% era el guarismo alcanzado, en 2010 se llegó al 41%, guarismo que disminuyó al 40% para el 2011. En el año 2012 fue del 36%, en el 2013 del 37% y para el 2014 se llegó al 38% del total de altas por vejez femeninas.

Año alta	Altas vejez Fem	Ficto hijos = Si	
2009	9,399	2717	29%
2010	10,409	4313	41%
2011	9,356	3724	40%
2012	8,258	2932	36%
2013	7,069	2645	37%
2014	7,286	2766	38%

Asimismo, en algunos casos se utilizó la prueba testimonial para el reconocimiento de años de servicio.

**Cuadro 9 –
Altas con art. 1, y según utilización de años testimoniales**

Años de servicio						
por testigos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
No	2468	3538	3606	4289	4016	4321
Si	3558	5173	4209	2070	1974	1903
Total general	6026	8711	7815	6359	5990	6224
% con uso	59.0%	59.4%	53.9%	32.6%	33.0%	30.6%

En el año 2009 el 59% de las altas por vejez con años de servicio entre 30 y 34, reconocieron años testimoniales. Este guarismo ha disminuido, siendo en la actualidad de 30.6%.

Es interesante también analizar la cantidad de años testimoniales que se están reconociendo en el total.

**Cuadro 10 –
Altas con art. 1, y según utilización de años testimoniales por tramos**

Años de servicio						
por testigos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ninguno	2468	3538	3606	4289	4016	4321
de 1 a 10	934	1213	1190	473	662	714
de 11 a 20	1152	1568	1335	743	745	719
de 21 a 30	1074	1929	1496	822	551	462
de 31 a 34	398	463	188	32	16	8
Total general	6026	8711	7815	6359	5990	6224

En el año 2009, aquellos que reconocieron hasta 10 años de servicios con testigos fue del 15%. Los que reconocieron entre 11 y 20 años fueron el 19%, entre 21 y 30 el 18% y los que reconocieron entre 31 y 34 fueron el 7%.

Para el año 2014 estos porcentajes disminuyeron sustancialmente. Los que reconocieron hasta 10 años fueron el 11% y entre 11 y 20 años un 12%. Entre 21 y 30 años, disminuyeron al 7% y entre 31 y 34, casi no se registraron casos.

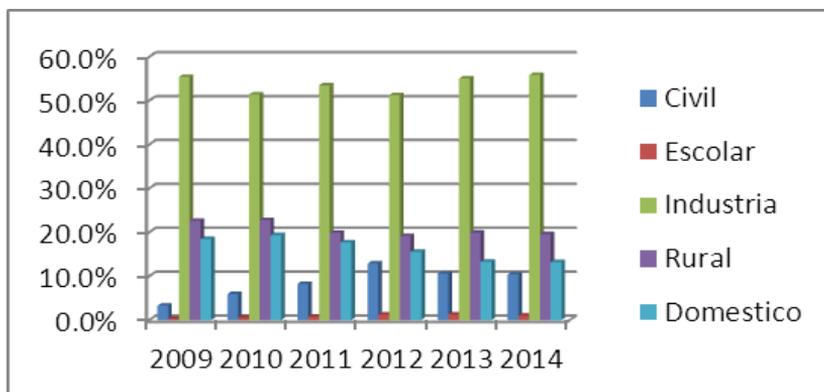
Si analizamos estos datos por sexo, en todos los años fueron las altas femeninas las que utilizaron mayoritariamente las fuentes testimoniales de reconocimiento. Para el año 2014 los datos son los siguientes:

años de servicio por testigos	2014		Total 2014
	Hombre	Mujer	
Ninguno	2226	2095	4321
de 1 a 10	327	387	714
de 11 a 20	243	476	719
de 21 a 30	110	352	462
de 31 a 34	4	4	8
Total general	2910	3314	6224
Ninguno	76%	63%	69%
de 1 a 10	11%	12%	11%
de 11 a 20	8%	14%	12%
de 21 a 30	4%	11%	7%
de 31 a 34	0%	0%	0%

Analizando la afiliación de estas jubilaciones vemos que en su gran mayoría corresponden a Industria y Comercio.

**Cuadro 11 –
Altas con art. 1, y según afiliación**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Civil	196	515	642	819	633	648
Escolar	18	49	61	79	75	60
Industria	3,338	4,479	4,178	3,259	3,296	3,476
Rural	1,362	1,984	1,551	1,215	1,192	1,219
Domestico	1,112	1,684	1,383	987	794	821
	6,026	8,711	7,815	6,359	5,990	6,224



En la mayoría de los casos las jubilaciones de Industria y Comercio constituyen más del 50%, siendo su mínimo en el año 2012 con 51.3% y su máximo en el año 2014 con 55.8%.

Las siguen las altas de afiliación Rural, las que en promedio constituyen un 21%. Su mínimo se encuentra también en el año 2012 con un 19.1%, y el máximo se registró en el 2012 con un 22.8%.

Las altas con afiliación Doméstica han ido disminuyendo, pasando de un máximo de 19.3% en 2010 a un 13.2% en 2014.

La afiliación Civil ha tenido un comportamiento oscilante, y en la actualidad constituyen un 10.4% del total.

La afiliación Escolar no tiene prácticamente participación con un 1%.

5. Consideraciones generales

Este estudio ha tratado de mostrar la cantidad de jubilaciones que utilizaron el beneficio del Art. 1, así como analizar sus principales características.

Como hemos visto en el cuadro 1 y 2, el año 2010 fue en el que más se vio la incidencia de la aplicación del art. 1. En dicho año, fueron 8.711 los usuarios que reconocieron entre 30 y 34 años de servicio. A partir de ese año la cantidad de beneficiarios ha ido disminuyendo tanto en términos absolutos como en términos relativos en función de las altas del organismo. Para el último año de estudio (2014) se identificaron 6.224 beneficiarios.

Participación. Parece relevante mencionar que si comparamos estos beneficiarios con el total de altas vejez de cada año, desde el 2010 la participación ronda el 40%, alcanzando el 40.5% para el 2014.

Género. Si el foco lo ponemos en el corte por género, en el 2010 fue el año de la mayor participación de las mujeres, con un 58%, mientras que el menor fue el 2013, donde solamente constituyeron un 52.5%.

Edad. Los beneficiarios se encuentran fundamentalmente entre los 61 y 65 años. Sin embargo, aquellos con hasta 60 años, han ido creciendo año a año, hasta llegar casi a igualarlos en el año 2014: 2592 y 2882. Entre ambos grupos de edades, constituyeron el 88% del total en el año 2014.

Relación de dependencia. En todo el período de estudio las altas de dependientes han tenido una mayor participación, constituyendo alrededor del 81.5%.

Años de servicios reconocidos. La mayoría de las altas corresponde a 30 años de servicio (entre un 24% y un 30%), y el menor número corresponde a las que reconocieron 34 años de servicio (entre 14 y 15%).

Ficto por hijos. Vemos que una gran proporción de las altas femeninas utilizaron también el cómputo ficto por hijos. En el año 2009 fue el 79%, desde el año 2010 hasta 2012 el 85%, en el 2013 fue el 84% y en el 2014 un 83%.

Años testimoniales. En el año 2009 el 59% de las altas por vejez con años de servicio entre 30 y 34, reconocieron años testimoniales. Este guarismo ha disminuido, siendo en la actualidad del 30.6%. Para el año 2014 los que reconocieron hasta 10 años fueron el 11% y entre 11 y 20 años un 12%. Entre 21 y 30 años, disminuyeron al 7% y entre 31 y 34, casi no se registraron casos.

Afiliación. En la mayoría de los casos las jubilaciones de Industria y Comercio constituyen más del 50%, siendo su mínimo en el año 2012 con 51.3% y su máximo en el año 2014 con 55.8%. Las siguen las altas de afiliación Rural, las que en promedio constituyen un 21%.

**ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES
ASOCIADAS AL SECTOR RURAL
2003 a 2014**

Cr. Alex Fernandez Just

ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES ASOCIADAS AL SECTOR RURAL 2003 a 2014

Cr. Alex Fernandez Just
Asesoría Económica y Actuarial
Marzo 2015

El presente estudio, tiene como objetivo analizar la evolución de algunas de las principales variables del Sistema de Seguridad Social asociadas al sector rural. Dentro de las variables físicas se destaca el número de cotizantes, la cantidad de jubilaciones y pensiones, así como los beneficiarios de las prestaciones de actividad brindadas por el BPS. Dentro de las variables monetarias, asociadas a las variables físicas mencionadas, se analizan los ingresos y egresos. Asimismo hay una breve mención a las prestaciones asociadas al SNIS.

1. Metodología

Dado que el sector rural es minoritario, y tiene asociado un sistema de aportes a la seguridad social diferente del resto, basado en la tierra asentamiento de su actividad o inactividad, en muchos casos no contamos con información precisa.

Por esta razón, nos vemos en la necesidad de efectuar estimaciones basadas en datos históricos de la propia administración así como de la Encuesta Continua de Hogares del año 2014.

2. Puestos Cotizantes I.V.S.

Se analiza la evolución de los puestos cotizantes a IVS, tomando el promedio de cada año para ello. Los puestos cotizantes los podemos subdividir en Dependientes y Patronos (junto con los cónyuges colaboradores).

La evolución de los mismos desde el año 2003 al 2014 puede visualizarse en el Cuadro 1.

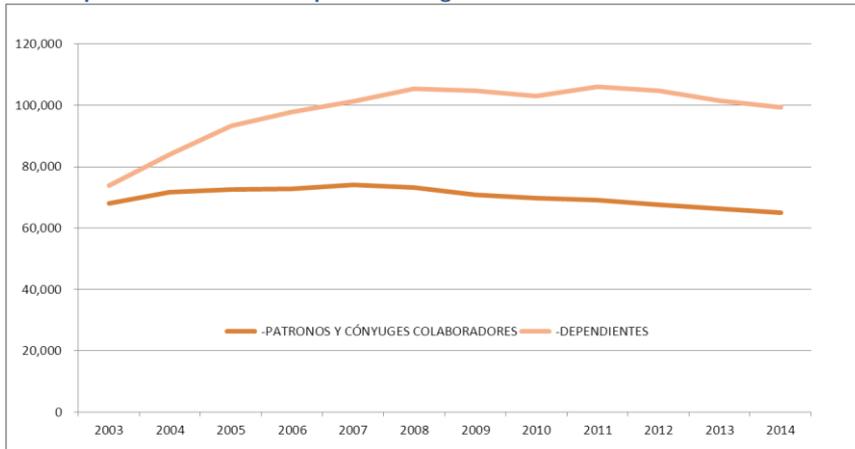
Cuadro 1.
Cotizantes I.V.S. sector rural

	Patronos y cónyuges colaboradores	Dependientes	TOTAL
2003	67.994	73.906	141.900
2004	71.791	83.908	155.699
2005	72.548	93.210	165.759
2006	72.802	97.868	170.670
2007	73.970	101.315	175.286
2008	73.151	105.400	178.550
2009	70.849	104.681	175.530
2010	69.742	103.102	172.844
2011	69.048	105.943	174.991
2012	67.660	104.707	172.367
2013	66.289	101.420	167.710
2014	64.907	99.413	164.321

Nota: Las diferencias con publicaciones anteriores se deben a revisiones de los datos de la serie

Considerando ambas subcategorías simultáneamente, vemos que los puestos cotizantes IVS se han ido incrementando, pasando de 142 mil en el año 2003, a más de 178 mil en el año 2008, pico más alto en el horizonte de estudio. En el año 2014 tenemos 164,300 cotizantes, lo que implica un crecimiento acumulado del 15.8 % respecto al año 2003.

**Gráfico 1 –
Evolución de los puestos cotizantes IVS por sub-categoría.**



Si analizamos en forma separada a los patronos y cónyuges colaboradores de los dependientes, vemos que los primeros tienen un periodo de aumento desde el año 2003 hasta el año 2007 y un periodo de caída desde el año 2008 hasta el año 2014. Mientras que los dependientes crecieron desde el año 2003 hasta el año 2008, pasando de 74 mil a 105 mil cotizantes y a partir de dicho año se registra una pequeña caída ya que en el año 2014 los cotizantes dependientes del sector fueron 99 mil.

Si comparamos el crecimiento en el periodo de estudio (2003-2014), hubo un incremento acumulado del 34.5% para los trabajadores dependientes, mientras que para los patronos y cónyuges colaboradores la disminución acumulada fue de 4.5 %.

3. Beneficiarios de pasividades

Dentro de las pasividades consideraremos las prestaciones por jubilación, y pensión por sobrevivencia.

Analizaremos la evolución de estas prestaciones, siempre en relación al sector rural, y su evolución en el periodo 2003-2014.

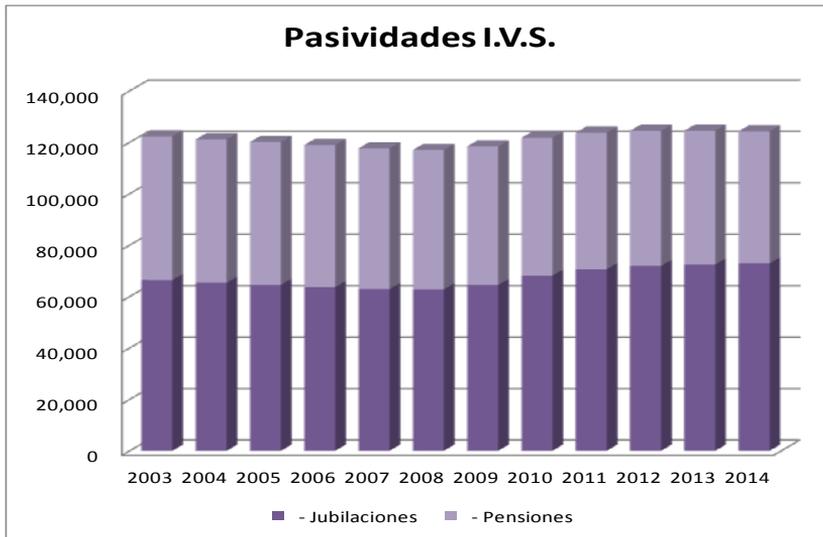
En cuanto a la composición de las pasividades, tal cual se observa en el Cuadro 2, vemos que las jubilaciones son la mayoría, con un promedio en el horizonte de estudio del 55 % del total, mientras que las pensiones por sobrevivencia promedian un 45 % del total de pasividades.

Cuadro 2.
Pasividades I.V.S.

	JUBILACIONES	PENSIONES	TOTAL
2003	66.433	55.831	122.263
2004	65.356	55.765	121.122
2005	64.540	55.579	121.119
2006	63.681	55.260	118.941
2007	62.960	54.734	117.653
2008	62.768	54.257	117.026
2009	64.470	53.921	118.391
2010	68.138	53.603	121.741
2011	70.601	53.114	123.714
2012	71.914	52.555	124.469
2013	72.479	52.015	124.494
2014	72.868	51.396	124.264

Las pasividades correspondientes a la aportación rural han ido disminuyendo lentamente, pasando de 122 mil en el año 2003, a 117 mil en el año 2008, marcando una disminución de un 4% acumulado en dicho periodo. A partir de ese momento, comienzan a crecer (especialmente las jubilaciones), totalizando en la actualidad más de 124,000 pasividades.

Gráfico 2 –
Pasividades IVS



Si analizamos la evolución en el periodo, atendiendo al tipo de prestación de pasividad, las jubilaciones aumentaron un 9.7 % pasando de 66,400 a 72,900, mientras que las pensiones por sobrevivencia disminuyeron, pasando de 55,800 a 51,400, lo que implicó una baja acumulada del 7.9%.

Si analizamos las jubilaciones año a año, las mismas tuvieron un comportamiento decreciente hasta el año 2008, mostrando una disminución del 5.5%, momento en el que comienzan a incrementarse, generando un crecimiento en los últimos años del 16.1%. Se podría atribuir este comportamiento a la aplicación de la Ley de Flexibilización (Ley

18.395), que impactó en el acceso a la jubilaciones, dado que se redujeron los años de servicios mínimos a 30 años para acceder a una jubilación por causal común, se flexibilizó el acceso a la jubilación por edad avanzada y se otorgó a las mujeres un año de servicio por cada hijo, con un tope de 5 años.

4. Beneficiarios de prestaciones de actividad

En este caso, las prestaciones consideradas son la cuota mutual, los subsidios por enfermedad, desempleo, maternidad y las asignaciones familiares.

Cuadro 3
Beneficiarios de prestaciones de actividad

	CUOTA MUTUAL PATRONOS	CUOTA MUTUAL DEPENDIENTES	ENFERMEDAD	DESEMPLEO	ASIGNACIONES FAMILIARES 15.084 y HMR	ASIGNACIONES FAMILIARES P. DE EQUIDAD	MATERNIDAD
2003	38.175	63.768	1.422	1.195	57.570	-	96
2004	39.632	66.801	1.474	949	61.761	-	86
2005	40.387	72.952	1.579	1.072	61.157	-	79
2006	40.456	81.639	1.783	1.447	53.685	-	102
2007	40.927	81.881	2.080	1.242	77.607	-	93
2008	40.928	84.901	2.266	1.634	52.784	29.981	84
2009	40.625	82.594	2.524	2.090	40.930	39.734	81
2010	40.126	84.376	2.715	2.545	34.471	46.903	72
2011	39.495	86.856	3.039	2.844	29.178	55.532	83
2012	40.609	76.827	3.310	3.208	25.741	43.500	80
2013	39.786	74.415	3.319	3.581	22721	40.492	89
2014	38.956	72.941	3.026	2.912	20.627	42.578	135

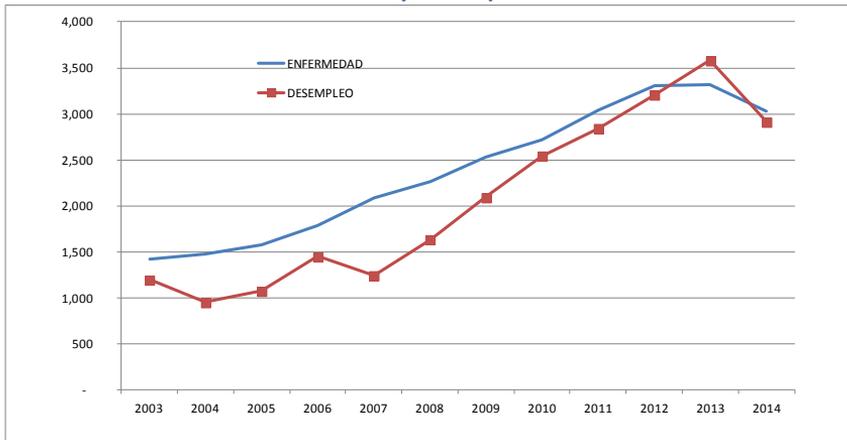
Al analizar las estimaciones sobre los beneficiarios de cuota mutual, los patronos y cónyuges colaboradores entre el año 2003 y 2014 aumentaron en un 2%, en el caso de los dependientes pese a la caída en los últimos años tuvieron un aumento acumulado entre 2003 y 2014 de 14.4%. Los beneficiarios con cuota mutual a partir del año 2008 están a cargo del SNIS, desde ese año hasta el 2014 las cuotas mutuales de los patronos y cónyuges descendieron un 4.8% mientras que las cuotas mutuales de los dependientes también descendieron un 14.1%.

Cuando consideramos el subsidio por enfermedad, la evolución ha sido casi siempre creciente, pasando de aproximadamente 1,400 beneficiarios a más de 3,000 en el último año.

Para la prestación de subsidio por desempleo, este sector de actividad fue incluido a partir del año 2001. Este subsidio ha crecido desde el año 2007 hasta el año 2013 pasando de 1,200 beneficiarios por mes en promedio a 3,600 beneficiarios. Durante el año 2014 se registra una baja en la cantidad de subsidios ya que el promedio de dicho año fue de 2,900 beneficiarios por mes.

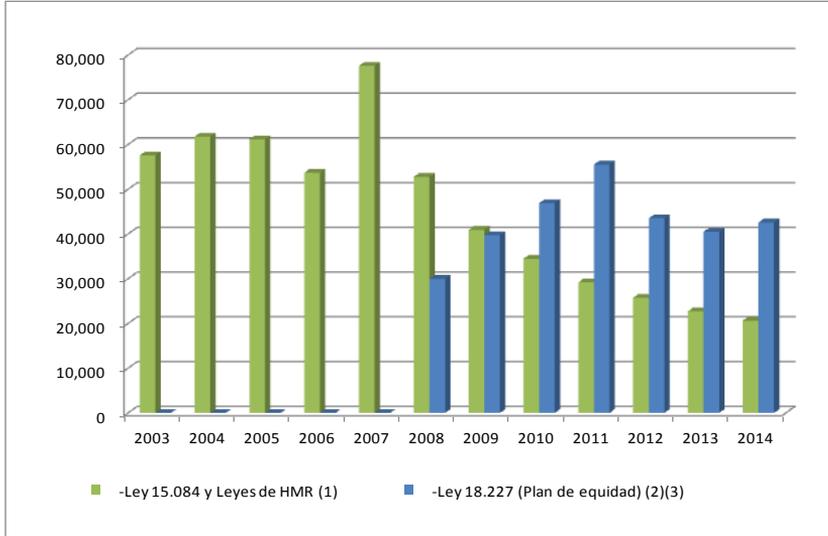
Si comparamos los subsidios por desempleo del sector, para el año 2014 representan un 8.7% del total de beneficiarios de desempleo asistido.

**Gráfico 3 -
Evolución de los beneficiarios de enfermedad y desempleo**



Para el caso de las Asignaciones Familiares, si consideramos conjuntamente todas las leyes vigentes, vemos que el número de beneficiarios ha aumentado aproximadamente un 10%, pasando de casi 58,000 niños y jóvenes beneficiarios, a más de 63,000. En el año 2014 un 67% de las asignaciones familiares son del régimen de la ley 18.227 (plan de equidad) y el 33% de las asignaciones familiares del régimen en de la ley 15.084.

**Gráfico 4 -
Evolución de los beneficiarios por Asignaciones Familiares**



- (1) Clasificación de Beneficiarios de Asignaciones Familiares según rama de atributivo: Rural
(2) Valores estimados
(3) Valores ajustados en base a microdatos ECH (2014)

Para el caso del Subsidio por Maternidad, se ha mantenido estable durante el periodo 2003-2013 en el entorno de 100 beneficiarios mensuales. En el año 2014 se ha registrado un aumento importante debido a la entrada de la ley 19.161, que además de las

prestaciones por maternidad otorga prestaciones de medio horario para cuidados del recién nacido y prestaciones de licencia por paternidad.

5. Recursos y erogaciones del sector

En este capítulo analizamos la trayectoria en el tiempo de las variables monetarias asociadas al sector. Se observa la evolución que ha tenido la recaudación, compuesta por diferentes tipos de recursos: aporte patronal y aporte personal, así como la recaudación por Multas y Recargos y Convenios de Pago.

A los efectos de visualizar más fácilmente los datos, analizamos ratios comparativos entre los egresos e ingresos del sector por tipo de prestación asociada.

En el cuadro que sigue, se presenta la evolución entre el año 2003 Y 2014 para años seleccionados.

Cuadro 4.

	2003	2006	2009	2012	2014
Relación EGRESOS IVS/INGRESOS IVS	5.5	3.1	2.7	3.2	2.6
Relación EGRESOS ACTIVIDAD/INGRESOS ACTIVIDAD	4.5	4.2	N/C	N/C	N/C
Relación EGRESOS ENFERMEDAD/INGRESOS ENFERMEDAD	3.8	3.6	N/C	N/C	N/C
Relación EGRESOS TOTALES/INGRESOS TOTALES	5.2	3.4	3.1	3.6	2.9

Vemos que la relación entre egresos e ingresos totales fue descendiendo hasta el año 2009, pasando en el año 2003 de una relación de 5.2 mientras que en el año 2009 la relación de egresos fue 3.1 veces los ingresos.

Un comportamiento similar tuvo la relación egresos-ingresos IVS, donde se ve una tendencia decreciente hasta el año 2009, pese al aumento del ratio a partir de dicho año.

Si comparamos el ratio del año 2014 respecto a 2003 este ha disminuido en un 52%.

La relación egresos–ingresos de actividad ha tenido en el periodo bajo estudio un comportamiento oscilante, a partir del año 2008 la relación egresos-ingresos de actividad no corresponde debido a que no existen ingresos por aporte relacionados a actividad ya que los ingresos por enfermedad pasan a formar parte de los recursos del Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS).

A partir del año 2008 tanto los ingresos por aportes de enfermedad, como las erogaciones por cuota mutual dejaron de pertenecer al BPS, pasando a la órbita del SNIS. Si analizamos la evolución de los ingresos-egresos sólo correspondientes a SNIS, el ratio de egresos sobre ingresos oscila de 2.64 a 2,27.

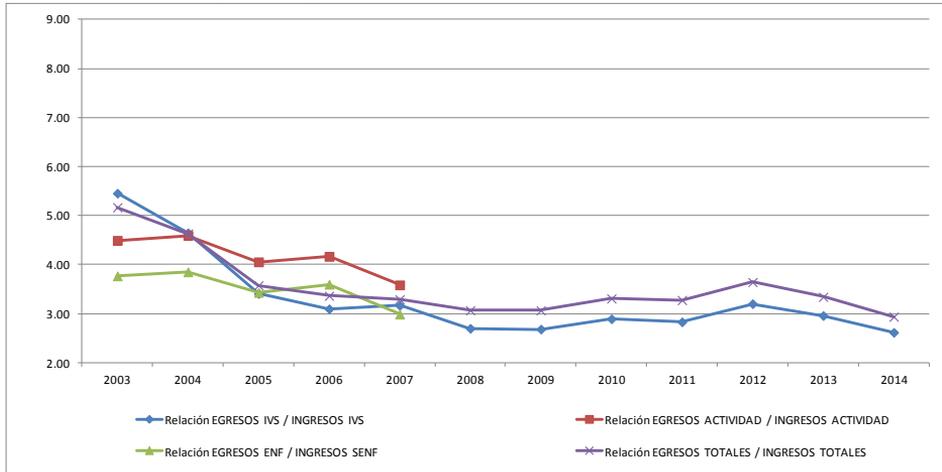
Cuadro 5.

SNIS	2008	2010	2012	2014
APORTE AL SNIS	1.277.457.391	1.076329.930	1.089.184.833	1.193.454.829
EGRESOS CUOTA MUTUAL SNIS - Trabajadores	2.403.714.100	2.128.554.924	2.072878.493	1.738.694.800
EGRESOS CUOTA MUTUAL SNIS - Menores	967.564.527	915.870.624	921.541.287	760.702.347
EGRESOS CUOTA MUTUAL SNIS - Concubinos			95.999.131	215.160.033
Relación Egresos SNIS/Ingresos SNIS	2.64	2.83	2.84	2.27

A partir de 2008 los aportes a enfermedad pasan a ser recursos del SNIS, y sus prestaciones incluyen la cuota mutual de los trabajadores y pasivos, así como la de sus hijos menores y concubinos.

A los efectos de ver la evolución de la relación egresos – ingresos en forma anual, se presenta la siguiente gráfica:

**Gráfico 5 -
Evolución de la relación egresos-ingresos**



6. Aporte patronal rural IVS

Dado que el sector rural tiene la particularidad de tener un régimen de aportes patronales diferente al resto, donde el imponible está constituido por el valor Coneat de la tierra que es explotada, en vez de salarios, nos pareció relevante ver la evolución del mismo y compararlo con la evolución del aporte patronal general.

Para ello construimos índices del aporte patronal por trabajador en términos constantes¹ con base en el año 2003. El índice de aportes patronales IVS generales se mantiene constante hasta el año 2007², donde comienza una pequeña caída para comenzar a crecer en el año 2010. Mientras que el índice del aporte patronal IVS del sector rural crece durante todo el periodo con las excepciones del año 2007 y 2013. La razón de la desigualdad en el comportamiento de los indicadores, surge por una serie de exoneraciones de aportes patronales transitorias aplicables al sector rural como consecuencia de los efectos de la crisis económica del país.

¹ En términos constantes respecto al IPC promedio del último año.

² El año 2007 comienza a aplicarse la reforma tributaria que reduce la tasa de aporte patronal y elimina exoneraciones. (Ley 18.083)

Cuadro 6.

Índice de Aporte Patronal I.V.S.

Año	Ap. Patronal	
	General	Rural
2003	100.0%	100.0%
2004	98.6%	108.4%
2005	98.0%	123.5%
2006	101.9%	142.5%
2007	95.1%	98.1%
2008	84.7%	141.6%
2009	96.0%	164.4%
2010	101.2%	163.1%
2011	102.5%	188.3%
2012	107.0%	201.1%
2013	112.3%	194.9%
2014	119.6%	233.7%

Fuente: Elaborado a partir de datos de Boletín Estadístico

El índice de aportes patronales generales IVS a partir del 2008 va incrementándose, llegando en el 2014 a 119.6%. Lo que implica que el aporte patronal promedio por cotizante creció en términos constantes más de un 40% respecto al año 2008 y casi un 20% respecto al año 2003.

El índice de aportes patronales rurales, creció durante todo el periodo analizado, exceptuando los años 2007 y 2013, registra un valor en 2014 de 233.7%, que se traduce en que el aporte patronal promedio por cotizante creció en términos reales más de un 133% respecto al año 2003.

Ambos indicadores muestran tendencias de crecimiento, destacándose el sector rural con un crecimiento muy fuerte del indicador. Esto no quiere decir que el sector rural realice mayores aportes patronales que el resto de los sectores, sino que el aumento del aporte patronal por trabajador comparado con el año 2003 fue mucho mayor en el sector rural que en el resto de las afiliaciones.

7. Consideraciones generales

Los elementos analizados en el presente estudio tratan de mostrar la evolución de la cobertura brindada por el BPS a los trabajadores del sector rural, los que presentan características distintivas del resto de los trabajadores, no solo desde el punto de vista del trabajo que realizan y de la locación, sino de la forma de aportación.

A modo de resumen podemos mencionar:

- ✓ los puestos cotizantes IVS se han ido incrementando, pasando de casi 142 mil a 164 mil cotizantes, lo que implica un crecimiento del 15.8 % respecto al año 2003.
- ✓ los patronos y cónyuges colaboradores se han mantenido relativamente estables, mostrando un leve descenso (-4.5%) en el horizonte de estudio.

- ✓ los dependientes han pasado de 74 mil a 99 mil, lo que implicó un incremento del entorno del 34.5%.
- ✓ las pasividades mostraron un leve descenso hasta el año 2008, momento a partir del cual comienzan a incrementarse, en total la evolución entre 2003 y 2014 acumuló un aumento en 1.6% del total de las pasividades.
- ✓ las jubilaciones aumentaron un 9,69% pasando de 66,400 a 72,900, mientras que las pensiones de sobrevivencia disminuyeron (-7.9%) pasando de 55,800 a 51,400.
- ✓ para el subsidio por enfermedad, la evolución de los beneficiarios ha sido casi siempre creciente, llegando en 2014 a 3 mil beneficiarios.
- ✓ en el subsidio por desempleo se registró en 2014 un promedio mensual cerca de 3 mil subsidiados, lo que para el año 2014 representan un 8,7% del total de beneficiarios de desempleo asistido de todas las actividades.
- ✓ los beneficiarios de Asignaciones Familiares en el año 2014 respecto al año 2003 han aumentado en un 9.8%, pasando de casi 58 mil niños y jóvenes beneficiarios a más de 63 mil.
- ✓ los beneficiarios del subsidio por maternidad se han incrementado en más de un 40%
- ✓ la relación entre egresos e ingresos totales ha descendido, pasando los egresos de 5.2 a 2.9 veces de los ingresos.
- ✓ en la relación egresos-ingresos IVS también se ve una tendencia decreciente, donde se pasó de un guarismo de 5.5 a 2.6.
- ✓ la relación egresos–ingresos de actividad ha tenido un comportamiento oscilante, pero siempre superior a 4.
- ✓ en el periodo de análisis los aportes patronales promedio por cotizante en el sector rural han aumentado fuertemente duplicando los aportes por cotizante que se realizaban en el año 2003.

