



Sistemas de protección social

en **América Latina
y el Caribe**

Uruguay

**Fernando Filgueira
Diego Hernández**



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo

giz

Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Uruguay

Fernando Filgueira
Diego Hernández



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo



Este documento fue elaborado por Fernando Filgueira, Representante auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el Uruguay, y Diego Hernández, Profesor asociado del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Católica del Uruguay. El documento forma parte de la serie de estudios "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe", editados por Simone Cecchini, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Claudia Robles, consultora de la misma división. El documento contó también con el apoyo editorial de Luna Gámez, consultora. Verónica Amarante proveyó valiosos comentarios.

El documento se enmarca en las actividades de los proyectos "Strengthening social protection" (ROA/149-7) y "Strengthening regional knowledge networks to promote the effective implementation of the United Nations development agenda and to assess progress" (ROA 161-7), financiados por la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Para la impresión de este documento se ha contado con la contribución de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ), en el marco del proyecto "Pacto social para una protección social más inclusiva", del programa de cooperación CEPAL/BMZ-GIZ "Promoción del desarrollo bajo en carbono y de la cohesión social en América Latina y el Caribe" (GER/12/006).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial formal, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Prólogo	5
I. Introducción: evolución histórica de la protección social	7
II. Principales indicadores económicos y sociales	9
III. Protección social contributiva	13
A. Perspectiva general del sistema de pensiones	13
B. El seguro de desempleo	14
C. Cobertura del sistema de pensiones	14
IV. Protección social no contributiva en el Uruguay	17
A. Financiamiento y cobertura de la protección social no contributiva	18
V. El sector de salud en el Uruguay	19
A. Perspectiva general del sector de la salud	19
B. Financiamiento y cobertura del sector de salud	20
VI. El sector educativo en el Uruguay	23
A. Cobertura del sistema educativo	23
VII. Otros sectores	27
Bibliografía	29

Índice de cuadros

Cuadro 1	Personas de 65 años y más que reciben algún tipo de jubilación por subsistema o institución según quintiles de ingreso, año 2007	15
Cuadro 2	Salud: lugar de atención más frecuente por quintiles de ingreso, 2007	21
Cuadro 3	Distribución de la matrícula entre la educación pública y la privada, 2007	24

Índice de gráficos

Gráfico 1	Producto interno bruto, 2000-2011.....	10
Gráfico 2	Desempleo en localidades con 5.000 o más habitantes, por trimestre, 2000-2011	10
Gráfico 3	Salario mínimo nacional y salario real, 2000-2010	11
Gráfico 4	Gasto público social clasificado por función, 1998-2008	11
Gráfico 5	Ocupados que cotizan a alguna caja de jubilaciones por quintiles de ingresos, 2007	15
Gráfico 6	Uruguay: asistencia a algún establecimiento educativo por edad y quintil de ingreso, 2007.....	24

Prólogo

Simone Cecchini
Claudia Robles

Este informe forma parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

Considerando que, en el año 2011, 174 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza —73 millones de los cuales en la pobreza extrema— y que la región sigue caracterizándose por una distribución del ingreso muy desigual (CEPAL, 2012), los estudios se centran especialmente en la inclusión de la población pobre y vulnerable a los sistemas de protección social, así como en el impacto distributivo de las políticas de protección social.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. Si bien la protección social puede estar orientada a atender necesidades particulares de determinados grupos de población —como personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza y grupos en mayor vulnerabilidad como los pueblos indígenas—, debe estar disponible para el conjunto de la ciudadanía. En particular, la protección social se considera un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos normativos reconocen los derechos a la seguridad social, el trabajo y la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como el disfrute del mayor bienestar físico y mental y la educación.

La responsabilidad de garantizar estos derechos recae principalmente sobre el Estado, que debe jugar un papel primordial en la protección social —para que ésta sea interpretada como un derecho y no un privilegio—, en colaboración con tres otros grandes actores: las familias, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias. Con diferencias que responden a su historia y estadio de

desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado algunas de las medidas más innovadoras, entre los países en vías de desarrollo, para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias —que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales— y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más serios que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos en las condiciones de vida de la población (Cecchini y Martínez, 2011).

La protección social es parte central de la política social, pero presenta características distintivas en cuanto a los problemas sociales que atiende. Por lo tanto, no cubre todas las áreas de la política social, sino que es uno de sus componentes, junto con las políticas sectoriales —tales como la salud, la educación o la vivienda— y las políticas de promoción social —tales como la capacitación, la intermediación laboral, la promoción de nuevos emprendimientos, el financiamiento y la asistencia técnica para micro y pequeñas empresas—. Mientras que las políticas sectoriales se hacen cargo de la provisión de servicios sociales que buscan fortalecer el desarrollo humano, y las políticas de promoción se orientan al reforzamiento de capacidades que mejoran la generación autónoma de ingresos por parte de la población, la protección social busca asegurar un nivel básico de bienestar económico y social a todos los miembros de la sociedad. En particular, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

En consecuencia, los estudios de caso nacionales caracterizan dos de los pilares de los sistemas de protección social: el pilar no contributivo (tradicionalmente conocido como “asistencia social”, y que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas) y el contributivo (o “seguridad social”). Los estudios de caso discuten también las políticas de empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que su comprensión es necesaria para analizar los desafíos de acceso que enfrenta la población en cada país.

Asimismo, los estudios de casos incluyen un breve panorama de las tendencias socio-económicas y de desarrollo, con un particular énfasis en la pobreza y la desigualdad. En relación con ello, queremos destacar que las estadísticas presentadas en los estudios de casos —sean relacionadas con la pobreza, la desigualdad, el empleo o el gasto social— no corresponden necesariamente a los datos oficiales validados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. Introducción: evolución histórica de la protección social¹

El Uruguay es un país que presenta niveles altos de desarrollo humano y se encuentra a la vanguardia de la región en materia de bienestar. Su sistema de protección social es de los pioneros en América Latina y ha alcanzado un desarrollo significativo. Históricamente se identifican cuatro grandes pilares de su matriz de bienestar: educación, salud, seguridad social y vivienda (Filgueira, 1994).

En primer lugar, la educación pública ha jugado un rol protagónico en la vida del país ya desde fines del siglo XIX, cuando se desarrolló la escuela primaria a partir de una inversión sistemática en infraestructura. Esto permitió una temprana universalización de la cobertura de la educación primaria sobre la mitad del siglo XX, esfuerzo que luego fue trasladado al ciclo secundario, logrando la universalización del primer ciclo entre las décadas de los ochenta y los noventa. En la actualidad, la educación obligatoria comprende tanto la educación primaria como la secundaria. El sistema educativo público reúne al 80% del total de los alumnos matriculados del país. Éste ofrece educación gratuita y laica desde el nivel de preescolar hasta la educación superior, incluyendo la capacitación técnica.

En segundo lugar, a finales del siglo XIX también se introdujeron las primeras políticas de seguridad social. El sistema estaba profundamente fragmentado, ya que en un principio la cobertura solo se destinaba a algunos funcionarios del Estado y posteriormente se fue extendiendo a todos los integrantes del sector público, pero no fue hasta la década de los años cincuenta que estos beneficios se ofrecieron también para los integrantes de los restantes sectores. En el siglo XX también se crearon las “cajas paraestatales”, instituciones que existen hasta nuestros días que ofrecían protección especial a grupos particulares de trabajadores, como por ejemplo los bancarios, escribanos, profesionales universitarios y, más recientemente, los miembros de los cuerpos de policía y fuerzas armadas.

Luego del período de maduración y universalización, el sistema comenzó a experimentar dificultades en las dos décadas siguientes, especialmente en relación a su financiamiento. Esto se debe a diversos factores: el envejecimiento de la población, la flexibilización de algunas condiciones de elegibilidad o el otorgamiento de prestaciones supuestamente contributivas sin que realmente existieran contribuciones, para mantener el apoyo electoral. Por tanto, desde mediados de los setenta el sistema comienza un proceso de ajustes paramétricos, entre los que destaca el aumento de los años de aporte exigido, y deterioro en el nivel de las prestaciones. Este último proceso fue revertido a partir

¹ Esta sección se basa fundamentalmente en Filgueira (1994) y Ferreira-Coimbra y Forteza (2004).

de un plebiscito popular a través del cual se indexaron las prestaciones al índice medio de salarios. Finalmente en 1996 se establece un sistema mixto que combina un pilar de reparto junto con uno de capitalización individual e introduce administradoras privadas de fondos previsionales.

En tercer lugar, el sistema de salud se fue desarrollando a partir principios del siglo XX paralelamente en las órbitas pública y privada. En 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública (MSP), el que ha brindado directamente servicios de salud en un esquema de funcionamiento altamente centralizado. A finales del siglo XIX y principios del XX se crearon instituciones privadas, como las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o “mutualistas”, que brindan servicios de atención en salud y servicios de seguro de salud integrales.

Entre los años ochenta y noventa se extiende un sistema de subsidio estatal que permite la incorporación de trabajadores formales a las mutualistas. La institución encargada de gestionar los nuevos seguros de salud fue la Dirección de Seguros por Enfermedad (DISSE). En 2006 se aplica la reforma al sistema, por medio de la cual se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que reemplaza al DISSE y amplía la cobertura de los sistemas de salud, integrando los diferentes subsistemas y combinando varias fuentes de financiamiento.

Hoy en día, el sistema de salud público está administrado por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que funciona de forma autónoma, mientras que el MSP regula las instituciones de salud y se encarga de los asuntos de “salud pública”. Por otro lado, el sistema de salud privado coexiste con el público y no tiene fines de lucro. Éste está constituido por las IAMC y su financiamiento proviene de los seguros privados y de las contribuciones de los trabajadores formales a través de FONASA.

Finalmente, las políticas de vivienda han sido enfocadas a la clase media del país y han buscado posibilitar que una buena parte de la población se convirtiera en propietaria. La principal institución para la vivienda ha sido el Banco Hipotecario del Uruguay (BHU), que entrega créditos para la vivienda y la construcción de viviendas. Desde finales de la década de 1990, esta institución se sumió en una crisis y se tornó insustentable debido al retraso de los pagos, entre otros motivos. En la actualidad el BHU ha adquirido una mayor presencia en el sector de la propiedad comercial y la cartera social en vivienda ha quedado a cargo de la Agencia Nacional de Vivienda, que forma parte del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

II. Principales indicadores económicos y sociales

El Uruguay experimentó a comienzos del año 2000 una profunda crisis económica y financiera. A pesar de que su PIB disminuyó bruscamente entre 2000 y 2003, posteriormente aumentó paulatinamente (véase el gráfico 1). Consecuentemente, las tasas de desempleo alcanzaron niveles sin precedentes en 2003, si bien posteriormente disminuyeron. Desde 2006, las tasas de desempleo se han mantenido por debajo del nivel que tenían en 2000 (véase el gráfico 2).

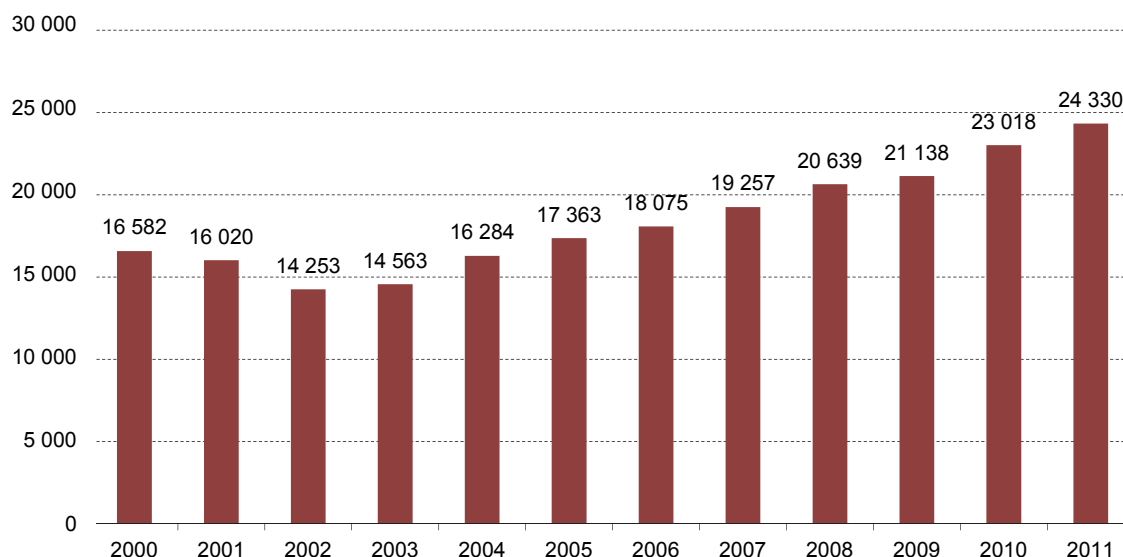
Según datos de la CEPAL, la pobreza aumentó de 9,4% de la población en 1999 a 15,5% en 2002; sin embargo, en 2011 la incidencia de la pobreza bajó a 6,7%, una tasa aún más baja del nivel pre-crisis. De manera similar, el coeficiente de Gini aumentó de 0,44 en 1999 a 0,46 en 2002, pero bajó a 0,40 en 2011, lo que hace del Uruguay uno de los países menos desiguales de América Latina.

Gracias a los resultados de las negociaciones en el ámbito del Consejo de Salarios, el salario mínimo también se recuperó, en línea con las tendencias positivas de las tasas de desempleo y del PIB. Sin embargo, los salarios reales han alcanzado los valores anteriores a la crisis solamente en 2010, cuando llegaron a estar ligeramente por arriba del nivel existente en 2000 (véase el gráfico 3).

La prioridad fiscal del gasto público social como porcentaje del gasto público total y como porcentaje del PIB también se vio afectada por la crisis del 2002/2003, aunque se recuperó sucesivamente. En 1998, el gasto público social constituía el 67% del gasto público total; descendió al 57% en 2003 pero en 2008 superó su nivel inicial alcanzando el 75%. Como porcentaje del PIB, el gasto social se mantuvo estable entre el 20% y el 22% del PIB, aunque aumentó en dos puntos porcentuales desde 2004 (MIDES, 2009), lo cual refleja el contexto de expansión económica experimentado durante estos años. Además, en 2007 la tasa de crecimiento del gasto social sobrepasó la del PIB.

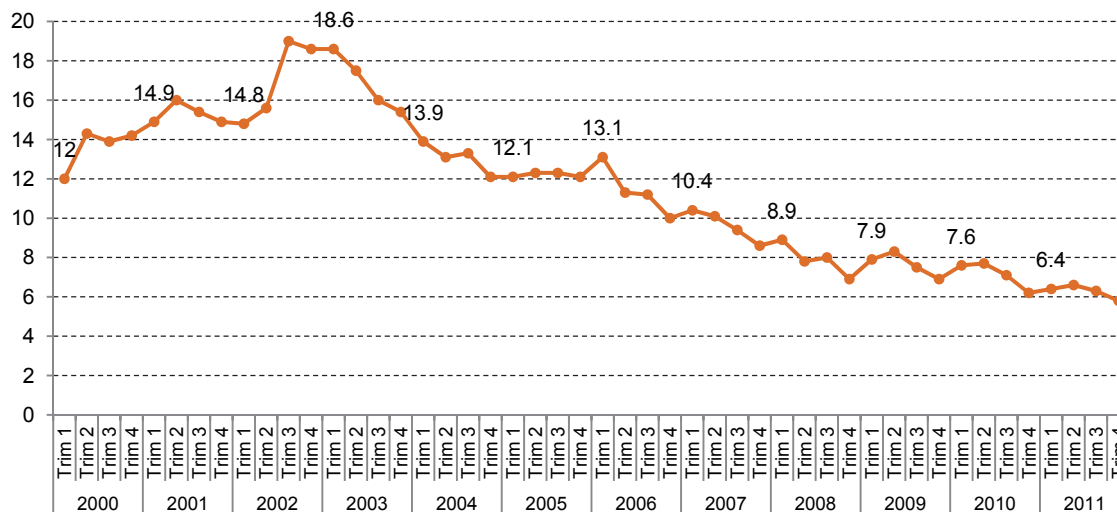
En el Uruguay, más de la mitad del gasto público social se destina a seguridad y asistencia social. Desde 2007, otros sectores, principalmente la salud y —en menor medida— la educación, comienzan a tener una mayor incidencia relativa (véase el gráfico 4).

GRÁFICO 1
PRODUCTO INTERNO BRUTO, 2000-2011
(En millones de dólares a precios constantes de mercado del 2005)



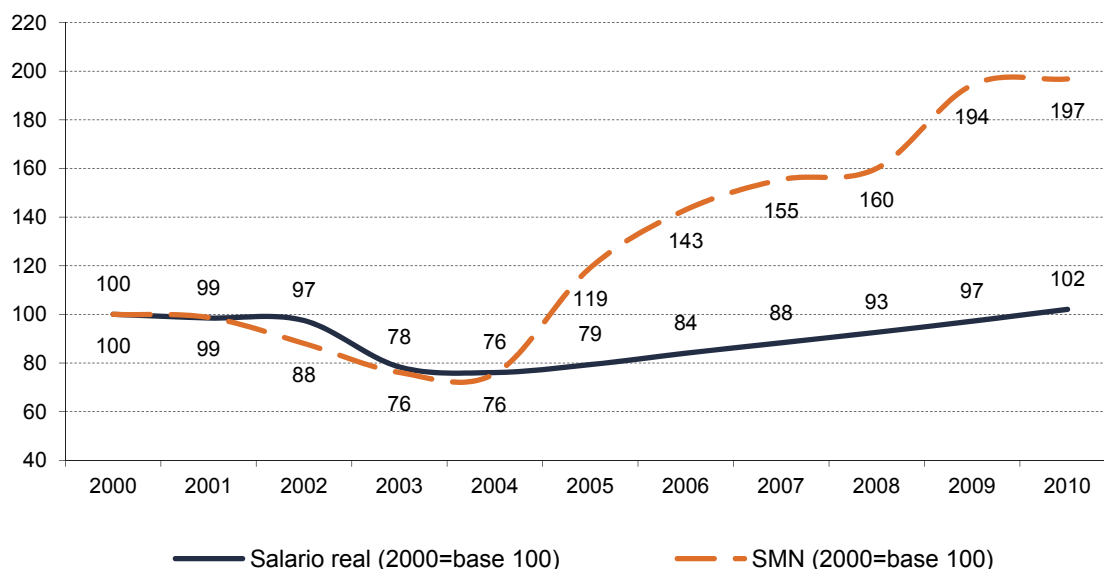
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL-CEPALSTAT) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

GRÁFICO 2
DESEMPLEO EN LOCALIDADES CON 5.000 O MÁS HABITANTES,
POR TRIMESTRE, 2000-2011
(En porcentajes)



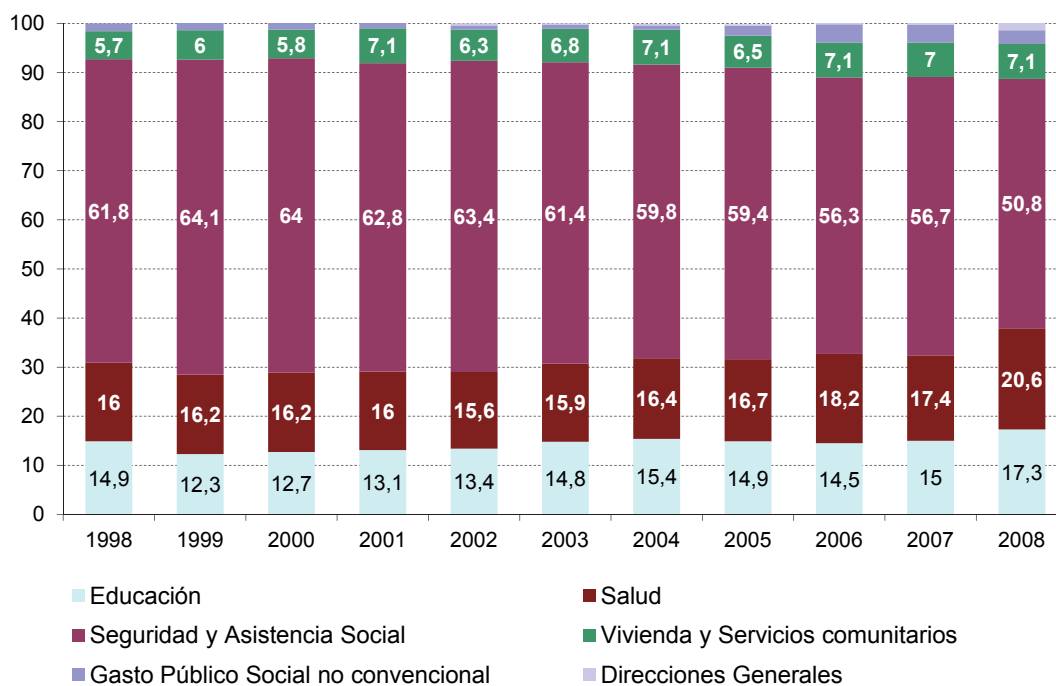
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL-CEPALSTAT) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

GRÁFICO 3
SALARIO MINIMO NACIONAL Y SALARIO REAL, 2000-2010
(Año base 2000=100)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística del Uruguay (INE) [en línea] <http://www.ine.gub.uy/>.

GRÁFICO 4
GASTO PÚBLICO SOCIAL CLASIFICADO POR FUNCIÓN, 1998-2008
(En porcentajes)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES), “Observatorio social” [en línea] <http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/portal.php> [septiembre de 2009].

III. Protección social contributiva

La mayor parte del gasto en seguridad y asistencia social está destinado al régimen general de pensiones de vejez, discapacidad y sobrevivencia. En buena medida, esta inversión corresponde a los gastos del Estado destinados a financiar el persistente déficit que se genera por la diferencia entre los ingresos por contribuciones al sistema y las erogaciones del mismo.

A. Perspectiva general del sistema de pensiones

El Uruguay tiene un sistema de pensiones de carácter mixto que se conforma por dos pilares: a) un sistema de reparto basado en la solidaridad intergeneracional y financiado con los impuestos sobre los salarios, otros tributos y asistencia financiera del gobierno central. La adscripción a este pilar es obligatoria, y b) el modelo de capitalización individual: requiere que el ahorro individual obligatorio se haga en cuentas personales mediante contribuciones directas. La adscripción a este pilar es obligatoria para aquellos cotizantes que superan un monto de ingresos. También podría ser elegido voluntariamente, en cuyo caso los aportes se destinan en partes iguales al primer pilar de reparto y al segundo. El sistema de pensiones se complementa con un tercer pilar voluntario para salarios superiores a un determinado monto.

Las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP) fueron implementadas como parte del modelo de capitalización individual. Estas instituciones gestionan los fondos de pensiones y son responsables de su rentabilidad, por ello cobran una comisión a los trabajadores. Asimismo, las administradoras de fondos se encargan, a través de empresas aseguradoras, de las pensiones por discapacidad y pensiones de sobrevivencia. Junto con las AFAP, se implementó un sistema informático para registrar el historial laboral de los trabajadores y las contribuciones hechas a lo largo de su vida activa. Este sistema pretendía combatir la provisión de pensiones bajo condiciones irregulares para evitar prácticas de clientelismo. Sin embargo, esta situación pone en mayores aprietos a los trabajadores más vulnerables y a aquellos del sector de trabajo informal, cuyas posibilidades de reconstruir su historia laboral se acotan.

El financiamiento del sistema de pensiones surge de una combinación de fuentes: del aporte de los contribuyentes (15% de sus salarios), los empleadores (7,5% de sus salarios) y el propio Estado, mediante transferencias para subsidiar el déficit del Banco de Previsión Social (BPS). Los fondos públicos cubren una quinta parte del pago de pensiones por parte del BPS. En teoría, las pensiones que serán pagadas a partir de la capitalización individual se financian exclusivamente por el aporte de los contribuyentes y por la rentabilidad del capital acumulado

A partir de 2008, los años de aporte para acceder a las jubilaciones y pensiones fueron rebajados de 35 a 30 años y se mantuvo la edad mínima de retiro a los 60 años. También existe una jubilación por edad avanzada para los trabajadores de 70 años que no han cumplido los requisitos mínimos para jubilarse. Con este nuevo sistema, los adultos mayores de 70 años deben haber cotizado un mínimo de 15 años. Para las personas de 69 años se requieren 17 años de aportes y las de 68 años 19 años de aportes, respectivamente.

Asimismo, se instrumenta un cómputo especial de servicio para las mujeres, adicionando un año de servicio reconocido por cada hijo (con un máximo de cinco). Además, las condiciones para recibir una pensión por discapacidad —tanto para las pensiones de jubilación por incapacidad total como el subsidio transitorio por incapacidad parcial— se hicieron más flexibles; por ejemplo, se eliminó el requisito de haber trabajado los seis meses inmediatamente previos a la discapacidad para poder recibir la pensión.

Aproximadamente, el 70% de los pagos del BPS corresponden al régimen de las pensiones por jubilación, discapacidad y sobrevivencia y un 5% a asignaciones familiares. Otro 15% está destinado a costear prestaciones relacionadas al seguro de enfermedad y un 2% restante corresponde al seguro de desempleo.

B. El seguro de desempleo²

El seguro de desempleo cubre a todos los empleados formales excluidos de la fuerza laboral por razones ajenas a su voluntad. Su financiamiento proviene de los aportes previsionales correspondientes al período activo.

Desde 1981 —y hasta fines de 2008— los trabajadores beneficiarios del seguro de desempleo cobraban una prestación uniforme durante todo un período de hasta seis meses, equivalente al 50% de la remuneración media de los últimos seis meses de actividad. Las prestaciones no podían ser inferiores al 50% del Salario Mínimo Nacional (SMN), ni superiores a ocho SMN.

Hacia fines del año 2008 se implementó una reforma al sistema a través de la cual se estableció una tasa decreciente de reemplazo (del 66% en el primer mes hasta el 40% en el sexto). También se dispuso una duración de seis meses adicionales de cobertura para los mayores de 50 años que fuesen despedidos (los seis meses adicionales con la prestación más baja de la tasa decreciente). Asimismo, se establece un mecanismo a través del cual el período del seguro se extiende por dos meses más durante los períodos de recesión económica.

C. Cobertura del sistema de pensiones

La cobertura del sistema de pensiones uruguayo es muy alta. Más de ocho de cada diez personas de 65 años o más reciben algún tipo de pensión. Esta cifra además es muy alta prácticamente con independencia del quintil de ingreso que se trate. Con excepción del quintil de menores ingresos, cuyo porcentaje es ostensiblemente menor que el de los restantes quintiles, la proporción de personas que reciben algún tipo de jubilación o pensión es idéntica entre los restantes cuatro (véase cuadro 1).

El Banco de Previsión Social concentra la enorme mayoría de todas las prestaciones. Es en el quintil cinco donde se registra la menor proporción de personas cubiertas por esta institución. Esto no es casual ya que, por un lado, es el BPS el ente que se encarga de efectivizar las prestaciones no contributivas. Además, las cajas paraestatales de profesionales, notarios y bancarios son con las que mejores prestaciones y condiciones de elegibilidad cuentan.

² Este apartado está basado en Casanova (2009).

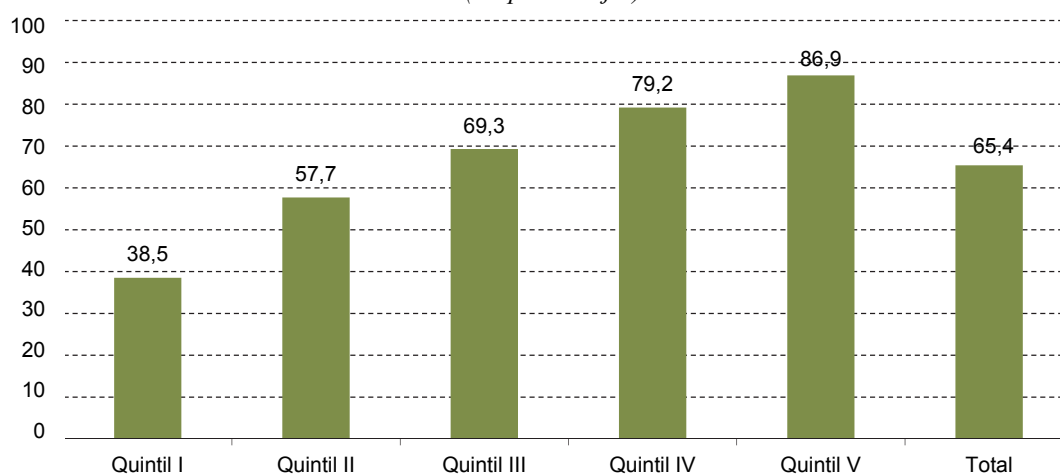
CUADRO 1
PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE RECIBEN ALGÚN TIPO DE JUBILACIÓN POR
SUBSISTEMA O INSTITUCIÓN SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, AÑO 2007
(En porcentajes)

	1	2	3	4	5	Total
No recibe jubilación o pensión	27,3	15,6	14,1	13,2	13,6	15,3
Reciben jubilación o pensión	72,7	84,4	85,9	86,8	86,4	84,7
BPS	70,1	79,7	78,9	77,0	60,8	73,6
Militar o policial	2,6	4,1	5,8	6,6	6,5	5,5
Caja profesional, notarial o bancaria	0,0	0,05	0,5	1,9	15,8	4,2
Otras	0,1	0,5	0,7	1,3	3,3	1,4
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: *Encuesta Continua de Hogares* (ECH), Instituto Nacional de Estadística (INE) [en línea] <http://www.ine.gub.uy/>.

El mercado laboral uruguayo tiene una proporción muy alta de trabajadores formales, ya que casi dos terceras partes de los trabajadores activos realizan aportes a alguna caja de jubilaciones (la gran mayoría lo hace al BPS). Pertenecer al mercado formal del trabajo implica además de aportar para la sustitución de ingresos durante el retiro, contar con otra serie de beneficios como aseguramiento en salud para el trabajador y sus hijos menores de 18 años, acceso al seguro de desempleo, atención de accidentes laborales y otros derechos como salario vacacional o aguinaldo. La proporción de trabajadores que aportan a la seguridad social se ordenan perfectamente por quintil de ingresos, a mayor quintil, mayor es dicha proporción (véase el gráfico 5).

GRÁFICO 5
OCUPADOS QUE COTIZAN A ALGUNA CAJA DE JUBILACIONES
POR QUINTILES DE INGRESOS, 2007
(En porcentajes)



Fuente: *Encuesta Continua de Hogares* (ECH), Instituto Nacional de Estadística (INE) [en línea] <http://www.ine.gub.uy/>.

Además, entre 2001 y 2008 solo el 15% de los desempleados recibió algún tipo de sustitución de ingresos y esta tasa disminuyó al 6,5% entre 2004 y 2005. Esta brecha se explica por casos de desempleo crónico que superan el tiempo de la prestación, pero más aún probablemente porque el desempleo predomina en sectores que cuando estaban ocupados, no aportaban a la seguridad social, o lo hicieron por períodos insuficientes para contar con el derecho. Esto demuestra que el seguro de desempleo en el Uruguay todavía tiene límites.

IV. Protección social no contributiva en el Uruguay

El Uruguay tiene un sistema de pensiones no contributivas para adultos mayores y discapacitados que se estableció en 1919 y que proporciona un soporte económico para todas las personas que no tienen ingresos suficientes para cubrir sus gastos de vida debido a situaciones de edad avanzada o de discapacidad. El apoyo consiste en una transferencia para personas de 70 años o más o que tienen alguna discapacidad y viven debajo del umbral de pobreza. El BPS gestiona el programa y se hace entrega de las pensiones a los ciudadanos uruguayos, a los extranjeros que pueden demostrar que residieron en el país más de 15 años, así como los uruguayos residentes en Argentina o Brasil a menos de 5 km de la frontera uruguaya.

En 2007 fue creado un plan de pensiones para adultos mayores entre 65 y 70 años que no están afiliados a ningún plan de pensiones. Cuando cumplen 70 años, son automáticamente afiliados a la pensión de vejez³.

En los últimos años, se han incorporado más transferencias al sistema. En un primer momento se crearon para combatir las consecuencias sociales de la crisis económica, este fue el caso por ejemplo del “ingreso ciudadano”, transferencia condicionada del Programa de Asistencia Nacional a la Emergencia Social (PANES) —que operó entre 2005 y 2007. Más adelante, se desarrolló un esquema más permanente (en el marco del llamado Plan de Equidad) y con un claro sesgo generacional hacia la infancia, aunque sin afectar derechos adquiridos en materia de pensiones no contributivas.

Las AFAM constituyen el principal componente de las transferencias monetarias condicionadas del Uruguay. Al igual que sucede con las pensiones no contributivas, las AFAM están gestionadas por el BPS y es mediante este organismo que se efectúan los pagos a las familias. Los beneficiarios son los hogares vulnerables con menores de 18 años. La familia beneficiaria debe estar integrada por dos o más personas, que pueden estar vinculadas o no por lazos de parentesco, pero que deben cohabitar bajo el mismo techo como unidad familiar o asemejándose al menos a una unidad familiar. A su vez, la vulnerabilidad se establece no solo a partir de ingresos, sino que considera las condiciones habitacionales y el entorno, la composición del hogar, las características de sus integrantes y la situación sanitaria. Estos elementos se combinan en un algoritmo que predice ingresos para seleccionar a los potenciales beneficiarios. Al igual que sucede con los PTC en toda América Latina, se prioriza la figura femenina como administradora de las transferencias correspondientes a la familia.

³ Véase [en línea] <http://dds.cepal.org/bdps/programa/componentes.php?id=51>.

Los beneficiarios de las AFAM son todos los niños: a) a partir de la constatación fehaciente del embarazo y hasta los 14 años (cursando primaria); b) hasta los 16 años si se comprueba que no pudo completar primaria por motivos justificados; c) hasta los 18 años si cursa estudios superiores a los primarios; y d) de por vida en caso de discapacidad, sujeto a control cada 3 años.

Las transferencias entregadas por el programa se determinan en base al número de beneficiarios de cada familia, al nivel educativo en el que los niños y niñas o jóvenes se encuentren matriculados y la discapacidad de los beneficiarios. La transferencia base para los niños que asisten a educación primaria es de 700 pesos uruguayos (aproximadamente 35 dólares) y para los niños en secundaria de 1.000 pesos uruguayos (aproximadamente 50 dólares). Para el caso de niños con discapacidades el valor es siempre de 1000 pesos uruguayos⁴.

A. Financiamiento y cobertura de la protección social no contributiva

Una característica del sistema de protección social en el Uruguay es que tanto las transferencias contributivas como las no contributivas están integradas, financiadas y suministradas por una única institución, el BPS.

Las AFAM, junto con otras cargas familiares y de maternidad corresponden al 5% de las erogaciones del BPS. El nuevo sistema de asignaciones familiares, lanzado en enero de 2008 y que implica la mejora de las prestaciones mencionada más arriba, alcanzó en el primer trimestre de 2009 las 340.000 prestaciones. Esto implica que aproximadamente algo menos del 40% de los niños y niñas de 0 a 18 años reciben esta prestación. A ello se suman algo más de 170.000 prestaciones bajo el viejo régimen, que equivalen a un monto poco menor a la tercera parte del nuevo régimen. Al considerar ambos regímenes de forma conjunta, se podría estimar que alrededor de 6 de cada 10 niños y niñas de 0 a 18 años recibían asignaciones familiares. Esta cifra es mayor al porcentaje de pobres en dicho tramo etario, lo que indica una cobertura muy alta. No obstante, el valor medio de las pensiones contributivas es más del doble del valor de las prestaciones no contributivas que ofrece el BPS⁵.

⁴ Pesos uruguayos de enero de 2008.

⁵ Estimación para junio de 2008, en pesos uruguayos de 2008 basada en datos del BPS.

V. El sector de salud en el Uruguay

El sector de salud en el Uruguay está compuesto por dos subsistemas: el público y el privado. El sistema de salud público brinda sus servicios a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El sistema de salud privado está compuesto mayoritariamente por las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC), también llamadas mutualistas. Si bien existen diferencias entre los dos subsistemas en el tiempo de espera de los pacientes, ambos ofrecen un seguro de salud integral y el acceso a todos los niveles de atención médica.

A. Perspectiva general del sector de la salud

La salud pública incluye una red de servicios primarios compuesta por una red de asistencia primaria (policlínicas barriales) y hospitales nacionales y regionales. Algunos gobiernos municipales también proveen servicios de salud pública y la Universidad de la República cuenta con un hospital de referencia nacional. Todos estos actores funcionan de forma coordinada y por ello todos los asegurados en la salud pública podrán atenderse en cualquiera de estos centros.

El aseguramiento gratuito en el subsistema público depende del nivel socioeconómico de las personas. Así, dependiendo del ingreso de los hogares, un individuo tendrá acceso a dos categorías (o tipos de “carnet”): la primera es para los sectores más pobres y es la que otorga acceso gratuito a todo el conjunto de prestaciones. Al segundo nivel tienen acceso los hogares de bajos recursos (aunque mayores que los de la categoría anterior) e implica el pago de un arancel (sumado a copagos para algunas prestaciones). De todas formas el pago es claramente inferior al del resto del sistema de salud para obtener los mismos servicios o aseguramientos.

Existe otra forma de obtener el aseguramiento de los servicios de ASSE que es a través de la seguridad social o Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este fondo cubre a los empleados formales y sus hijos menores de 18 años. Los afiliados pueden optar por los servicios prestados por una IAMC —que también cubre servicios de salud integral a todos los niveles de atención— o los de la ASSE. Si bien la elección de este último prestador ha sido muy minoritaria, han existido casos donde beneficiarios del FONASA escogieron los servicios de la ASSE. En general esto se debe a dos tipos de razones: que en el sistema mutual existen copagos que encarecen la atención y que, principalmente fuera de la capital en ciudades pequeñas, pueden existir casos donde la presencia de oferta de servicios de salud sea exclusivamente pública.

En el contexto del subsistema de salud privado, existen dos formas de acceder a la cobertura de los IAMC. La primera es pagando el costo del seguro, una cuota mensual de aproximadamente 60 dólares. Estos costos a su vez se complementan con copagos de bastante bajo monto ya sea para consultas con médicos generales, especialistas o medicamentos (conocidos como “órdenes”). Muchos de estos copagos tuvieron originalmente un rol moderador en el uso de los servicios, aunque en la actualidad forman parte del esquema de financiamiento de estas instituciones. De cualquier manera su costo es muy lejano del valor real de mercado de las prestaciones que recibe el paciente. En 2002, el 75% del total del gasto privado en salud correspondía al pago del aseguramiento y sólo el 25% a gastos de bolsillo⁶.

Otra forma de acceder a la cobertura de una IAMC es a través de la seguridad social o mediante FONASA. En este caso, cada trabajador aporta un porcentaje de su salario, a partir de lo cual adquiere derecho de afiliación para él o ella y sus hijos menores de 18 años. El Estado a su vez hace a las instituciones una transferencia per cápita mensual de acuerdo al perfil de riesgo del trabajador asegurado. En el año 2007, el 49% de quienes se atendían frecuentemente en IAMC pagaban la cuota a través de DISSE (el equivalente a FONASA en la actualidad). Esta cifra es mayor en la actualidad debido a la inclusión de funcionarios públicos y menores de 18 años al FONASA.

Las prestaciones de salud suministradas por las IAMC son de mejor calidad que las prestaciones ofrecidas por el sector público, tanto en términos de infraestructuras hospitalarias como el número de trabajadores por personas atendidas o los tiempos de espera. Sin embargo, la calidad de la salud que reciben los uruguayos es alta en comparación con la región. Difícilmente alguien sufra de una enfermedad grave sin recibir atención o deje de recibir una intervención quirúrgica si esta es necesaria o que la reciba luego de pasar una lista de espera de varios años. Los indicadores nacionales reflejan esta realidad: la tasa de mortalidad infantil es una de las más bajas de la región, el 100% de los partos son atendidos por personal especializado y el 94% de los niños son vacunados contra el sarampión, polio u otras enfermedades.

B. Financiamiento y cobertura del sector de salud

El subsistema de salud público se financia tanto del aporte directo de rentas generales como de los afiliados por la seguridad social. Por otra parte, el sistema mutual se financia tanto por el pago de las cuotas mensuales provenientes de afiliados individuales como de las transferencias per cápita correspondientes a las afiliaciones a la seguridad social. Este dinero es recaudado por el Estado y consiste en los aportes de los trabajadores (entre 3% y 6% de sus salarios, dependiendo del monto del mismo y si tiene hijos o no) y de los patrones (5%). El FONASA recibe además transferencias desde rentas generales para complementar los gastos per cápita.

Entre 2005 y 2009 el presupuesto en salud pública aumentó un 87% al tiempo que la población atendida disminuyó en un 16%. Esto hizo que en el mismo período el gasto per cápita en salud pública creciera, en términos constantes, desde 342 a 759 pesos uruguayos, lo que supone un aumento del 121%.

La enorme mayoría de la población del Uruguay cuenta con algún tipo de aseguramiento en salud, el que a su vez se concentra de forma prácticamente exclusiva a través de la salud pública o del subsistema mutual. Casi 9 de cada 10 uruguayos declara atenderse en alguno de estos subsistemas cada uno de los cuales cubren a una porción similar de personas. Además, aproximadamente el 7% de la población está cubierto por los sistemas sanitarios de las Fuerzas Armadas por un lado y de las Policiales por el otro. El resto de la población asegurada está afiliada a seguros privados sin fines de lucro que ofrecen cobertura parcial o total (véase cuadro 2).

⁶ Sobre la base de la información del “Informe sobre la salud en el mundo 2005” (OMS). Véase también Peticaró (2008).

CUADRO 2
SALUD: LUGAR DE ATENCIÓN MÁS FRECUENTE POR QUINTILES DE INGRESO, 2007
(En porcentajes)

	1	2	3	4	5	Total
No se atiende	2,2	2,60	2,5	2,0	1,0	2,1
Salud Pública (MSP, policlínicas, BPS, asignaciones familiares)	80,7	51,0	28,2	12,3	2,6	42,4
Mutualismo	12,0	32,6	54,5	73,8	81,6	44,2
Sanidad policial o militar	3,3	9,7	9,6	7,0	4,3	6,6
Seguro privado total	0,0	0,0	0,2	1,0	7,5	1,3
Otros	1,9	4,1	4,9	3,9	3,0	3,4
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Continua de Hogares del INE.

Es muy probable que el porcentaje de personas cuyo lugar de atención es el sistema mutual haya aumentado al día de hoy como consecuencia de la implementación de una reforma de salud que busca instaurar un Sistema Nacional Integrado de Salud. En términos generales, este sistema debería ser financiado por el FONASA —también creado en dicha reforma— al que se irían incorporando gradualmente los habitantes del país. El primer paso fue la incorporación de los empleados públicos y sus hijos menores de 18 años (que antes no tenían cobertura) y los hijos menores de 18 de los trabajadores privados. Así, muchas personas que antes no podían pagar para ingresar al sistema mutual adquirieron derechos para ser cubiertos por una IAMC.

VI. El sector educativo en el Uruguay

En el Uruguay el ciclo educativo obligatorio es de 13 años, desde los 4 años (educación inicial) hasta la compleción del ciclo medio de educación (edad teórica de 17 años). En todos los niveles educativos es posible encontrar oferta de servicios públicos y gratuitos, con mayor intensidad cuando se trata de los ciclos obligatorios de educación. Es así que desde la educación inicial hasta la educación universitaria el Estado brinda la posibilidad de acceso gratuito. En el caso de los ciclos básicos la mayoría de esta oferta se brinda a través de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP): educación inicial, primaria, media (técnica y tradicional) y formación docente. La educación universitaria pública reconoce en el Uruguay a la Universidad de la República (UDELAR) como su actor principal⁷.

También existe un subsistema privado, cuyo predominio se encuentra básicamente en aquellos niveles donde la oferta pública es aún débil, especialmente la educación en la primera infancia (la atención a niños entre cero y dos años. Como se verá más adelante, su incidencia en cuanto a niños atendidos es minoritaria. Además, existen “copagos” en educación —para libros, transporte y en términos del costo de oportunidad de no trabajar—, particularmente en la educación superior, lo que limita el acceso a parte de la población.

A. Cobertura del sistema educativo

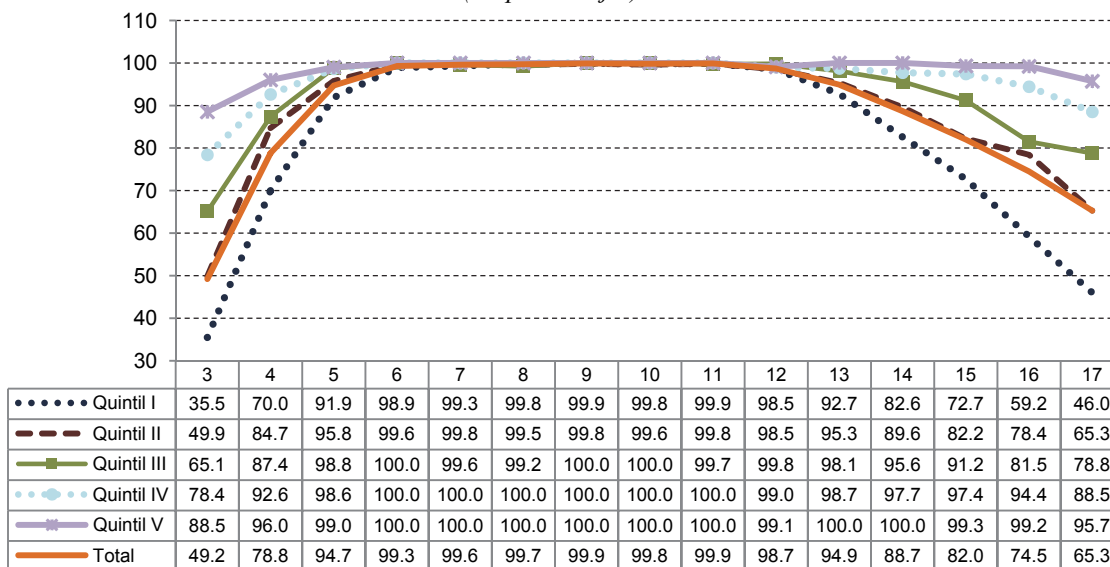
La cobertura de la educación primaria en el Uruguay es universal, tanto en términos de matriculación como de realización completa de los ciclos obligatorios. I del nivel socioeconómico de sus hogares, todos los niños acceden a la educación primaria y la completan (véase el gráfico 6). Esto no significa que todos estos niños completen la educación primaria en el tiempo estipulado ya que muchos de ellos presentan rezago en su trayectoria escolar.

A partir de los 13 años comienza un descenso en la tasa de asistencia de los niños y niñas a la escuela, que se expresa con mayor fuerza en los sectores más pobres (véase el gráfico 6). De hecho, si bien la gran mayoría de los niños acceden al ciclo básico de la educación media, se estima que alrededor de un tercio no lo completa. Asimismo, dos tercios de los niños matriculados en la educación secundaria no la completan. Además, más de la mitad de los jóvenes de 17 años del

⁷ Para una completa descripción del sistema educativo ver MEC (2009) y www.anep.edu.uy.

quintil más pobre directamente no asisten a ningún establecimiento educativo a esa edad (MEC, 2008). Resulta clara pues la distribución absolutamente regresiva de los resultados (en términos de egreso) del sistema.

GRÁFICO 6
URUGUAY: ASISTENCIA A ALGÚN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
POR EDAD Y QUINTIL DE INGRESO, 2007
(En porcentajes)



Fuente: *Encuesta Continua de Hogares (ECH)*, Instituto Nacional de Estadística (INE) [en línea] <http://www.ine.gub.uy/>.

El sistema de educación pública cubre a la mayoría de los estudiantes, con la única excepción de la educación de preescolar entre cero y dos años, el resto de los niveles educativos de las escuelas públicas cuentan con una tasa de matriculación del 85% o más. La mayor incidencia de la matrícula en el subsistema privado se concentra en los sectores de mayores ingresos y habitan en la capital (véase el cuadro 3).

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE LA MATRÍCULA ENTRE LA EDUCACION
PÚBLICA Y LA PRIVADA, 2007
(En número de estudiantes)

	Público	Privado	Total
Preescolar	67,5	32,5	100
Primaria	85,4	14,6	100
Ciclo básico de secundaria	85,1	14,9	100
Segundo ciclo de secundaria	86,1	13,9	100
Universitaria	85,0	15,0	100

Fuente: *Anuario Estadístico de la Educación 2007*, Ministerio de Educación y Cultura del Uruguay (MEC) (2008).

La fuerte pauta regresiva en las tasas de egreso de los estudiantes pertenecientes a diferentes quintiles de ingresos se acentúa por el hecho de que los estudiantes más pobres son también los que obtienen los peores resultados en el proceso educativo⁸. A nivel de educación primaria, esta brecha se presenta independientemente de que la educación sea privada o pública, de hecho, existe estratificación al interior mismo del subsistema público. Varias medidas se han adoptado en los últimos años para combatir estas diferencias: la instalación de escuelas de jornada completa para los sectores más desfavorecidos y la implementación del Programa Maestros Comunitarios que intenta reforzar el trabajo con los niños y niñas, así como con sus familias. En la enseñanza media se repite esta estratificación al interior del subsistema público aunque también existen resultados diferenciales entre los establecimientos públicos y privados controlando por nivel socioeconómico. Un ejemplo de esta situación es el resultado de las pruebas PISA donde los establecimientos privados presentan claramente los mejores resultados.

⁸ Véase A NEP (2005).

VII. Otros sectores

En materia de vivienda, las políticas apuntaron históricamente a la clase media y a consolidar la propiedad de la vivienda de estos sectores. En efecto, esto derivó en un muy alto porcentaje de propietarios en el país. En la actualidad, el eje de las políticas de vivienda está algo más volcado a lo que se podría denominar “vivienda social”.

Desde el 2005 se comenzó a trabajar a partir de una nueva institucionalidad centrada en la creación de una Agencia Nacional de Vivienda, dependiente del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA). Este paso institucional persiguió dos objetivos: el principal de intentar articular una política de vivienda social que efectivamente permitiera el acceso a los sectores medio bajos y bajos de la sociedad a través de Fondo Nacional de Vivienda y de otras iniciativas. El segundo, sanear al BHU para convertirlo en un banco hipotecario público que pudiera competir con —y en cierta medida regular a— la banca privada.

La política de vivienda en el Uruguay se complementa en su dimensión rural por un organismo público no estatal llamado MEVIR (Movimiento para la Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre) que desde 1967 trabaja en la construcción de viviendas rurales y la mejora global del hábitat de los asalariados rurales. El importante incremento de los asentamientos irregulares ha sido enfrentado con la creación del Programa de Integración de Asentamientos Irregulares (PIAI) financiado con un crédito externo para regularizar y mejorar estas las viviendas.

Una de las características generales más relevantes en la provisión de servicios básicos (agua, energía eléctrica y telefonía) es la presencia del Estado, que tiene un innegable efecto moderador de las tarifas. Pero más importante, introduce una lógica menos mercantil a la hora de tratar situaciones de alto riesgo social.

Finalmente, en la órbita municipal, es muy relevante la inversión en subsidios al transporte público. Si bien depende de cada municipio, son varios los gobiernos departamentales que cuentan con alguno. A modo de ejemplo, en Montevideo las autoridades municipales estiman en aproximadamente un 20% el efecto del subsidio sobre la tarifa del ticket común. A esto se le suma además subsidios específicos (de hasta un 50% de la tarifa) para dos grupos específicos: jubilados y estudiantes.

Bibliografía

- ANEP (Administración Nacional de Educación Pública) (2005), *Panorama de la Educación en Uruguay: Una Década de Transformaciones, 1992-2004*, Montevideo, Consejo Directivo Central.
- Casanova, Fernando (2009), “Uruguay, reformas recientes al seguro de desempleo”, *Trabajo decente: Un mundo mejor comienza aquí, OIT Notas sobre la crisis*, N° 7, Lima, Oficina Subregional de la OIT para el Cono Sur de América Latina, julio.
- Cecchini, Simone, y Martínez, Rodrigo (2011), “Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos”, *Libro de la CEPAL*, N° 111, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Panorama Social de América Latina 2011*, (LC/G.2514-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.12.II.G.6.
- _____ (2006), *La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad*, Trigésimo tercer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, marzo.
- Ferreira-Coimbra, Natalia y Alvaro Forteza (2004), *Protección Social en Uruguay. Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2002*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- Filgueira, Fernando (1994), “Un estado social centenario. El crecimiento hasta el límite del estado social batllista”, *El Largo Adios al País Modelo. Políticas Sociales y pobreza en el Uruguay*, Filgueira, Carlos y Fernando Filgueira (eds.), Montevideo, Arca.
- MEC (Ministerio de Educación y Cultura de Uruguay) (2008), *Anuario Estadístico de la Educación 2007*, Montevideo.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2009), “Observatorio social” [en línea] <http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/portal.php>.
- Oddone, gabriel (2009), *Reforma de la Salud: Primeros Resultados y Desafíos para el Futuro*, Montevideo, en imprenta.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), “Sistema de información estadística WHOSIS” [en línea] <http://www.who.int/whosis/es/index.html>.
- Perticará, Marcela (2008), “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, *Serie Políticas Sociales*, N° 141, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Este informe es parte de una serie de estudios de casos nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir sus principales desafíos en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que busca integrar una variedad de acciones orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. En particular, la protección social es vista como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población –a la seguridad social, el trabajo, la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental y a la educación.

Con diferencias que se deben a su historia y nivel de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado medidas innovadoras para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias –que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales– y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, permitiendo lograr impactos positivos sobre las condiciones de vida de la población.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org



dds.cepal.org/proteccionsocial