

La jubilación por incapacidad en el Uruguay

Victoria Tenenbaum
Guillermo Sánchez



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

OFICINA DE LA CEPAL
EN MONTEVIDEO

La jubilación por incapacidad en el Uruguay

Victoria Tenenbaum
Guillermo Sánchez



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue elaborado por Victoria Tenenbaum y Guillermo Sánchez, Consultores de la oficina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Montevideo, bajo la supervisión de Verónica Amarante, Directora de dicha oficina, en el marco del convenio de cooperación técnica suscrito con el Ministerio de Economía y Finanzas del Uruguay. Se agradece la colaboración del Banco de Previsión Social del Uruguay, en particular Adriana Scardino, Mariella Lazo, Nadya Camerosano y Elizabeth Chaves, en su atención a las consultas de información y procesos.

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

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1727-8694 (versión electrónica)
ISSN: 1727-8686 (versión impresa)
LC/TS.2020/34
LC/MVD/TS.2020/1
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2020
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile
S.20-00269

Esta publicación debe citarse como: V. Tenenbaum y G. Sánchez, "La jubilación por incapacidad en el Uruguay", serie *Estudios y Perspectivas-Oficina de la CEPAL en Montevideo*, N° 46 (LC/TS.2020/34; LC/MVD/TS.2020/1), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	11
I. Uruguay en la región	15
II. La reglamentación de la jubilación por incapacidad en Uruguay	19
A. El proceso de otorgamiento de la prestación y los cambios de los últimos años	21
1. Principales cambios en el procedimiento, la evaluación y los sistemas informáticos.....	22
III. Las altas jubilatorias en el período 2005-2017	25
A. Evolución general de las altas	25
1. Análisis por artículos e incisos de las leyes 16.713 y 18.395.....	27
2. Subsidio transitorio y acceso a la jubilación por incapacidad total	29
3. La utilización del subsidio por enfermedad	30
B. El perfil de las altas por incapacidad según edad, sexo, departamento, sector de aportación, y quintiles del Salario Básico Jubilatorio	32
C. Evolución de la tasa de invalidez	38
D. Análisis de la información proveniente del baremo	40
E. Análisis contrafactual	43
1. Modificaciones del Baremo	44
2. Modificaciones provenientes de la ley de flexibilización	44
3. Resultados.....	45
4. Costo contrafactual	46
IV. Comentarios finales	49
Bibliografía	51
Anexos	53
Serie Estudios y Perspectivas-Montevideo: números publicados	68

Cuadros

Cuadro 1	Principales características de la jubilación por incapacidad en Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.....	18
Cuadro 2	Factores complementarios para jubilaciones y subsidios transitorios.....	23
Cuadro 3	Gasto en altas por año según causal, pesos constantes 2017.....	26
Cuadro 4	Proporción de altas por artículo e inciso del total de altas por incapacidad total.....	28
Cuadro 5	Meses promedio desde la fecha de cese a la fecha de alta jubilatoria por incapacidad total.....	28
Cuadro 6	Edad promedio al alta de las jubilaciones por incapacidad total.....	28
Cuadro 7	Porcentaje de altas por causal que hicieron uso del subsidio transitorio de incapacidad, 2008-2017.....	29
Cuadro 8	Número de altas por subsidio transitorio generado por año (primera columna) y última aparición de estas altas en la base.....	30
Cuadro 9	Meses promedio en subsidio por enfermedad de las altas jubilatorias, por causal, 2009-2017.....	31
Cuadro 10	Porcentaje de altas de subsidios transitorios y jubilación por incapacidad con datos faltantes en el tipo de patologías.....	40
Cuadro 11	Número de altas que no hubieran obtenido la prestación sin alguna de las modificaciones, por año y motivo, 2009-2017.....	45
Cuadro 12	Porcentaje de altas de incapacidad total y parcial de cada año que no hubieran configurado causal sin las modificaciones.....	46
Cuadro 13	Costo observado de jubilación por incapacidad y subsidio transitorio, y costos contrafactuales de dos escenarios, para cada año, 2009-2017.....	47
Cuadro A1	Estructura por tramos de edad de altas por incapacidad parcial (subsidio transitorios).....	55
Cuadro A2	Estructura por tramos de edad de altas por incapacidad total.....	56
Cuadro A3	Tasas de invalidez por mil, por departamento, 2009-2017.....	60
Cuadro A4	Distribución de las altas por incapacidad por departamentos, 2009-2017.....	60
Cuadro A5	Variación interanual de las altas por incapacidad por departamento, 2010-2017.....	61
Cuadro A6	Porcentaje de altas que no hubieran obtenido la prestación sin alguna de las modificaciones, por año y motivo, 2009-2017.....	62
Cuadro A7	Costo observado de jubilación por incapacidad y subsidio transitorio, y costos contrafactuales de dos escenarios, para cada año, 2009-2017.....	62
Cuadro A8	Altas por causal, por año, 2005-2018.....	63
Cuadro A9	Altas por sexo por causal, por año, 2005-2018.....	63
Cuadro A10	Participación de los sectores de aportación en las altas de incapacidad (total y parcial) de cada año, 2005-2018.....	64
Cuadro A11	Participación de los artículos/literales en las altas de cada causal, por año, 2005-2018.....	64

Gráficos

Gráfico 1	Cantidad de jubilados como porcentaje de la población mayor de 65 años (eje izquierdo) y variación punta a punta (eje derecho), 2007 y 2016.....	16
Gráfico 2	Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay: distribución de las jubilaciones por causal.....	17

Gráfico 3	Evolución y distribución de las altas jubilatorias por causal, total país, 2005-2018.....	25
Gráfico 4	Evolución del porcentaje de altas jubilatorias respecto a la PEA y a la población mayor de 60 años, 2005-2018.....	26
Gráfico 5	Evolución de las altas de incapacidad total por artículos de la ley 16.713 (antes de 2009) y ley 18.395 (a partir de 2009).....	27
Gráfico 6	Evolución de las altas de subsidios transitorios por artículos de la ley 16.713 (antes de 2009) y ley 18.395 (a partir de 2009).....	27
Gráfico 7	Porcentaje de altas que hicieron uso del subsidio por enfermedad en algún momento de su historia laboral (izquierda) y el año anterior a jubilarse (derecha), 2009-2017	30
Gráfico 8	Meses promedio en subsidio por enfermedad el año antes del alta por incapacidad (total o parcial), por sexo	32
Gráfico 9	Altas por incapacidad total y subsidios transitorios (incapacidad parcial) por sexo, total país, 2005-2018.....	33
Gráfico 10	Edad media al alta de jubilaciones por incapacidad y subsidios transitorios, por sexo, total país, 2005-2018.....	33
Gráfico 11	Distribución de las altas por incapacidad por sectores de aportación, años seleccionados	34
Gráfico 12	Evolución de las altas jubilatorias de incapacidad por sector de aportación, total país, 2005-2018.....	35
Gráfico 13	Distribución de las altas jubilatorias por incapacidad total y parcial por quintiles de SBJ, 2005-2018.....	35
Gráfico 14	Distribución de las altas jubilatorias del primer quintil por causal jubilatorio, 2005-2018	36
Gráfico 15	Distribución de las altas jubilatorias del primer quintil por sectores de aportación, 2005-2017.....	36
Gráfico 16	Distribución de las jubilaciones por incapacidad total y parcial según quintiles de salario básico jubilatorio, 2005-2017.....	37
Gráfico 17	Evolución de las altas de jubilación por incapacidad y la tasa de invalidez (por mil), 2005-2018.....	38
Gráfico 18	Tasas de invalidez por mil, por sexo, 2006-2018	39
Gráfico 19	Tasas de invalidez por mil, por sector de aportación. Incapacidad total y parcial, total país, 2005-2018.....	39
Gráfico 20	Distribución de altas de subsidio transitorio (izquierda) y jubilación por incapacidad total (derecha) por tipos de patologías, 2014-2017.....	40
Gráfico 21	Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología según sexo, 2014 a 2017.....	41
Gráfico 22	Distribución de las patologías de altas de subsidio transitorio (izquierda) y jubilación por incapacidad total (derecha), según sector de aportación, 2014 a 2017	41
Gráfico 23	Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología, 2014 a 2017.....	42
Gráfico 24	Porcentajes de Invalidez global promedio del Baremos por patologías según alta jubilatoria, 2014 a 2017.....	42
Gráfico 25	Porcentajes de Invalidez global promedio del Baremo para altas de incapacidad total por patologías según sexo, 2014 a 2017.....	43
Gráfico A1	Distribución de las altas por incapacidad (2005-2018)	55
Gráfico A2	Distribución de las jubilaciones por incapacidad total y subsidio transitorio por tipo de patologías, 2014-2017	66

Gráfico A3	Distribución de las altas por tipo de patología según causal, 2014 a 2017.....	66
Gráfico A4	Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología según sector de aportación, 2014 a 2017	67

Diagramas

Diagrama 1	Diagrama del proceso de solicitud de la jubilación por incapacidad.....	21
------------	---	----

Resumen

Dentro de los grandes objetivos de los sistemas previsionales se encuentra el proporcionar un ingreso para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores (evitar la pobreza en la vejez) y evitar las caídas en la capacidad de consumo al llegar a la edad de jubilación (Barr y Diamond 2006). En particular, los sistemas previsionales buscan brindar protección a los individuos que no pueden seguir generando ingresos laborales por vejez o invalidez, y a sus familiares en caso de fallecimiento (Belliard, De Biase, y Grushka 2007). El riesgo de invalidez tiene dos componentes: por un lado, cubrir a quienes se invalidan en edad activa y no pueden continuar desarrollando su actividad regularmente, y por otro cubrir a las personas cuya incapacidad es producto del envejecimiento.

Al igual que la mayoría de los países del mundo, la población de Uruguay también está atravesando un proceso de transición demográfica que resulta en un progresivo envejecimiento, con una disminución del número de niños, un aumento de los adultos mayores y, en general, una tendencia a la estabilización de su estructura poblacional. El país enfrentará en las próximas décadas un desafío importante ante el crecimiento de las necesidades para financiar a la población dependiente, por un lado, y la tendencia descendente de la población en actividad por el otro. Esto tiene impactos directos en materia de políticas, ya que en un contexto de envejecimiento con tasas de crecimiento demográfico muy bajas o incluso negativas, se debe procurar que el producto per cápita crezca a lo largo del tiempo y que las instituciones ofrezcan los mecanismos apropiados para que este crecimiento se distribuya equitativamente entre toda la población (Amarante et al, 2016). El rol de la seguridad social, y específicamente de las políticas orientadas a la población adulta mayor dependiente, será central. Proyecciones de demanda potencial de servicios de cuidados realizadas para Uruguay para el período 2014 y 2050 evidencian que caería sistemáticamente la demanda proveniente de los niños mientras que aumentaría la de las personas mayores manteniéndose estable la de personas con discapacidad (Colacce y Manzi 2017). Si bien este resultado deriva de algunos supuestos fuertes sobre la estimación de la prevalencia de discapacidad y dependencia, resulta sugerente en términos de políticas públicas como las pensiones o los cuidados.

El objetivo de este documento es analizar la evolución de las jubilaciones por incapacidad en el período 2005-2018, y en particular centrarse en los cambios ocurridos en los últimos años. Se busca comprender esta evolución a la luz de los cambios legales y de procedimientos que tuvieron lugar en el período. Se analiza el perfil de los beneficiarios y el monto de los beneficios. Se brinda un panorama comparativo en relación a la situación de Uruguay, comparándolo con algunos países que presentan sistemas similares en la región.

En este período, Chile, Uruguay y Costa Rica realizaron reformas estructurales de sus sistemas previsionales. Chile fue el país pionero en este tipo de reformas, sustituyendo completamente el sistema vigente de reparto por uno de capitalización individual y administración privada en el año 1981. Uruguay reformó su sistema previsional en 1996 (Ley 16.713), buscando estrechar el vínculo entre los aportes y las pasividades individuales y aumentar la equidad actuarial. Esta reforma introdujo cambios relevantes en el sistema contributivo, incluido el régimen de financiamiento. Se pasó de un sistema de reparto a uno mixto, combinando un pilar de reparto con uno de capitalización individual. El primero es público y obligatorio para todos los trabajadores. El pilar de ahorro individual es privado y obligatorio para la mayoría de los cotizantes, los individuos de bajos ingresos pueden optar por participar en este pilar o no, y los individuos que superan el tope de aportes pueden incrementar sus contribuciones voluntariamente (Lavallega, Rossi, y Tenenbaum 2018).

Las altas por incapacidad en el período analizado (2005-2018) registran incrementos importantes que responden a varias causas: las modificaciones de la ley de flexibilización de las jubilaciones, y los cambios tanto en la valoración de la incapacidad como en el proceso de otorgamiento del subsidio transitorio y la jubilación por incapacidad total. Entre 2009 y 2010 las altas por incapacidad prácticamente se duplican, pero a diferencia de las otras causales, se encaminan en una segunda senda creciente entre 2014 y 2016, alcanzando en ese año un valor tres veces mayor que los observados en vísperas de la reforma. Sin embargo, en 2017 se registra una fuerte caída y en 2018 se vuelve a registrar un incremento¹.

El incremento de 2009 está asociado a los cambios en la ley 18.395; en particular, a la eliminación del tope de dos años desde el cese de actividad para configurar causal por incapacidad (artículo 19 inciso C). De esta forma, hubo un fuerte incremento de las jubilaciones por incapacidad de personas que habían cesado de actividad hacía más de dos años: el promedio de meses desde la última cotización hasta el alta pasa de 23 meses en 2009 a 70 meses en 2010, alcanzando un máximo de 81 meses en 2015 —una variación punta a punta de más de 4 años. La mayor parte de las altas de incapacidad total provienen del artículo 19 inciso A de la ley 16.713 (más del 50% en casi todo el período). Le sigue en importancia las altas de quienes se jubilan por el artículo 19 inciso C. Las altas por este motivo presentan un incremento significativo a partir del año 2009 y 2010, con altas que llegan a triplicarse.

Por su parte, el fuerte incremento en 2014 parecería estar asociado a los cambios en el procedimiento de otorgamiento de la prestación y podría estar asociado a los cambios en las normas de valoración de la incapacidad (baremo). En 2014 se modifica el sistema informático de registro del procedimiento, y el baremo culmina su proceso de revisión en 2013, entrando en vigencia en 2014. Uno de los cambios más importantes es la forma de ponderación de los factores complementarios para el otorgamiento de la prestación. A su vez, no podemos descartar un efecto proveniente de un cambio en la vía administrativa predominante de la evaluación de la incapacidad.

A su vez, la distribución de altas entre subsidio transitorio y la jubilación por incapacidad total es bastante estable en el período. Se presenta un leve incremento relativo de los subsidios transitorios después de 2009 y hasta 2014, año donde sucede el pico de altas por incapacidad total, y a partir de ese año existe nuevamente un leve aumento de los subsidios transitorios para luego mantenerse relativamente estable la distribución hasta el final del período.

Las altas que ingresan en los años de crecimiento de la prestación tienen características particulares. En primer lugar, el crecimiento no fue homogéneo entre los sectores de aportación. En el sector trabajo doméstico las altas aumentaron 63% entre 2013 y 2016, mientras que el crecimiento en general fue de un 50%. En lo que refiere a las altas por sexo, para todos los años las altas por incapacidad son mayores en mujeres que en hombres. Entre los años 2013-2014 y 2014-2015 el 60% del incremento de las altas por incapacidad total es explicado por el aumento de las altas femeninas. A su vez, el 70% de las altas por incapacidad se concentran en los tres primeros quintiles durante todo el período analizado. Sin embargo, se distingue un cambio de composición en los primeros quintiles, que a partir de 2010 más del 50% de las jubilaciones por incapacidad se concentran en el primer quintil, cuando hasta 2009 rara vez superaba el 10% de las totales.

¹ La información de altas 2018 se obtuvo sobre el cierre del presente documento, por ese motivo no fue posible indagar y analizar los motivos que generan este incremento, ni si el mismo responde a un cambio más permanente o se debe a algo puntual de ese año.

Para realizar un análisis contrafactual se consideran dos motivos por los cuales las personas no habrían alcanzado el alta de incapacidad total o parcial: las modificaciones en la forma de incorporar los factores complementarios en el baremo a partir de 2014, y la flexibilización en las condiciones de acceso a partir de la ley 18.305. Dentro de esta última se distinguen las modificaciones en el literal A de los artículos 19 y 22, el literal C del artículo 19, y la incorporación del cómputo por hijos a los años de aportes de las mujeres.

De este análisis se constata que son 17.719 las altas potencialmente no configurables por al menos uno de los motivos señalados entre 2009 y 2017, y equivalen a tres de cada diez de las altas por incapacidad total o parcial otorgadas en el período. A su vez, las altas que no alcanzarían causal se concentran fuertemente hacia el final del período: 7 de cada 10 entre 2014 y 2017. Esto está vinculado a que en 2014 se consideran los factores complementarios como otro motivo de no configuración de causal. Más de la mitad de las altas que no alcanzan a configurar causal no habrían alcanzado el grado de incapacidad necesario si se hubieran evaluado con los factores complementarios del baremo anterior.

El análisis contrafactual del costo muestra que las altas que no hubiesen configurado causal sin las modificaciones mencionadas representaron un gasto adicional en el período que se sitúa en un rango entre 996 y 4.409 millones de pesos a 2017. Esta diferencia se debe a que en un escenario se imputa la pensión no contributiva por invalidez a todos aquellos que no configuran causal y en el otro no se realiza ninguna imputación.

Introducción

Dentro de los grandes objetivos de los sistemas previsionales se encuentran el proporcionar un ingreso para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores (evitar la pobreza en la vejez) y evitar las caídas en la capacidad de consumo al llegar a la edad de jubilación (Barr y Diamond 2006). En particular, los sistemas previsionales buscan brindar protección a los individuos que no pueden seguir generando ingresos laborales por vejez o invalidez, y a sus familiares en caso de fallecimiento (Belliard, De Biase, y Grushka 2007). El riesgo de invalidez tiene dos componentes: por un lado, cubrir a quienes se invalidan en edad activa y no pueden continuar desarrollando su actividad regularmente, y por otro cubrir a las personas cuya incapacidad es producto del envejecimiento².

El creciente envejecimiento de la población conduce a que cada vez sea más importante que las personas permanezcan en el mercado laboral durante más años, a la vez que puede llevar a que se produzcan mayores gastos de salud y pensiones debido a la prolongación de la vida. Si bien es difícil realizar pronósticos con exactitud sobre estos fenómenos, es un hecho que el número de personas mayores continuará en ascenso y será significativamente mayor respecto a las personas en edad activa. Esto conlleva a plantear algunas interrogantes en materia de pensiones de vejez e invalidez, y motiva el análisis detallado de estas prestaciones. A modo de ejemplo, por cada persona mayor de 65 años en países de OCDE hay de 4 a 5 personas de 20 a 64 años, y esta relación será la mitad en 2050. Esta evolución, producto del aumento de la esperanza de vida y de las bajas tasas de fecundidad, tiene costos elevados en términos de pensiones de vejez, asistencia sanitaria y servicios sociales (Høgelund 2003). En Uruguay la relación es similar, mientras que en 2008 eran 4 personas entre 20 a 64 años por cada mayor de 65, esa relación en 2050 pasará a ser 2.6 de acuerdo a las proyecciones población realizadas por Naciones Unidas (2014).

Existen varias hipótesis respecto a la forma en que el incremento de la esperanza de vida afecta a la morbilidad, específicamente en la prevalencia de ciertas enfermedades, y a la discapacidad. Si bien mediante una vida más saludable y de prevención de enfermedades el inicio de la discapacidad y la dependencia se han ido retrasando en la vida adulta, la evidencia es mixta y existen varias hipótesis respecto a su incidencia futura. Se plantea una interrogante acerca de si los avances en la tecnología continuarán extendiendo los años saludables a medida que hacen más longeva la vida. Por un lado, la discapacidad y la dependencia se concentran en el final de la vida a un ritmo más rápido que las tasas de

² En el anexo 1 se especifican las definiciones de invalidez e incapacidad consideradas en el Baremo (BPS, 2014).

mortalidad. Por lo tanto, se espera que las personas vivan no solo más tiempo sino con una mejor salud. Por otro lado, se plantea que la disminución de la mortalidad se debe en gran medida a la disminución de la mortalidad de las enfermedades en vez de a una reducción de su incidencia. Esto lleva a que la disminución de la mortalidad se acompañe con un aumento de la morbilidad y discapacidad. Por último, se plantea una tercera hipótesis que sugiere un efecto contrapuesto entre prevalencia e incidencia decreciente de enfermedades crónicas y tasas de mortalidad decreciente de esas enfermedades, que resultaría en períodos más largos de vida con discapacidad más concentrada hacia el final de la vida. De todos modos, la evidencia es mixta, en Estados Unidos cohortes más jóvenes de personas mayores viven más tiempo y más saludables, pero en el caso de Japón, se constata que a medida que la esperanza de vida alcanza edades muy altas, la mayor parte de esos años se incrementan fuertemente los costos de atención médica (Harper 2014).

Al igual que la mayoría de los países del mundo, la población de Uruguay también está atravesando un proceso de transición demográfica que resulta en un progresivo envejecimiento, con una disminución del número de niños, un aumento de los adultos mayores y, en general, una tendencia a la estabilización de su estructura poblacional. El país enfrentará en las próximas décadas un desafío importante ante el crecimiento de las necesidades para financiar a la población dependiente, por un lado, y la tendencia descendente de la población en actividad por el otro. Esto tiene impactos directos en materia de políticas, ya que en un contexto de envejecimiento con tasas de crecimiento demográfico muy bajas o incluso negativas, se debe procurar que el producto per cápita crezca a lo largo del tiempo y que las instituciones ofrezcan los mecanismos apropiados para que este crecimiento se distribuya equitativamente entre toda la población (Amarante et al, 2016). El rol de la seguridad social, y específicamente de las políticas orientadas a la población adulta mayor dependiente, será central. Proyecciones de demanda potencial de servicios de cuidados realizadas para Uruguay para el período 2014 y 2050 evidencian que caería sistemáticamente la demanda proveniente de los niños mientras que aumentaría la de las personas mayores manteniéndose estable la de personas con discapacidad (Colacce y Manzi 2017). Si bien este resultado deriva de algunos supuestos fuertes sobre la estimación de la prevalencia de discapacidad y dependencia, resulta sugerente en términos de políticas públicas como las pensiones o los cuidados.

Las jubilaciones y pensiones destinadas a las personas con incapacidad tienen distintos objetivos, por un lado, surgen como una necesidad de reemplazar ingresos laborales debido a un impedimento psíquico o físico que puede interrumpir la actividad laboral de forma permanente o coyuntural. En este caso los beneficios están basados en un diagnóstico médico que determina la incapacidad para continuar trabajando. Por otro, constituyen una ayuda permanente a personas que deben incurrir en importantes gastos de cuidados. Existe una distinción a tener en cuenta entre discapacidad y deterioro físico o psíquico, este último es un concepto clínico que describe alguna anormalidad física o mental (como mala audición o disminución de la capacidad pulmonar). Por su parte, la discapacidad es un concepto más asociado al comportamiento, es un impedimento para llevar adelante una actividad, en algunos casos puede deberse a la edad o estar vinculado al tipo de tareas. Las prestaciones están asociadas a la incapacidad devenida por el trabajo, sin embargo, existe un nexo directo entre estos dos fenómenos, ya que el deterioro también puede traer aparejado una discapacidad que afecte la actividad laboral (Van de Water 1979).

A nivel internacional gran parte de los estudios sobre pensiones por discapacidad se concentran en el programa Disability Insurance (DI) en Estados Unidos, y algunos de ellos intentan explicar un importante crecimiento de este programa entre los años 80 y 90's. Muchos de ellos plantean que el crecimiento se ha acelerado y no parece explicarse necesariamente por un aumento en la incidencia de enfermedades asociadas a la incapacidad. Se señala que, si bien se verifica una mayor disposición a solicitar este tipo de beneficios, también existieron modificaciones en los requisitos; muchos mencionan que la causa predominante del actual y proyectado aumento en las solicitudes es la disminución en la tasa de salida del programa. A la vez se produjo un cambio en las características de los beneficiarios que son más jóvenes y en una mayor proporción son mujeres. Todo esto genera como resultado un incremento de los costos del programa, producto del mayor número de beneficiarios y de la mayor cantidad de años en

los que reciben la prestación por pertenecer a cohortes más jóvenes. Dicho incremento plantea riesgos financieros para el programa y surgen cuestionamientos acerca de si está siendo bien utilizado por parte de los beneficiarios (David H Autor y Duggan 2006).

En ese sentido, varios autores encuentran que cuando se incrementaron las revisiones de discapacidad se redujeron las prestaciones del programa en algunos años por una mayor tasa de salida, probablemente asociado al mejor control de los beneficios otorgados (Kerr y Smoluk 2011; David H. Autor y Duggan 2006). El proceso actual de revisión de las solicitudes se basa en una combinación de criterios objetivos y subjetivos, destinados a evaluar la discapacidad médica y la capacidad de continuar en actividad. En algunos casos ciertas condiciones médicas son difíciles de verificar y eso hace que la decisión en última instancia tenga un componente subjetivo. Como resultado de eso, las personas capaces de trabajar tienen incentivos para intentar calificar para el subsidio por discapacidad, en particular en situaciones adversas del mercado laboral (D. H. Autor y Duggan 2003; David H. Autor y Duggan 2006; von Wachter, Song, y Manchester 2011). La prestación puede desalentar el trabajo de dos formas. Por un lado, mediante beneficios que generan incentivos a personas que aun teniendo posibilidades de regresar al trabajo no lo hacen (Chen y van der Klaauw 2008; Maestas, Mullen, y Strand 2015; von Wachter, Song, y Manchester 2011; Borghans, Gielen, y Luttmer 2012). Autor et al. (2011) muestran que los examinadores del programa varían en su rigor y, como resultado, los solicitantes con características similares pueden recibir beneficios bajo algunos examinadores y ser rechazados por otros. Constatan que ser diagnosticado por un examinador menos severo tiene un impacto negativo en la propensión de los beneficiarios de regresar al trabajo, en particular en aquellos con deficiencias menos graves. Por otro lado, una detección imperfecta de la discapacidad puede generar incentivos a abandonar el trabajo (Gruber y Kubbik 1994; Gruber 2000; Black, Daniel, y Sanders 2002; D. H. Autor y Duggan 2003; Duggan, Singleton, y Song 2007; Duggan y Imberman 2009; A. Autor David H., Duggan, y Gruber 2012).

En Uruguay existen pocos antecedentes que se centren en las prestaciones por incapacidad, tanto de las jubilaciones como las pensiones. Santos y Nuñez (2013) brindan un panorama general de los distintos programas y prestaciones del BPS que están orientados a cubrir el riesgo de invalidez, analizando su cobertura y evolución. 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. Las autoras concluyen que los programas y servicios tienen alcance nacional y dentro del marco de protección social, brindan apoyos de carácter económico y sociosanitarios, incidiendo en los niveles de prevención, promoción y rehabilitación de las personas con discapacidad. En lo referente a las prestaciones otorgadas a pasivos, la cantidad de jubilaciones por invalidez y subsidios transitorios, se incrementaron en forma sostenida entre 2009 y 2013, siendo las jubilaciones otorgadas a mujeres las que aumentaron en mayor medida (variaciones anuales mayores de 6% frente a casi un 4% los hombres). Los totales de solicitudes 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. Por su parte las pensiones no contributivas por invalidez han tenido un crecimiento sostenido, aunque anterior al período mencionado.

Lavalleja y Tenenbaum (2017) analizan la ley de flexibilización de acceso a las jubilaciones y constatan que las altas jubilatorias por incapacidad sufren un incremento importante a partir de 2014. Este incremento parece no responder únicamente a la implementación de la ley, sino también a otros cambios en el procedimiento de otorgamiento. A su vez, el incremento más significativo en las altas corresponde a las mujeres, el promedio de años de servicio es de 20 años y la edad de retiro promedio es de 57 años y no presenta variaciones importantes en el período, aunque en los últimos dos años han accedido a la jubilación por esta causal personas algo más jóvenes. Por su parte, Lazo y Camerosano (2016) en su cálculo de las tasas de altas de jubilación por incapacidad total (probabilidad de invalidarse por edad y sexo de una cohorte de individuos iniciales) observan un comportamiento similar entre hombres y mujeres, y a partir de los 43 años en adelante constatan que las tasas de invalidez de las mujeres se muestran significativamente superiores a las de los hombres.

El objetivo de este documento es analizar la evolución de las jubilaciones por incapacidad en el período 2005-2017, y en particular centrarse en los cambios ocurridos en los últimos años. Se busca comprender esta evolución a la luz de los cambios legales y de procedimientos que tuvieron lugar en el período. Se analiza el perfil de los beneficiarios y el monto de los beneficios. En la siguiente sección se brinda un panorama comparativo en relación a la situación de Uruguay, comparándolo con algunos países que presentan sistemas similares en la región. A continuación, se describen los requisitos y el proceso de otorgamiento de la prestación, así como los cambios ocurridos en los últimos años. Los principales resultados que surgen del análisis de los microdatos de las altas jubilatorias por incapacidad, provistos por el Banco de Previsión final, se presentan en la sección tres, y se incluye una sección de comentarios finales.

I. Uruguay en la región

El sistema previsional uruguayo es comparable en términos de madurez y cobertura, con los de Chile, Costa Rica y Brasil. La elección de estos países para la comparación se debe a la disponibilidad de información desagregada para las prestaciones por invalidez, así como a las similitudes en los regímenes de estas prestaciones en relación al programa de nuestro país. En la comparación que se presenta a continuación, se parte de una breve reseña de las reformas estructurales de los 80 y 90 en estos países, seguida de una descripción más extensa de la segunda ola de reformas más reciente en la región. Por último, se presenta una comparación de las principales características de los sistemas previsionales de los países mencionados, haciendo particular énfasis en la evolución de las jubilaciones por invalidez: su importancia relativa, tasa de reemplazo y edad promedio de retiro.

A partir de los 80 y especialmente durante los 90 hubo una serie de reformas estructurales en los sistemas previsionales de América Latina. En términos generales, estas reformas consistieron en la transformación del sistema de reparto mediante la introducción de la capitalización individual, buscando mejorar la cobertura, la suficiencia de prestaciones y la sostenibilidad financiera de los sistemas. La principal preocupación fueron los crecientes déficits de dichos sistemas, generados por combinaciones de incrementos en la longevidad de los individuos con aplicaciones laxas de las reglas de acceso a los beneficios. A partir de estas reformas, las condiciones de acceso a los beneficios jubilatorios se vieron endurecidas, intentando generar incentivos a la postergación del retiro. Esta primera ola de reformas incorporó elementos de capitalización individual en aras de una individualización de los riesgos y beneficios del sistema (Arenas, 2018).

En este período, Chile, Uruguay y Costa Rica realizaron reformas estructurales de sus sistemas previsionales. Chile fue el país pionero en este tipo de reformas, sustituyendo completamente el sistema vigente de reparto por uno de capitalización individual y administración privada en el año 1981. Uruguay reformó su sistema previsional en 1996 (Ley 16.713), buscando estrechar el vínculo entre los aportes y las pasividades individuales y aumentar la equidad actuarial. Esta reforma introdujo cambios relevantes en el sistema contributivo, incluido el régimen de financiamiento. Se pasó de un sistema de reparto a uno mixto, combinando un pilar de reparto con uno de capitalización individual. El primero es público y obligatorio para todos los trabajadores. El pilar de ahorro individual es privado y obligatorio para la mayoría de los cotizantes, los individuos de bajos ingresos pueden optar por participar en este pilar o no, y los individuos que superan el tope de aportes pueden incrementar sus contribuciones voluntariamente (Lavallega, Rossi, y Tenenbaum 2018). Costa Rica realizó una reforma estructural de características similares a la uruguayana en 2001, y la complementó con cambios paramétricos en el pilar de reparto en 2005 (León-Espinoza 2018). Por su parte, Brasil no realizó reformas estructurales de su sistema sino que mantuvo un régimen público de reparto. No obstante, consagró la seguridad social como un derecho en su Constitución de 1988 y realizó

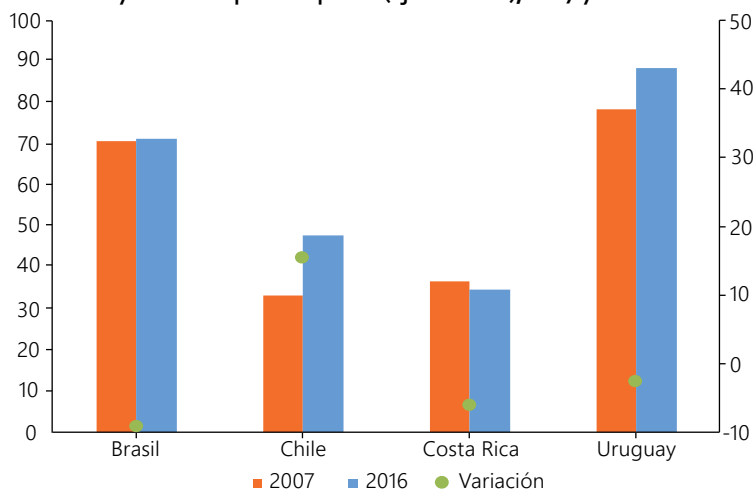
importantes reformas paramétricas en 1998, 1999, 2003 y 2005. Las reformas persiguieron objetivos de igualdad y armonización entre los sistemas de pensiones de trabajadores del sector público y privado, y buscaron mejorar los desequilibrios fiscales provenientes del elevado costo anual del sistema (Caetano 2014).

Las reformas paramétricas promueven cambios en los parámetros del sistema de pensiones sin alterar la estructura del modelo existente, pudiendo modificarse la tasa de cotización, las tasas de reparto, los años de servicios requeridos, la edad de retiro, entre otras. En general se vinculan con cambios de parámetros de sistemas de reparto, aunque es posible aplicarlas en sistemas de capitalización individual. Entre 2008 y 2017 se realizaron reformas paramétricas en distintos países latinoamericanos. Uruguay, Chile y Costa Rica estuvieron dentro de los países que impulsaron nuevas reformas, los dos primeros en 2008, y Costa Rica en 2005 (Arenas 2018). Una de las preocupaciones principales detrás de estas modificaciones era la caída en los niveles de cobertura sucedidos a raíz de las reformas estructurales. Sin excepción, estas nuevas reformas llevaron a un aumento en la cobertura de las jubilaciones.

En tiempos recientes, la preocupación por la sostenibilidad de los sistemas previsionales ha tomado mayor relevancia en la agenda de muchos países, acentuada por una coyuntura económica más desfavorable que años anteriores. En Costa Rica se introdujeron en 2016 una serie de modificaciones al régimen general. Por su parte, Brasil aprobó una ley restringiendo ciertas condiciones de acceso a la jubilación en 2015. Además, a fines de 2016 se aprobó una reforma fiscal que estableció un límite al crecimiento del gasto público igual al de la inflación del año anterior, por un período de 20 años. Se prevé que esta reforma tendría serias consecuencias en los gastos del sistema de pensiones, y podría impactar en sus niveles de cobertura o calidad de las prestaciones (CEPAL 2018).

En el gráfico 1 se presenta la proporción de jubilados respecto a la población mayor de 65 para los cuatro países seleccionados en 2007 y 2016³. Sobre el eje derecho se observa la variación porcentual punta a punta entre esos 10 años.

Gráfico 1
Cantidad de jubilados como porcentaje de la población mayor de 65 años (eje izquierdo) y variación punta a punta (eje derecho), 2007 y 2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de BPS, Superintendencia de Pensiones (Chile), Caja Costarricense de Seguridad Social, IASS (Brasil) y Banco Mundial.

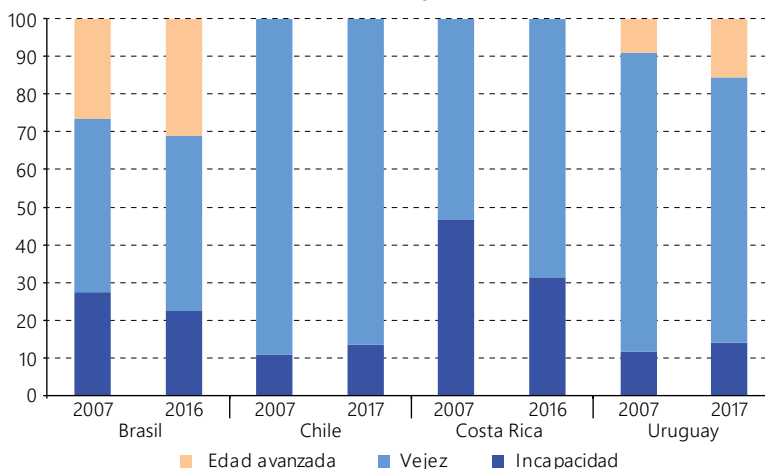
Uruguay es el país donde la cobertura es mayor, tanto al inicio como al final del período. Los jubilados representan aquí 78,3% y 88,3% de la población mayor de 65 años. En el otro extremo se encuentra Costa Rica, el único país en que este ratio desciende; si bien al inicio del período su tasa de cobertura era superior a la de Chile, al final del período esta se reduce a 34,5% de la población mayor de 65, mientras que en Chile aumenta a 47,8%. Chile es el que muestra la variación más importante del período en términos relativos y absolutos:

³ Se eligieron esos años por contar con información de los cuatro países y ser años anteriores y posteriores a la reforma de cada país.

su cobertura aumenta 44% en 10 años. Esto puede explicarse por la fuerte expansión de la cobertura de su sistema de pensiones a raíz de la reforma de 2008, a través de la creación del sistema de pensiones solidario.

En el gráfico 2 se observa la distribución de jubilaciones atribuibles a cada causal en los países mencionados para dos puntos del tiempo. En Uruguay y Chile se puede observar un aumento de la proporción de jubilaciones por invalidez respecto al total, pasando de representar 11% en 2007 a 14,1% en 2017 en el primer caso y de 8,1 a 10,7% en el segundo. Por otro lado, en Brasil y Costa Rica esta causal perdió peso frente a las demás. La caída en Costa Rica es muy pronunciada, lo cual parece razonable si se tiene en cuenta que las jubilaciones por invalidez tenían un peso importante previo a la reforma paramétrica de 2005, con un ratio casi 1 a 1 respecto a las jubilaciones por vejez. El ratio desciende significativamente en el período, alcanzando en 2016 a ser más de 2 jubilaciones por vejez por cada jubilación por invalidez. Aún así, el peso relativo de la causal invalidez en Costa Rica sigue siendo el mayor dentro de los países seleccionados.

Gráfico 2
Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay: distribución de las jubilaciones por causal
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de BPS, Superintendencia de Pensiones (Chile), Caja Costarricense de Seguridad Social, y IASS (Brasil).

Una característica que el sistema previsional uruguayo comparte con el brasileño es que ambos definen una causal diferencial para edad avanzada, distinta de la causal común (llamado por años de contribución en el Brasil)⁴. Por su parte, Chile y Costa Rica definen una única causal—vejez— que contempla tanto edad como años de contribución.

En Uruguay las jubilaciones por causal común (o también denominada vejez) disminuyen su peso relativo a la vez que se incrementa la causal invalidez y edad avanzada, en este último caso producto de las modificaciones planteadas en la ley 18.395. Recordamos que dicha ley flexibilizó las condiciones de acceso a las jubilaciones por causal común y por edad avanzada (Lavalleja y Tenenbaum, 2017). Este no es el caso en Brasil, donde la disminución de las jubilaciones por causal invalidez en 2016 es reemplazada casi íntegramente por la causal de edad avanzada, mientras que la causal común presenta solo un leve aumento respecto a 2007.

Las jubilaciones por invalidez en estos países tienen varias similitudes. En primer lugar, la base normativa de esta prestación es la misma en todos los países: ante una incapacidad es el Estado

⁴ La seguridad social en Brasil se compone de varios subsistemas paralelos. Las jubilaciones se dividen en tres: i) Régimen General de Provisión Social (RGPS) que cubre las jubilaciones del sector privado, ii) regímenes propios de previsión social (RPPS), que cubren las jubilaciones del sector público y iii) régimen de previsión complementaria, un régimen voluntario y utilizado fundamentalmente por trabajadores de altos ingresos. Además, hay un sistema paralelo de prestaciones no contributivas para poblaciones que quedasen por fuera de los demás subsistemas de protección social. A su vez, el RGPS con dos modalidades básicas de contribución: uno para zonas urbanas y otro para zonas rurales. A efectos de este trabajo se optó por tomar en consideración únicamente las regiones urbanas de este régimen, ya que el régimen jubilatorio rural no es estrictamente contributivo y su inclusión llevaría a una pérdida de comparabilidad entre países. De haber tenido en cuenta el régimen rural, los niveles de cobertura serían ampliamente mayores, y en la distribución por causales casi el 50% de las jubilaciones serían por edad avanzada.

quien se hace cargo de las prestaciones de quienes devienen en esa situación. Se toman en cuenta los aportes que esta persona pueda haber hecho a la seguridad social, ofreciendo la posibilidad de jubilarse anticipadamente. Paralelamente, estos países cuentan con regímenes no contributivos que atienden las necesidades de aquellas personas que, no habiendo completado un mínimo de aportes al sistema previsional, se encuentran en una situación de invalidez. Los montos de este tipo de pensiones suelen ser menores a los de las jubilaciones del régimen contributivo.

También es similar el proceso de solicitud de la prestación. Una comisión médica designada por la autoridad otorgante de cada país evalúa la condición de los solicitantes y dictamina el nivel de invalidez. Si este nivel supera un umbral mínimo, y el individuo cumple con los requisitos administrativos, se le otorga la prestación. En Chile y Costa Rica se aplica un sistema de evaluación similar al Baremo de Uruguay. Al igual que en nuestro país, el umbral en Costa Rica se coloca en una pérdida de $2/3$ de la capacidad laboral. Por otra parte, la legislación chilena estipula dos tipos de invalidez: la invalidez total si la pérdida de capacidad laboral es superior a $2/3$, e invalidez parcial si la pérdida de capacidad está entre $1/2$ y $2/3$. En todos los países el otorgamiento de la prestación puede tener carácter transitorio, y se estipula una reevaluación posterior para conceder el beneficio de forma permanente. El período que transcurre hasta la reevaluación varía entre uno y tres años.

Las diferencias más importantes aparecen en la definición del salario base y las tasas de reemplazo. Esta última varía entre 43% para algunos salarios altos en Costa Rica y 125% para individuos cuya incapacidad requiera de un cuidador particular en Brasil. Uruguay se coloca en un término medio, con una tasa de reemplazo de 65%. También resalta la diferencia en la forma de acceso a la prestación de Chile, que origina en que el sistema previsional contributivo de este país se basa en el ahorro individual, mientras que los demás países cuentan con sistemas de reparto. En este caso, los individuos pueden decidir de qué manera recibirán el pago de sus aportes, pudiendo convenir en un pago progresivo de la AFP hasta la liquidación de sus fondos, la contratación de una renta vitalicia con una aseguradora, o en una combinación de ambos. En los restantes países, se estila un pago mensual a través de la institución rectora del régimen previsional correspondiente a cada país.

El cuadro 1 presenta un resumen de las principales características de las jubilaciones por invalidez en los países seleccionados.

Cuadro 1
Principales características de la jubilación por incapacidad en Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay

	Brasil	Chile	Costa Rica	Uruguay
Definición de invalidez	-	Total: pérdida mayor a $2/3$ de la capacidad laboral Parcial: pérdida entre la mitad y $2/3$ de la capacidad laboral	Pérdida de al menos $2/3$ de la capacidad laboral	Pérdida de al menos $2/3$ de la capacidad laboral
Condiciones de acceso	Un año de contribución al INSS No necesario para quienes se accidentasen en el trabajo	Si tiene al menos un año de contribución, el costo corre por la AFP. De lo contrario, se utilizan los fondos del afiliado	a) Contar con al menos 180 aportes b) Si tiene 24 años o menos, contar con 12 aportes. Por cada año adicional, se requieren 4 meses más de aportes, topeado en los 48	Seis meses de contribución si tiene hasta 25 años de edad, 2 años si tiene más de 25, y 10 años si la invalidez ocurrió después del cese La invalidez resultante de un accidente laboral confiere la prestación automáticamente
Ingreso de referencia	Promedio del 80% más alto de los salarios cotizados, ajustados por IPC	Promedio de las remuneraciones imponibles de los últimos 10 años	Promedio de los últimos 240 salarios cotizados, ajustados por IPC ^a	Sueldo básico jubilatorio
Tasa de reemplazo	100% +25% si requiere de cuidador permanente	50% para invalidez parcial 75% para invalidez total	Entre 52,5% y 43% según salario en los últimos 5 años +0,833% por cada mes de cotización en exceso de 240 meses	65%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de BPS, Superintendencia de Pensiones (Chile), Caja Costarricense de Seguridad Social, y IASS (Brasil).

^a Si se realizaron menos de 240 aportes, se toma el promedio de la totalidad de salarios cotizados.

II. La reglamentación de la jubilación por incapacidad en Uruguay

La reglamentación para configurar causal de Jubilación por Incapacidad Total y Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial se rige por la Ley 16.713 de 1995, y han sido modificados en parte, por la Ley 18.395 de flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones de 2008, y que tiene vigencia a partir de 2009. A continuación, se presentan las modificaciones que atañen a la reglamentación de la jubilación por invalidez⁵.

Jubilación por incapacidad total (art. 19 de la Ley 16.713, modificado por art. 4 de la Ley 18.395). La causal se configura por cualquiera de las siguientes formas:

- a) La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que se haya originado y siempre que se acredite no menos de dos años de servicios reconocidos.

Para trabajadores menores de 25 años de edad solo se exigirá un período mínimo de servicios de 6 meses.

La redacción original exigía la acreditación de seis meses de servicios en el período inmediatamente previo a la incapacidad. Este requisito se elimina, tanto para los trabajadores mayores —a quienes se les exige dos años de servicios reconocidos— como para los menores de 25 —a quienes se les exige seis meses de servicios, sin importar que sean inmediatamente previos a la incapacidad—.

- b) “La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, cualquiera sea el tiempo de servicios.”

La Ley 18.395 no modifica este punto.

- c) La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida después del cese en 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 de acuerdo al artículo 77 de la presente ley, 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 definido en la presente ley.

⁵ Una descripción detallada de todos los cambios de la Ley 18.395 puede encontrarse en Tenenbaum y Lavalleja (2017).

La Ley 16.713 establecía que, para acceder a la prestación por una incapacidad sobrevenida luego del cese de actividad, esta debía ocurrir dentro de los dos años posteriores al cese. La nueva redacción elimina este requisito. No se modifican los años de servicio requeridos para configurar la prestación en esta modalidad (10 años).

La tasa de reemplazo se mantiene sin modificar en 65% del Sueldo Básico Jubilatorio.

Subsidio transitorio por incapacidad parcial (art. 22 de la Ley 16.713, modificado por art. 5 de la Ley 18.395). La causal se configura en tanto se verifique:

- a) No menos de dos años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley. Para los trabajadores que tengan hasta veinticinco 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.

En este caso también se elimina la exigencia de que se acrediten seis meses en el período inmediatamente previo a la incapacidad.

La prestación se otorga por un máximo de tres años. Si dentro del plazo la incapacidad deviene en absoluta y permanente, se configurará la incapacidad total.

Incapacidad parcial y edad mínima de jubilación (art. 24 de la Ley 16.713).

Si la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual subsistiera al cumplir el beneficiario la edad mínima requerida para la configuración de la causal común, aquélla se considerará como absoluta y permanente para todo trabajo, salvo que el beneficiario opte expresamente por reintegrarse a la actividad.

Este artículo no se ve modificado por la ley 18.395.

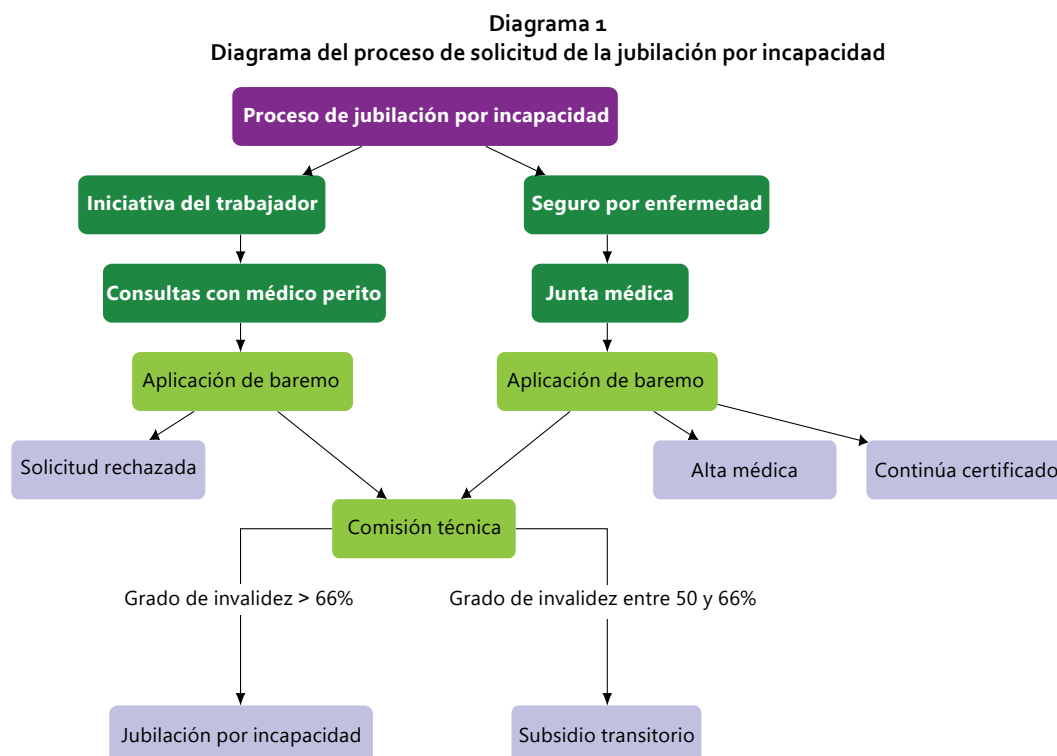
Pensión por invalidez. Es una prestación no contributiva para personas con discapacidad común y en situación de carencia de recursos para hacer frente a sus necesidades vitales, y para personas con discapacidad severa.

Las patologías de los individuos se evalúan a través del mismo baremo utilizado para determinar el grado de incapacidad de los solicitantes de la jubilación, pero cambia la ponderación y las características de los factores complementarios tenidos en cuenta para el dictamen. Así, cobran mayor relevancia la situación social, la vulnerabilidad y las oportunidades a las que está sujeto cada individuo.

Las personas con dictamen de incapacidad común deberán comprobar carencia de recursos. Para la comprobación se tomarán en cuenta los ingresos de la persona con discapacidad y de los familiares civilmente obligados a prestarle alimentos. A las personas con dictamen de incapacidad severa no se les tomará en cuenta los ingresos (ni personales ni familiares) ni los derechos de propiedad que posea sobre uno o más inmuebles.

A. El proceso de otorgamiento de la prestación y los cambios de los últimos años⁶

Existen dos formas posibles para iniciar el proceso de jubilación por incapacidad total o parcial (denominado subsidio transitorio por incapacidad). Una es por iniciativa del trabajador, y la otra proviene del subsidio de enfermedad. El diagrama 1 muestra un diagrama del proceso y sus posibles desenlaces.



Fuente: Elaboración propia.

El trámite por iniciativa del trabajador da inicio cuando éste presenta una solicitud en Prestaciones Económicas en BPS. En ese momento se le agenda una consulta con un médico perito. En esta oportunidad, el médico asignado realiza una evaluación a partir de un interrogatorio, un examen físico, tomando en cuenta también los estudios presentados por el paciente. Se solicita la historia clínica de los últimos dos años al prestador de salud del solicitante.

El médico perito evalúa si la documentación presentada es suficiente o si se requieren estudios adicionales a realizarse en su prestador de salud, o por parte de algún médico especialista de BPS. En este último caso, se agenda en el momento la consulta con él o los especialistas que se considere necesario. Por otro lado, si el solicitante no cuenta con la documentación suficiente se solicita que se realice los estudios o exámenes y que vuelva a una consulta, en ese caso se reagenda.

Es necesario tratar la patología por un tiempo suficiente antes de realizar la evaluación del grado de incapacidad. El diagnóstico busca evaluar la capacidad de trabajo del individuo y ésta solo puede ser evaluada si la sintomatología de la patología ha subsanado. Una vez desarrollado el tiempo suficiente de tratamiento, se aplica el Baremo para determinar el grado de invalidez del solicitante.

Por otra parte, en el caso de que el proceso de inicio a raíz del subsidio por enfermedad, la solicitud va directamente a evaluación de una junta médica. Las razones de dicha iniciativa pueden ser variadas,

⁶ La información sobre el procedimiento de las prestaciones surge de una entrevista realizada a Oscar Acuña y Laura Acuña de la Gerencia de Evaluación de Incapacidad. Y posteriormente a Elizabeth Chaves de la Gerencia de Prestaciones de Salud.

entre las mencionadas por BPS son: situaciones prolongadas de subsidio, discordancia entre la patología y la situación del paciente, denuncia de las empresas, situaciones de riesgo del paciente, o a iniciativa de la persona. La junta médica está integrada por dos médicos y es quién hace la evaluación del caso. La junta puede plantear uno entre tres posibles dictámenes: extender la certificación del paciente, dar el alta médica, o, en caso de entender que el individuo presenta un grado de incapacidad lo suficientemente alto, otorgar el pase a comisión técnica para que realice dictamen final.

En ambas iniciativas la herramienta utilizada para determinar el otorgamiento de la prestación es el baremo para la valoración del grado de invalidez (BPS, Decreto 306/013). El baremo se divide en dos componentes: uno refiere a la evaluación de patologías y el otro refiere a factores complementarios. El primero presenta un mecanismo estandarizado de valoración de patologías, que traduce diagnósticos médicos a porcentajes de invalidez. El segundo componente deriva de una concepción integral de la salud, de donde se atiende la situación social del individuo y sus posibilidades de reinserción en el mercado laboral a la hora del dictamen. Si el grado de incapacidad supera las 2/3 partes, el individuo cumple los requisitos para obtener una jubilación por incapacidad total. Si el grado de incapacidad se ubica entre 50 y 66% de la capacidad laboral, el individuo califica para un subsidio transitorio.

El subsidio transitorio se otorga por un máximo de 3 años. En caso de que la persona no tenga un puntaje de baremo suficiente para alguna de las dos prestaciones y estuviera percibiendo subsidio por enfermedad tiene que retornar a su actividad, y podrá volver a solicitarlo al año.

Cabe aclarar que en el caso de los trámites iniciados en el Interior del país el procedimiento es similar con la diferencia que algunos especialistas no están disponibles para realizar diagnósticos, por lo cual el paciente debe viajar a Montevideo (y se le paga el pasaje). En otros casos el diagnóstico médico puede estar basado completamente en el realizado por él o los especialistas del prestador de salud que tiene la persona en el departamento.

1. Principales cambios en el procedimiento, la evaluación y los sistemas informáticos

A mediados 2012 se realiza un plan piloto del sistema nacional de certificación en tres prestadores de Salud. Bajo este nuevo sistema, se puede obtener certificación médica para el subsidio por enfermedad a partir del dictamen de un médico del prestador de salud del trabajador, sin necesidad de un dictamen paralelo del equipo médico del BPS. El sistema de certificación vigente en el Interior ya admitía la certificación de los prestadores de salud para el otorgamiento del subsidio; no así en Montevideo. En 2013 el Sistema Nacional de Certificación se aplica a nivel nacional, equiparando Montevideo con el Interior. A partir de la implementación, se verifica un aumento de las certificaciones en el total del país y eso incrementa el número de subsidios por enfermedad otorgados.

Por otra parte, el Baremo que establece las normas para la valoración del grado de invalidez se realiza cada diez años aproximadamente, y está basado fundamentalmente en el Baremo español⁷. El primero fue realizado en 2002 y culminó con el decreto 200/003 del 2003, previo a eso el criterio de valoración estaba sujeto a la valoración de cada profesional. En 2013 se realizan cambios (decreto 306/013) que comienzan a estar vigentes a partir del año 2014. Se plantean que los cambios fundamentalmente se justifican en el avance del conocimiento de las técnicas de evaluación, exámenes y tratamientos en algunas patologías, así como en la existencia de avances en la forma cómo encarar diferentes situaciones que se van presentando. Se menciona que: "el conocimiento médico se duplica cada cuatro años, pero no uniformemente, es así que hay capítulos que no requirieron modificaciones, y otros que han sido cambiados totalmente. Se han incluido algunas definiciones como la de *incapacidad severa*. También se ha agregado definiciones sobre el artículo 3º que nos llevan a tener una mejor percepción del mismo. Se incluye un *Tribunal de alzada* de manera de solucionar diferendos entre las partes. Así como el Ministerio de Salud Pública es la máxima autoridad en Medicina Asistencial, consideramos que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social es la máxima autoridad en materia de Medicina Ocupacional. El desconocimiento de la

⁷ Toda la información referida al Baremo fue consultada en una entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Chaves de BPS que participa de los procesos de construcción de los baremos. En la actualidad se está realizando ese proceso que dará lugar a un nuevo baremo.

gente, y aún de los jueces, de esta máxima, nos llevó a buscar esta solución para poner fin a los diferendos que se presenten” (BPS, 2014).

En la revisión de los dos decretos que dan lugar al Baremo (200/003 y 306/013), se constatan diferencias en la forma y el cálculo de los factores complementarios, tanto en el porcentaje otorgado a cada uno de ellos como en la forma en que se incorporan a la valoración final de la incapacidad. En el 2003, los factores complementarios simplemente se adicionaban al grado de incapacidad que surge de la valoración médica, pudiendo sumar hasta un máximo de 15% al grado de incapacidad final. Por ejemplo, si la incapacidad médica es 40% y los factores complementarios corresponden a 15%, la persona tendría un porcentaje total de 55%. Sin embargo, en el baremo de 2013 esto se modifica, cambian tanto el porcentaje máximo asignado a los factores complementarios —ahora 35%—, como la forma en que estos se incorporan a la valoración final de incapacidad. En la nueva edición del baremo, los factores complementarios multiplican al grado de valoración médica. Es así que si una persona obtiene un 40% de incapacidad médica, y un 30% de factores complementarios, se calcula el 30% del 40%, y se suma al 40% (40×1.30). En ese caso el total de la valoración sería de 52%. Para un análisis más detallado de las implicancias de este cambio, véase el anexo 2.

Si bien es un cambio importante respecto al Baremo anterior, no es el único. También cambian los porcentajes otorgados a cada ítem de factores complementarios y se incorpora un ítem adicional que refiere a las posibilidades de reinserción laboral. El cuadro 2 resume la revisión de los factores complementarios en ambos baremos.

Cuadro 2
Factores complementarios para jubilaciones y subsidios transitorios

Baremo 2003		Baremo 2013	
Edad	Porcentaje	Edad	Porcentaje
41-50	2	30-40	3
51-55	3	41-50	6
56-60	5	51 o más	10
Nivel educativo	Porcentaje	Nivel educativo	Porcentaje
Primaria (1ero, 2do, 3ero)	3	Primaria incompleta	10
Primaria (4to, 5to, 6to)	-	Primaria completa	8
Secundaria (1ero, 2do, 3ero)	2	Secundaria básica	6
Secundaria (4to, 5to, 6to)	1	Secundaria completa o terciaria incompleta	4
Tipo de tareas habituales	Porcentaje	Tipo de tareas habituales	Porcentaje
De baja carga psico física	1 a 3	De baja carga psico física	1 a 3
De mediana carga psico física	4 a 5	De mediana carga psico física	4 a 6
De alta carga psico física	6 a 7	De alta carga psico física	7 a 10
		Posibilidades de reinserción laboral	Porcentaje
		Medianas	1
		Bajas	3
		Sin posibilidades	5
Máximo	15	Máximo	35
Forma de agregación		Forma de agregación	
% final = % médico + % fact. Comp		% final = % médico * (1 + % fact.comp)	

Fuente: Elaboración propia en base a Decretos 200/003 y 306/013.

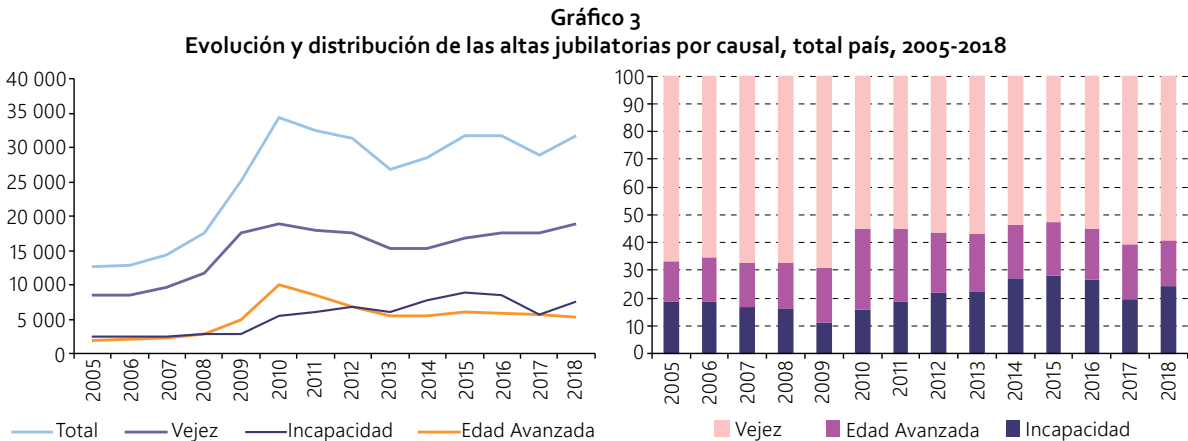
En 2013 y 2014 hubo un cambio de sistema informático a uno nuevo denominado “PERGRAL–RIM”. Este nuevo sistema cambia la forma de trabajo, ya que permite seguir al usuario desde que entra al sistema hasta que obtiene (o no) la prestación. A su vez, contiene el diagnóstico del usuario —a partir del Baremo— desagregado por ítems. Esto se debe a que cuando se presentaban recursos legales frente a dictámenes negativos era necesario justificar la decisión ítem por ítem. Entre las debilidades del RIM, se menciona que no permitía agendar trámites internamente, esto significa que no se registraban las distintas fases del proceso. En 2017 se instaló un nuevo sistema informático y este nuevo sistema sí permite agendar trámites de manera integrada al resto del sistema. A partir de este cambio habría un registro de todo el proceso, y sería posible conocer los tiempos de espera entre la solicitud y la efectivización del trámite. Esto permitiría tener indicadores de eficiencia y detectar las debilidades del proceso.

Por último, en octubre de 2017 se eliminó una etapa del proceso previa al peritaje (consultas con médicos peritos). Consistía en una instancia de asesoramiento y chequeo de la documentación, que actualmente se realiza durante el peritaje. Esto se utilizaba en la solicitud de las pensiones por incapacidad. Se interrumpió en Montevideo y en enero 2018 en el Interior, se plantea que este cambio tiene impacto en el procedimiento de jubilaciones también ya que liberó recursos médicos dedicados antes a esta etapa administrativa.

III. Las altas jubilatorias en el período 2005-2017

A. Evolución general de las altas

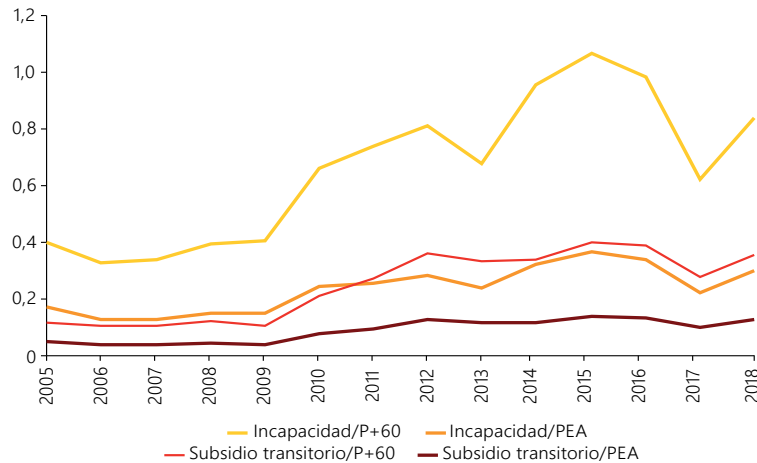
La evolución y distribución de las altas jubilatorias por causal entre 2005 y 2017 se presenta en el gráfico 3. Las altas jubilatorias de edad avanzada y jubilación común presentan un pico en los años 2009 y 2010 producto de la ley 18.395. El pico más pronunciado se presenta en las jubilaciones por edad avanzada en el año 2010, mientras que la causal común muestra un aumento ya desde 2009 y se mantiene en niveles similares hasta 2012. Por su parte, las altas por incapacidad prácticamente se duplican entre 2009 y 2010, pero a diferencia de las otras causales se encaminan en una segunda senda creciente entre 2014 y hasta 2016, alcanzando en ese año un valor tres veces mayor que los observados en vísperas de la reforma. Este último incremento podría estar asociado a los cambios en el procedimiento de otorgamiento de la prestación que se detallaron anteriormente. El incremento dado entre 2014 y 2016 lleva a que prácticamente se iguale el peso de las altas de incapacidad a las de edad avanzada respecto al total de altas de esos años (alrededor del 20% ambas causales). Por último, las altas por incapacidad presentan una fuerte caída en 2017 (33%) y un nuevo incremento en 2018 (35%). La reducción en el nivel de las altas totales en el año 2017 y el incremento en 2018 se explican principalmente por la evolución de causal por incapacidad, ya que las altas por las otras dos causales no presentan importantes modificaciones.



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

El gráfico 4 presenta la evolución de las altas jubilatorias por las dos formas de incapacidad, total y parcial, esta última mediante el subsidio transitorio, en términos de la PEA y la población mayor de 60 años. Las altas en términos relativos a la población mayor de 60 años muestran una evolución similar a la descrita anteriormente, lo que implica que los incrementos de las altas fueron aún superiores al crecimiento de la población adulta mayor. Al analizarlo respecto a la PEA la evolución se mantiene, registrándose los picos en los años señalados, si bien como es de esperar, los coeficientes se reducen.

Gráfico 4
Evolución del porcentaje de altas jubilatorias respecto a la PEA y a la población mayor de 60 años, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018 y ECH-INE 2005-2018.

Por último, se vincula la evolución de las altas al gasto realizado en ellas en el período. El gasto de las altas responde a la evolución de éstas (cuadro 3) y a sus montos. En todo el período es la causal común la que presenta el mayor gasto, producto en particular a que la mayoría de las altas provienen de dicha causal. Sin embargo, entre las otras dos causales, se observan mayores similitudes en el gasto a pesar de que eso no se refleja en la evolución de las altas estrictamente en este caso. Si bien en algunos años la proporción de altas entre estas dos causales es similar, en particular entre los años 2014-2016. Estas similitudes en el período responden a los montos jubilatorios que en promedio el de incapacidad es superior al de edad avanzada y se explica por una tasa de reemplazo promedio mayor. En el total del período el gasto en incapacidad es un 16% del gasto en IVS del año 2017, mientras esta cifra representa un 17% en edad avanzada y 66% en común.

Cuadro 3
Gasto en altas por año según causal, pesos constantes 2017

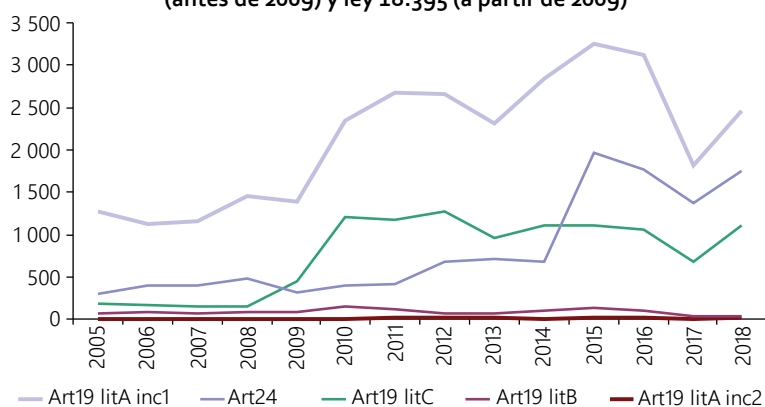
	Incapacidad	Edad avanzada	Vejez
2009	249 200	332 000	1 600 000
2010	678 600	1 077 000	3 710 000
2011	1 211 600	1 784 000	5 900 000
2012	1 891 600	2 441 000	8 640 000
2013	2 446 600	2 923 000	10 910 000
2014	3 103 600	3 388 000	13 180 000
2015	3 915 600	3 926 000	15 750 000
2016	4 743 600	4 431 000	18 390 000
2017	5 372 600	4 955 000	21 000 000
2009-2017	23 613 000	25 257 000	99 080 000
Total 2009-2017/Gasto en IVS 2017 (en porcentajes)	17	16	67

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

1. Análisis por artículos e incisos de las leyes 16.713 y 18.395

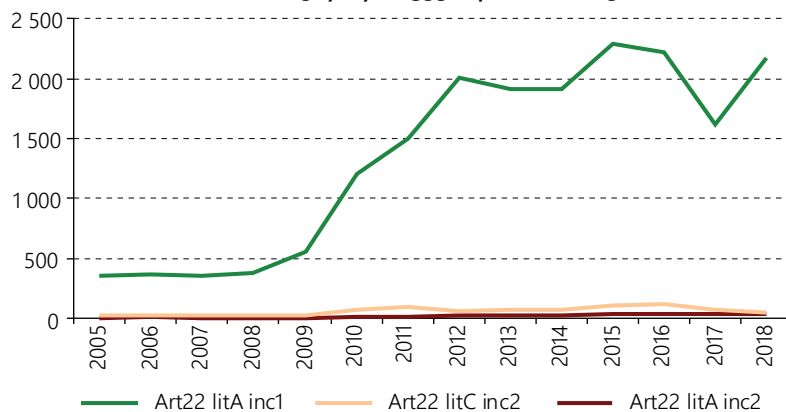
A continuación se analiza la evolución de las altas por incapacidad total y subsidios transitorios desagregadas por los diferentes motivos que dan lugar a la causal, artículos e incisos de la ley 16.713, que en algunos casos fueron modificados por la ley 18.395 (gráfico 5 y gráfico 6)⁸. Se constata que la mayor parte de las altas de incapacidad total provienen del artículo 19 literal A (más del 50% en casi todo el período, cuadro 4). La evolución de las altas provenientes de este inciso es creciente en el período con algunos picos de crecimiento en 2009 y 2014, y una caída en 2017 y un incremento nuevamente en 2018, que se observa también en general. Le sigue en importancia las altas de quienes se jubilan por el artículo 19 literal C, las cuales registran un incremento significativo a partir del año 2009 y 2010 —con altas que se triplican—. Este cambio coincide con la modificación en la redacción de este inciso, a partir de la entrada en vigencia de la ley 18.395. A su vez, a partir de 2015 se incrementan las altas provenientes del artículo 24, el que refiere a aquellos beneficiarios del subsidio transitorio que cumpliendo la edad de jubilación mínima para causal común (60 años) y subsistiendo la incapacidad absoluta y permanente para el empleo, configurarían automáticamente causal por incapacidad total. En el último año analizado se constata un incremento por igual en las altas por incapacidad según los tres artículos principales, sin embargo la proporción de altas del artículo 19 literal C es el que se incrementa más respecto al total de altas por incapacidad y se reduce un poco las del artículo 24 (cuadro 4).

Gráfico 5
Evolución de las altas de incapacidad total por artículos de la ley 16.713 (antes de 2009) y ley 18.395 (a partir de 2009)



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

Gráfico 6
Evolución de las altas de subsidios transitorios por artículos de la ley 16.713 (antes de 2009) y ley 18.395 (a partir de 2009)



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

⁸ Los artículos 19 y 24 son originales de la ley 16.713 aunque el artículo 19 presenta cambios en los incisos A y C en la ley 18.395 que fueron detallados en la sección 3.

Cuadro 4
Proporción de altas por artículo e inciso del total de altas por incapacidad total
(En porcentajes)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Art19 litA inc1	69,7	63,0	64,8	67,0	62,0	57,2	60,6	56,6	56,7	59,9	50,3	51,5	46,5	45,8
Art19 litA inc2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2
Art19 litB	3,4	4,7	3,4	3,6	3,4	3,5	2,8	1,6	1,6	2,3	1,9	1,7	1,1	0,8
Art19 litC	10,5	9,6	8,9	7,3	20,2	29,5	26,7	27,1	23,7	23,4	17,0	17,5	17,4	20,7
Art24	16,1	22,6	22,8	22,0	14,0	9,6	9,5	14,5	17,6	14,3	30,4	29,2	34,9	32,5

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

En el caso del subsidio transitorio, el principal motivo de alta es del inciso 1 del literal A del artículo 22, análogo al artículo 19 para la incapacidad total. Las altas presentan la evolución ya comentada, con un incremento en 2009, un pico significativo en 2014, luego un descenso entre 2015 y 2017 y un incremento en el último año.

Los meses registrados entre la última fecha de cotización y la fecha de alta jubilatoria por incapacidad presentan en promedio un cambio importante a partir de 2009, en particular para aquellos que lo hacen por el literal C del artículo 19. Esto no puede explicarse sino por la modificación de este artículo que elimina el requisito de haber cesado en la actividad en los dos años previos a la incapacidad. Previo a la ley 18.395 aquellas personas que habían cesado su actividad y presentaban alguna incapacidad luego de los dos años del cese no podían solicitar causal, y como es de esperar —y confirma el cuadro 5— presentaban en promedio dos años entre la fecha del cese y el alta. Sin embargo, a partir de 2009 el promedio de esta brecha pasa a ser alrededor de seis años. Esto significa que el cambio de la ley de flexibilización, además de incrementar las altas por incapacidad por este motivo, también modifica las características de las mismas. En ese sentido, la edad promedio de estas personas se ven modificadas donde aquellos que se jubilan por el artículo 19 inciso C presentan mayores edades promedio también a partir de 2009, sucede lo mismo con las altas por el artículo 24 (cuadro 6).

Cuadro 5
Meses promedio desde la fecha de cese a la fecha de alta jubilatoria por incapacidad total

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Art19 litA inc1	7,6	5,0	5,1	5,3	7,0	5,9	5,3	4,8	5,0	4,9	4,8	4,4	4,8
Art19 litB	3,6	4,7	4,8	2,8	4,2	4,8	5,5	4,2	7,6	9,6	9,4	7,5	13,2
Art19 litC	26,0	23,8	29,0	23,3	66,2	76,5	74,5	76,2	77,4	79,4	81,9	70,4	77,0
Art24	4,4	5,4	5,3	2,5	5,2	4,8	8,0	4,4	5,2	5,1	11,1	9,2	7,7

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias e Historias Laborales BPS 2005-2017.

Cuadro 6
Edad promedio al alta de las jubilaciones por incapacidad total

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Art19 litA inc1	55,2	56,2	56,7	56,5	56,6	56,8	56,3	56,9	56,9	57,0	56,9	57,2	57,4
Art19 litA inc2	21,2	20,0	21,7	22,5	25,1	22,6	23,2	23,8	23,1	22,2	23,4	22,5	22,6
Art19 litB	53,8	55,2	56,0	53,5	56,6	55,8	57,0	54,8	57,5	55,6	55,4	56,1	55,3
Art19 litC	51,9	53,3	53,2	54,3	58,1	58,6	58,1	58,5	58,6	58,2	58,9	58,8	58,6
Art24	58,2	58,3	58,5	59,5	63,6	63,2	62,9	63,1	63,1	62,8	57,8	59,0	60,3

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

2. Subsidio transitorio y acceso a la jubilación por incapacidad total

Vale la pena recordar que los subsidios transitorios tienen una duración máxima de 3 años. Llegado ese punto, si el estado de salud del individuo ha mejorado lo suficiente, se da por concluido el beneficio. En ese caso pueden suceder dos cosas, que la persona se reinerte a la actividad laboral o que solicite una jubilación en momento de acceder a la causal. Por ese motivo, es de esperar que quienes cobran subsidio transitorio puedan aparecer dos veces en la base de altas jubilatorias. En el cuadro 7 se presenta el porcentaje de altas jubilatorias de cada año, de aquellos que en algún momento percibieron el subsidio transitorio. Se observa que la amplia mayoría de las personas que cobraron subsidio transitorio accedieron a jubilarse por incapacidad total y que una minoría accede a causal común. Esto es esperable, dado que en muchos casos las posibilidades de recuperación no son muy altas, en particular cuando se trata de personas mayores. Por otra parte, nuevamente se observa el pico en el número de altas a partir de 2014. Es decir, entre estos años se jubiló mucha gente en general y una gran proporción que venía ya de percibir un subsidio transitorio. Esto está relacionado con una mayor probabilidad de obtener la jubilación por incapacidad total cuando ya se obtuvo la parcial. No parecería casual que este pico coincida con el observado en las altas por incapacidad total que analizamos anteriormente. Respecto al perfil de estos individuos, cabe destacar que dos tercios de estas altas son mujeres, una proporción superior a la registrada en el promedio; por otra parte, no se encuentran diferencias respecto a la distribución promedio al analizar las altas por sector de aportación o por ramas de actividad.

Cuadro 7
Porcentaje de altas por causal que hicieron uso del subsidio transitorio de incapacidad, 2008-2017

	Incapacidad	Vejez
2008	11	0,0
2009	4	0,1
2010	3	0,1
2011	3	0,1
2012	3	0,1
2013	3	0,2
2014	20	0,3
2015	22	0,4
2016	19	0,4
2017	20	0,6

Fuente: Base de Altas de BPS.

Por su parte, el cuadro 8 presenta la última aparición de las altas por subsidio transitorio en la base de altas. Dado que esta prestación no es permanente (como si lo son las jubilaciones por incapacidad total), es posible que una misma persona aparezca varias veces en la base de altas con dos prestaciones. Por ejemplo, observamos que en 2008, el 27% de las personas que obtuvieron subsidio transitorio acabaron por jubilarse por incapacidad, 3% se jubilaron por vejez, y 2,7% obtuvieron nuevamente un subsidio transitorio; mientras que el restante 67% de las altas por subsidio transitorio de 2008 no han vuelto a aparecer en la base. En conjunto, parece ser que el número de altas que aparecen más de una vez en la base disminuye hasta 2010. Luego comienza a crecer, alcanzando un máximo en 2012 y 2013, años donde más de la mitad de las altas por subsidio transitorio terminaron por jubilarse por incapacidad total. A partir de 2014 el porcentaje decrece año a año, lo cual es razonable si se tiene en cuenta que el subsidio transitorio se otorga por tres años como máximo, con lo que es de esperar que muchas de las prestaciones de los últimos años sigan vigentes en 2017 y 2018.

Cuadro 8
Número de altas por subsidio transitorio generado por año (primera columna) y última aparición de estas altas en la base
(En porcentajes)

	Subsidios transitorios	Aparece por última vez en la base como alta de:				
		Otro subsidio transitorio	Incapacidad	Edad avanzada	Vejez	No vuelve a aparecer
2005	533	0,9	55,3	0,4	6,4	37,0
2006	581	2,1	48,5	0,7	4,8	43,9
2007	568	1,4	38,4	0,5	4,4	55,3
2008	664	0,8	26,4	0,5	3,3	69,1
2009	591	1,4	20,0	0,0	7,3	71,4
2010	1,296	1,1	19,1	0,0	5,5	74,3
2011	1,619	1,8	35,3	0,1	4,1	58,7
2012	2,095	1,3	52,6	0,0	3,8	42,3
2013	2,010	0,6	54,8	0,0	3,0	41,6
2014	2,008	0,8	42,5	0,0	3,6	53,1
2015	2,445	0,4	35,9	0,0	2,2	61,6
2016	2,391	0,5	22,5	0,0	0,2	76,8
2017	1,728	0,9	12,6	0,0	0,1	86,5
2018	2,255	0,4	3,9	0,0	0,0	95,7

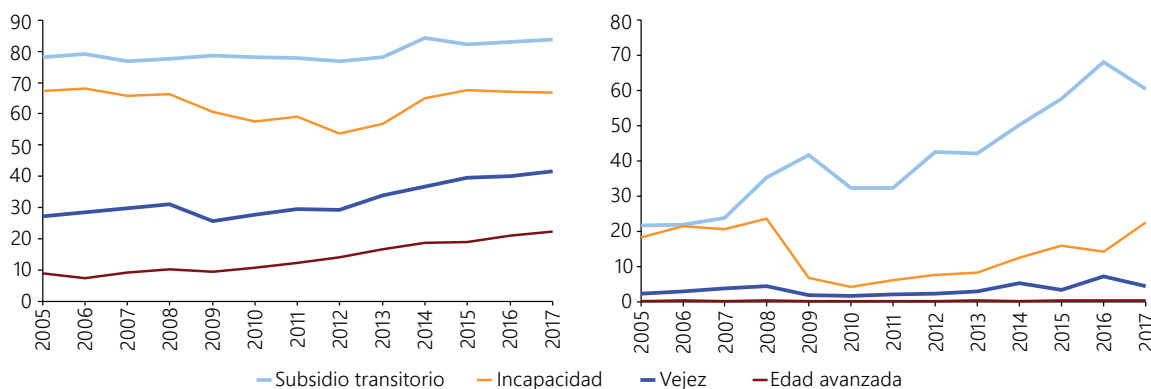
Fuente: Base de Altas de BPS.

3. La utilización del subsidio por enfermedad

Por otro lado, resulta de interés analizar cómo se relacionan la jubilación por incapacidad y el subsidio por enfermedad. Como fue mencionado, hay dos vías de solicitud de la jubilación por incapacidad: por solicitud directa o a través del subsidio por enfermedad. Si bien la base de datos con la que contamos no nos permite conocer el origen del alta—distinguir si fue mediante un subsidio por enfermedad o por solicitud directa—, analizar los cambios en la utilización del subsidio por enfermedad nos puede aproximar al peso que pueden haber tenido estas solicitudes en el total.

El gráfico 7 muestra el porcentaje de las altas jubilatorias de cada año que hicieron uso del subsidio por enfermedad en algún momento de su historia laboral y el año anterior a jubilarse.

Gráfico 7
Porcentaje de altas que hicieron uso del subsidio por enfermedad en algún momento de su historia laboral (izquierda) y el año anterior a jubilarse (derecha), 2009-2017



Fuente: Base de Altas y de Historias Laborales de BPS.

Al analizar el uso del subsidio por enfermedad en toda la historia laboral, se observa que más de la mitad de las altas por incapacidad de cada año hicieron uso de la prestación en algún momento de su historia. En todo el período, las altas por subsidio transitorio son las que más utilizan el subsidio por enfermedad, manteniéndose en niveles cercanos a 80% entre 2005 y 2013, y acercándose a 85% de entre 2014 y 2017. En el caso de incapacidad total, se distinguen dos períodos en su trayectoria: uno constante/levemente decreciente hasta 2013, y un segundo período de 2014 en adelante donde recupera los niveles anteriores a la caída y 2/3 de las altas habían hecho uso del subsidio por enfermedad. Se observa una tendencia creciente en el uso de la prestación en las altas de edad avanzada y vejez: las primeras pasan de 8,9% a 22,4% entre 2005 y 2017, mientras que las segundas pasan de 27,2% a 41,7% en el mismo período. Esto también responde a una tendencia generalizada creciente en la utilización del subsidio por enfermedad.

Por otro lado, en el gráfico de la derecha se observa que las altas por incapacidad y subsidio transitorio son las que hicieron mayor uso del subsidio por enfermedad en el año antes de jubilarse. En ambos casos, si bien existe un pico en 2008 y 2009 seguido de una caída importante, luego la evolución es creciente. Destaca la trayectoria creciente a partir de 2013, con un aumento creciente año a año del porcentaje de altas que utilizaron el subsidio por enfermedad en el año previo al alta. Como ya fue comentado, el cambio a partir de 2013 coincide con la modificación del sistema nacional de certificación para el otorgamiento del subsidio por enfermedad.

El cuadro 9 muestra el número promedio de meses que se recibió subsidio por enfermedad distinguiendo por causal jubilatoria⁹. Las personas que se jubilan por incapacidad utilizan en promedio este mecanismo en mayor medida que las personas que se jubilan por las demás causales; en particular, la diferencia de los subsidios transitorios es aún mayor. Amarante y Dean (2017) resaltan el incremento en el número de solicitudes del subsidio en el período 2005-2015 con un importante incremento en 2011. Sin embargo, el incremento en la cantidad de solicitudes se produce conjuntamente con una caída en la duración promedio de las mismas. En este caso, se observa un incremento en el número promedio de meses para todas las causales analizadas en los últimos años del período.

Cuadro 9
Meses promedio en subsidio por enfermedad de las altas jubilatorias, por causal, 2009-2017^a

	Subsidio transitorio	Edad avanzada	Incapacidad	Vejez
2005	20,7	0,4	13,5	1,2
2006	18,0	0,3	12,5	1,3
2007	18,5	0,4	13,0	1,5
2008	20,2	0,5	14,4	1,6
2009	22,4	0,4	12,7	1,3
2010	20,6	0,5	11,7	1,4
2011	20	0,6	11,9	1,6
2012	18,6	0,6	10,3	1,8
2013	20,8	0,8	11,9	2,2
2014	23,5	0,9	14,5	2,3
2015	23,0	0,9	14,9	2,4
2016	22,7	1,0	19,6	2,6
2017	22,7	1,1	15,7	3,0

Fuente: Base de Historias Laborales de BPS.

^a No incluye sector de aportación Civil, ya que los subsidios por enfermedad de este sector no se registran en BPS.

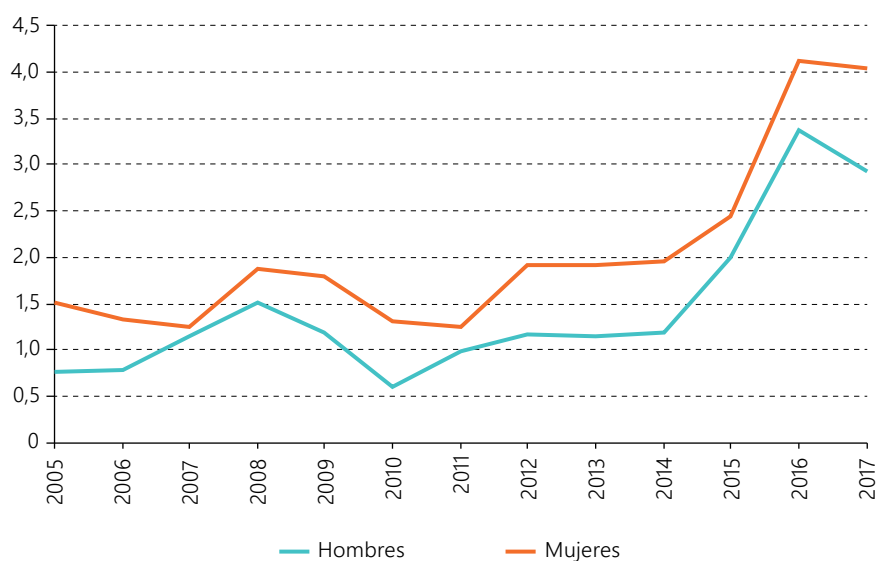
El gráfico 8 presenta el número promedio de meses que percibieron subsidio de enfermedad hombres y mujeres que se jubilaron por incapacidad o subsidio transitorio, en el año antes del alta. Se constata que en todos los años las mujeres se jubilan, en promedio, con más meses de subsidio por enfermedad en su haber, aunque esta brecha solo supera un mes en 2017. El uso de la prestación aumenta

⁹ Las historias laborales comienzan en 1996, por lo que es el número de meses a partir de esa fecha.

de forma constante a partir de 2011, pero son llamativos los saltos en 2015 y 2016; entre 2014 y 2016 se duplicó el tiempo promedio que hombres y mujeres pasaron en subsidio por enfermedad el año previo al alta de 1,19 a 3,37 meses en el caso de los hombres y de 1,96 a 4.12 en el caso de las mujeres¹⁰.

En síntesis, observamos un fuerte aumento en el uso del subsidio por enfermedad en el año previo a la jubilación. El uso aumenta tanto en sentido extensivo (aumenta el porcentaje de las altas que lo utilizan) como en sentido intensivo (aumenta el tiempo promedio de utilización). Si bien no contamos con datos que nos permitan comprobarlo explícitamente, parece razonable suponer que esta extensión e intensificación del uso del subsidio por enfermedad trajeron consigo un aumento en el número de individuos que obtuvieron la jubilación por incapacidad a través de las juntas médicas en vez de los peritajes que tienen lugar cuando el proceso da inicio por solicitud de trabajador. No obstante, dichos datos son necesarios para entender y/o cuantificar como esto pudo haber afectado finalmente el volumen de altas anuales.

Gráfico 8
Meses promedio en subsidio por enfermedad el año antes del alta por incapacidad (total o parcial), por sexo^a



Fuente: Base de Historias Laborales de BPS.

^a El número de solicitudes del subsidio por enfermedad en relación a los cotizantes en esos años aumenta levemente, el fuerte incremento es entre 2011 y 2013 según datos de BPS que son recogidos en Amarante y Dean (2017).

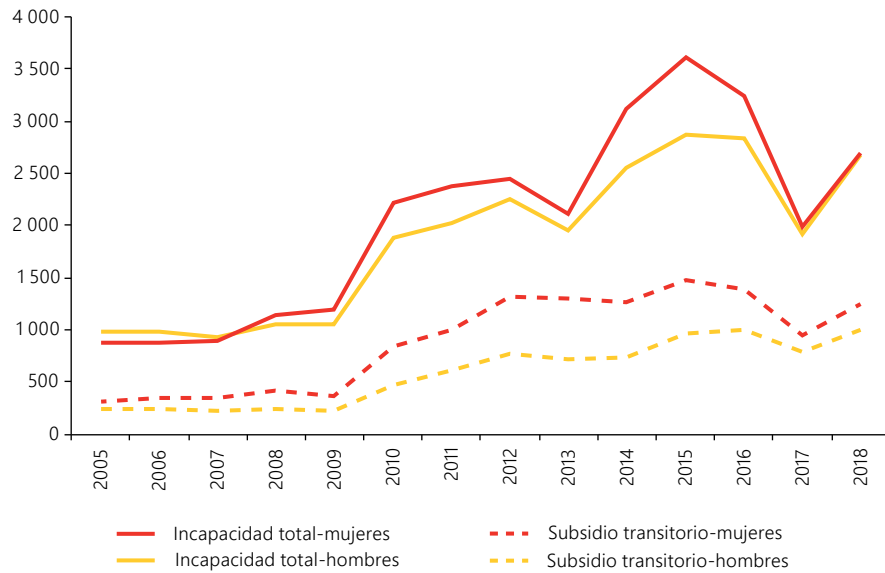
B. El perfil de las altas por incapacidad según edad, sexo, departamento, sector de aportación, y quintiles del Salario Básico Jubilatorio

En lo que refiere a las altas jubilatorias por incapacidad total y parcial por sexo, el gráfico 9 muestra que para todos los años las altas por incapacidad son mayores en mujeres que en hombres. Los subsidios transitorios femeninos presentan un comportamiento particular luego de la reforma de 2009, colocándose ampliamente por encima de los masculinos, desde ese entonces y hasta el final del período analizado. En las jubilaciones por incapacidad total la diferencia entre hombres y mujeres no es tan amplia, aunque en el período 2014-2016 las altas femeninas presentan un incremento particularmente importante, y la brecha entre sexos durante esos años se amplía. Entre los años 2013-2014 y 2014-2015 el 60% del incremento de las altas por incapacidad total es explicado por

¹⁰ El número de solicitudes del subsidio por enfermedad en relación a los cotizantes en esos años aumenta levemente, el fuerte incremento es entre 2011 y 2013 según datos de BPS que son recogidos en Amarante y Dean (2017).

el aumento de las altas femeninas. Ambas causales —total y parcial— caen en 2017 y vuelven a incrementarse en 2018, y las diferencias por sexo en esos años se reducen de forma importante, más aún en el caso de incapacidad total.

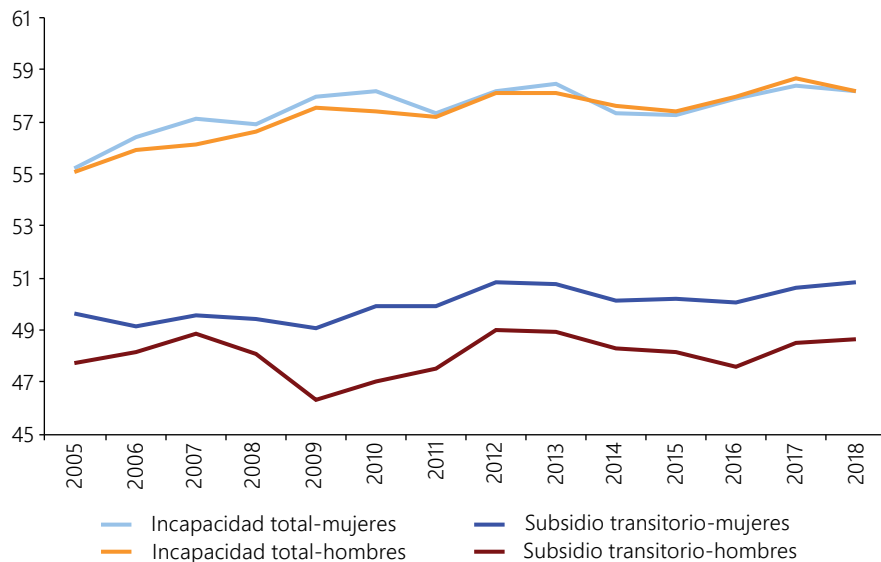
Gráfico 9
Altas por incapacidad total y subsidios transitorios (incapacidad parcial) por sexo, total país, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS.

La edad promedio al momento del alta jubilatoria por incapacidad presenta una tendencia creciente entre 2005 y 2018, pasando de 55,2 a 58,2 años punta a punta y sin grandes diferencias entre hombres y mujeres (gráfico 10). Por el contrario, en los subsidios transitorios al momento del alta las mujeres tienen en promedio dos años más que los hombres. Esta diferencia se mantiene prácticamente constante de 2009 en adelante.

Gráfico 10
Edad media al alta de jubilaciones por incapacidad y subsidios transitorios, por sexo, total país, 2005-2018



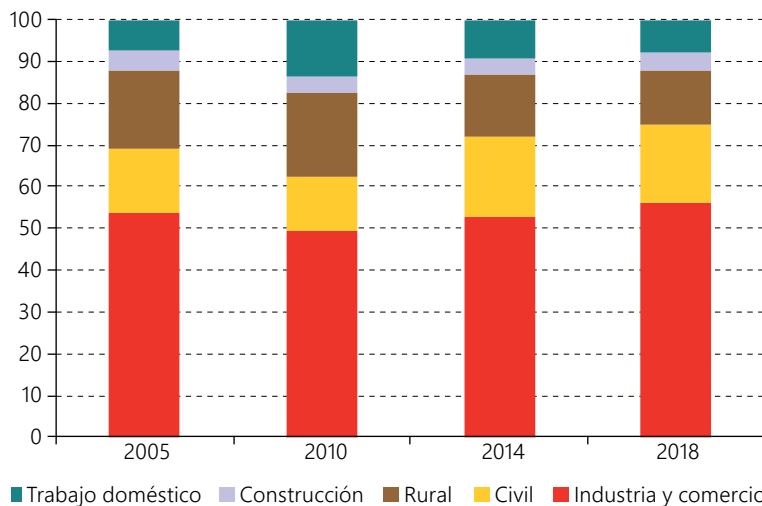
Fuente: Elaboración propia en base a altas jubilatorias BPS.

Al revisar la estructura de las altas por tramos de edad, se observa que casi el 100% de los subsidios transitorios en cada año son otorgados a personas menores de 60. El artículo 24 de la ley 16.713 establece que si un individuo con subsidio transitorio alcanza la edad mínima jubilatoria con una incapacidad continuada entonces tiene derecho a obtener la jubilación total por incapacidad. Parecería razonable que, al momento de tramitar la jubilación por incapacidad, no se otorgue a las personas mayores de 60 años un subsidio transitorio, sino directamente la jubilación total¹¹. Para un mayor detalle de la estructura por tramos de edad de jubilaciones por incapacidad y subsidios transitorios ver cuadro A1 y A2.

La distribución de altas por departamento no presenta grandes cambios en el período. La mayor proporción de altas se concentra en Montevideo, que pierde un poco de peso en los últimos cuatro años respecto al Interior; parecería que Canelones es quien absorbe esa caída. La variación interanual tampoco muestra grandes cambios en el período, la caída en las altas de 2013 se distribuye en todos los departamentos, lo cual refuerza la diferencia que se genera en 2014. En 2014 y 2015 casi todos los departamentos incrementan sus altas y en los dos años finales del período comienzan a disminuir, en particular en el último año con un promedio de caída de 36%. En el anexo 4 pueden encontrarse cuadros con la distribución de las altas por departamento y su variación interanual.

El sector Industria y Comercio concentra más del 50% de las altas por incapacidad, una proporción similar a la que se corresponden en el total de las jubilaciones. La distribución del resto de los sectores también se asemeja a la del total de altas; en la comparación punta a punta en el período se registra un aumento relativo en el peso del sector civil, un leve incremento en el sector doméstico y una disminución del sector rural.

Gráfico 11
Distribución de las altas por incapacidad por sectores de aportación, años seleccionados
(En porcentajes)

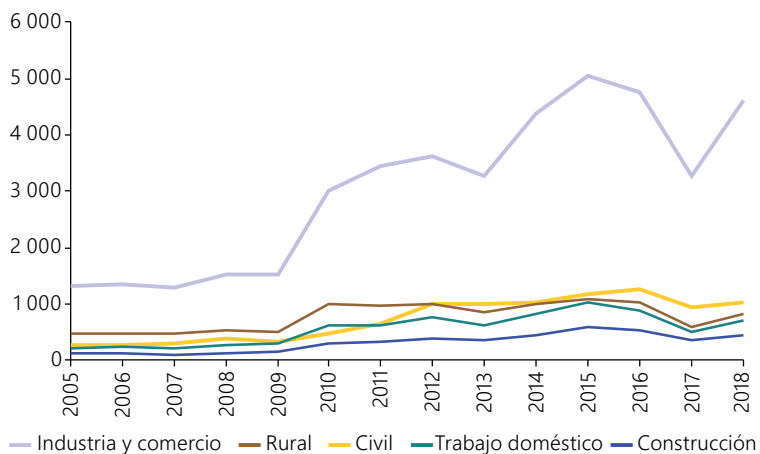


Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

El gráfico 12 presenta la evolución de las altas jubilatorias por incapacidad (total y parcial) distinguiendo por sector de aportación. Las dinámicas de las altas por incapacidad total y parcial no presentan mayores diferencias entre sí. El crecimiento de las jubilaciones por incapacidad no fue homogéneo entre los sectores de aportación. En el sector trabajo doméstico las altas aumentaron 63% entre 2013 y 2016, mientras que el crecimiento en general fue de un 50%. En 2017 se reducen las altas totales de manera relativamente homogénea entre sectores y en 2018 se incrementan.

¹¹ El artículo 24 de la Ley 16713, plantea que al alcanzar la edad mínima de jubilación por causal común, automáticamente la incapacidad se considera absoluta y permanente y se le otorgaría el beneficio de la jubilación por incapacidad total.

Gráfico 12
Evolución de las altas jubilatorias de incapacidad por sector de aportación, total país, 2005-2018

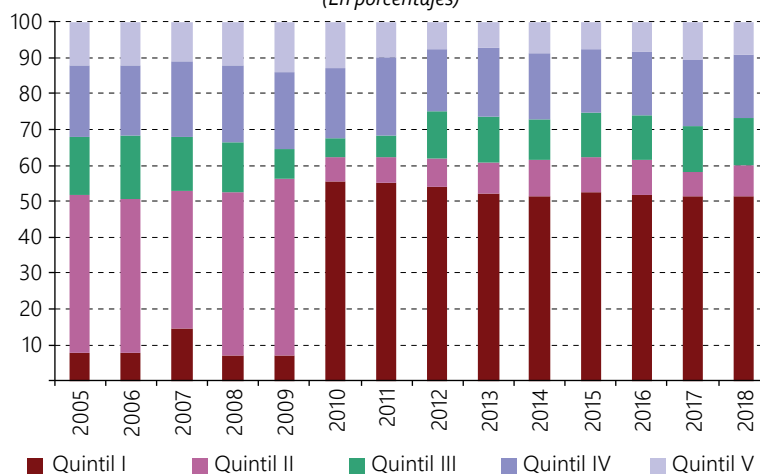


Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

El Sueldo Básico Jubilatorio (SBJ) es el monto sobre el que se obtienen las jubilaciones, aplicando sobre éste la tasa de reemplazo correspondiente de cada individuo. El SBJ es “el promedio mensual de las asignaciones computables actualizadas de los diez últimos años de servicios registrados en la historia laboral, limitado al promedio mensual de los veinte años de mejores asignaciones computables actualizadas, incrementado en un 5% (cinco por ciento)” (Ley 16.714, art. 27).

En búsqueda de obtener una mejor caracterización de las altas jubilatorias de este período, se realiza una aproximación a la ubicación de los jubilados en la distribución del ingreso mediante la consideración del salario básico jubilatorio. Para cada año, se calculan los quintiles de SBJ de todas las jubilaciones otorgadas en el año y se analiza la distribución de las altas por causal por quintiles. El gráfico 13 muestra la distribución por quintiles de las jubilaciones por incapacidad total y parcial cada año. Puede observarse que aproximadamente el 70% de las altas por incapacidad se concentran en los tres primeros quintiles durante todo el período analizado. Sin embargo, se distingue un cambio de composición en los primeros quintiles, a que a partir de 2010 más del 50% de las jubilaciones por incapacidad se concentran en el primer quintil, cuando hasta 2009 rara vez superaban el 10% de las totales. Como contrapartida, cae fuertemente la participación del segundo quintil en las altas de esta causal. Por su parte, las altas en el resto de los quintiles no procesan cambios de magnitud en su participación durante el período analizado.

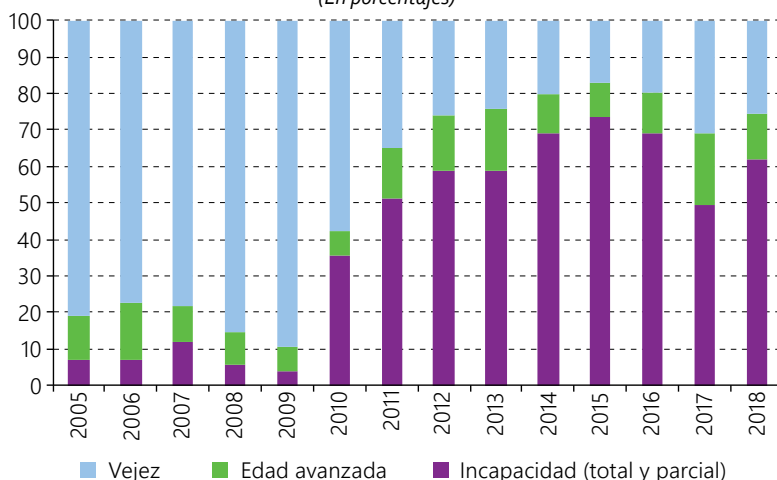
Gráfico 13
Distribución de las altas jubilatorias por incapacidad total y parcial por quintiles de SBJ, 2005-2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

Para complementar este análisis, el gráfico 14 presenta las altas jubilatorias del primer quintil, distinguiendo por causal. Acorde a lo anterior, parecería que desde 2010 en adelante los individuos con los menores ingresos de cada año acceden a jubilarse por incapacidad en mayor medida que por las otras dos causales. Nuevamente, hasta 2009 las jubilaciones por incapacidad casi no superaban el 10% de las jubilaciones del primer quintil, pero en 2010 comienzan una trayectoria creciente ininterrumpida hasta 2015. En 2016 caen levemente, en 2017 la reducción es de casi 20 puntos porcentuales producto también de la reducción de altas totales por incapacidad a partir de ese año. En el último año se registra un incremento de 13 puntos respecto al año anterior, que está sobre todo explicado por el incremento en las altas por incapacidad total más que por el subsidio transitorio.

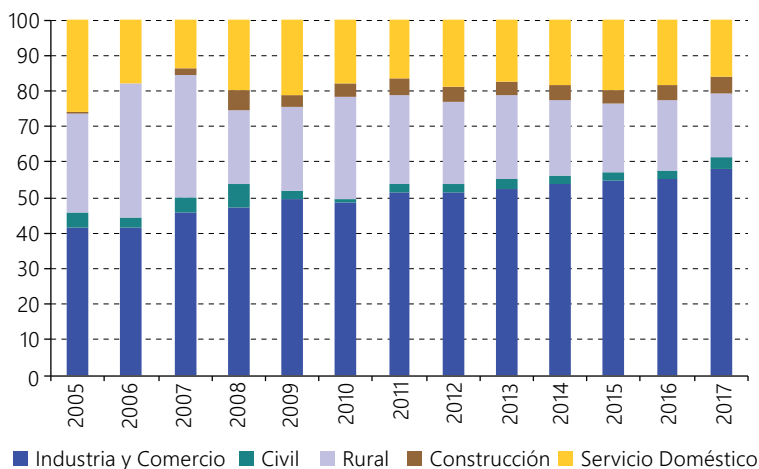
Gráfico 14
Distribución de las altas jubilatorias del primer quintil por causal jubilatorio, 2005-2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

La distribución por sectores de aportación de las altas del primer quintil muestra que el sector Industria y comercio aumenta su participación de manera continua durante el período analizado, pasando de representar 41,5% de las altas por incapacidad del primer quintil en 2005 a 58,3% en 2017. Por su parte, la participación de las altas rurales cae 10 puntos porcentuales punta a punta, mientras que servicio doméstico las participaciones de los demás sectores oscilan, pero sin presentar grandes variaciones (gráfico 15).

Gráfico 15
Distribución de las altas jubilatorias del primer quintil por sectores de aportación, 2005-2017
(En porcentajes)

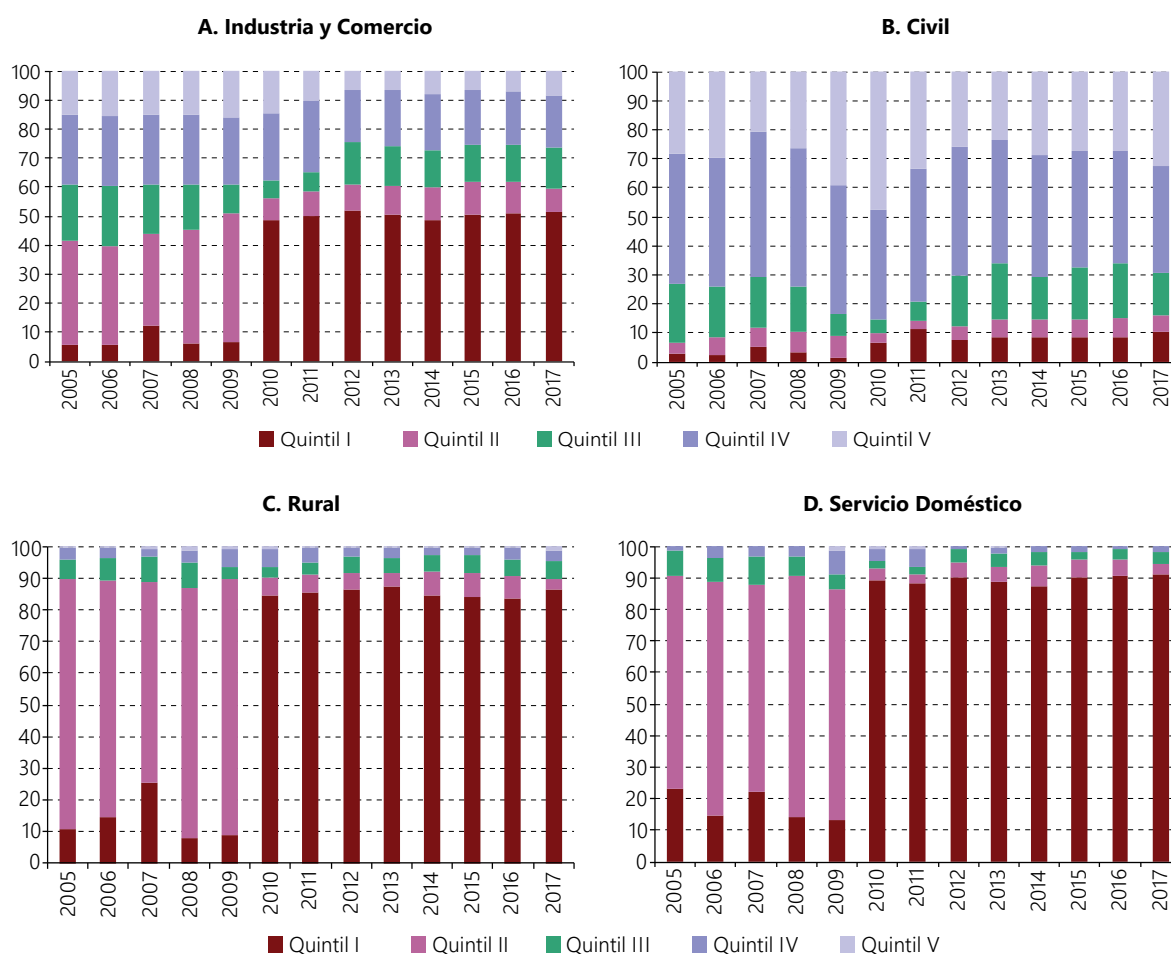


Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

El gráfico 16 muestra la distribución por quintiles de las altas por incapacidad de cada sector de aportación¹². Entender mejor estos cambios en los sectores puede ayudar a explicar el comportamiento de la distribución de altas total. En todos los sectores se observa un fuerte incremento en 2010, con un aumento de la participación de las altas del primer quintil. En particular, en el sector de Industria y comercio las altas del primer quintil pasan a representar el 50% del total de altas por incapacidad del sector a partir de 2010; esto permite explicar el fuerte incremento del primer quintil en el total de altas debido a la alta participación del sector (60% en 2017).

Por otro lado, la distribución de altas de Servicio Doméstico y Rural muestra que entre el 80 y el 90% de las altas por incapacidad de estos sectores pertenecen al primer quintil de ingresos a partir de 2010 y esa cifra se mantiene hasta el final del período. Es importante recordar que en ambos sectores a partir de ese año es que comienza el incremento de las altas por incapacidad. Estos sectores tienen como característica común ser sectores de bajos salarios como ya fue comentado, y si bien presentan incrementos importantes en los niveles de formalización en la última década, ambos presentan el promedio más bajo en años de servicio registrados al momento de jubilarse por incapacidad¹³.

Gráfico 16
Distribución de las jubilaciones por incapacidad total y parcial según quintiles de salario básico jubilatorio, 2005-2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

¹² No se incluye el sector Construcción por presentar pocos casos.

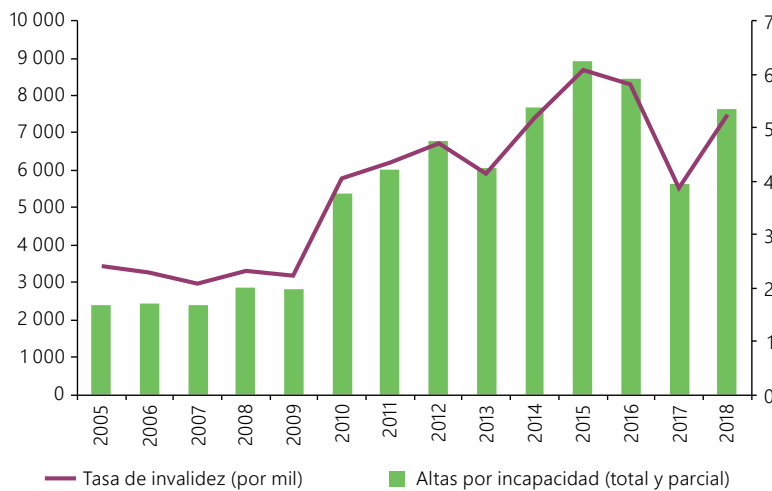
¹³ El sector rural tiene una ley de 2008 que regula la jornada y regulariza derechos, y Servicio Doméstico de 2006. En el primer caso la tasa de informalidad se redujo de 34% en 2007 a 29% en 2017 y en el segundo caso de 66% a 46% entre esos mismos años.

C. Evolución de la tasa de invalidez

La tasa de invalidez se define como el cociente entre las altas jubilatorias por incapacidad y la cantidad de cotizantes de cada año, expresando la proporción de personas que se jubilan por dicha causal en relación a la población potencialmente sujeta a ese riesgo. Belliard et al (2007) estiman las tasas de invalidez del período 2000-2006 señalando que siguen el criterio utilizado por la OIT para definir afiliados “activos” y en función de eso consideran como población expuesta al riesgo de invalidez a los afiliados que registraron al menos un aporte durante el año correspondiente.

Como se observa en el gráfico 17, la evolución de la tasa de invalidez acompaña a la de las altas en el período, incluyendo el pico de 2014-2016, la caída de 2017 y el aumento en 2018. Cambios tan abruptos en la tasa de invalidez en un lapso tan corto de tiempo —sin que medie una catástrofe natural o guerra que supusiera un aumento súbito de la incapacidad en la población— no parecerían ser acordes a un aumento natural de las tasas de invalidez, fruto, por ejemplo, de la transición demográfica. La relación tan directa entre tasas de invalidez y altas jubilatorias podría sugerir que el aumento de las segundas no está relacionado a un fenómeno demográfico, sino a cambios administrativos vinculados a los procesos de solicitud y gestión de la prestación, en el apartado anterior se intentó sistematizar algunos de ellos que podrían estar explicando parte de este fenómeno coyuntural.

Gráfico 17
Evolución de las altas de jubilación por incapacidad y la tasa de invalidez (por mil), 2005-2018

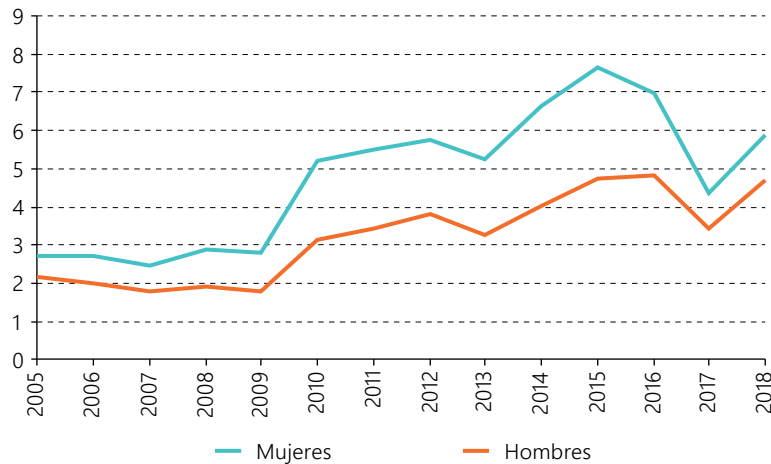


Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

El gráfico 18 presenta las tasas de invalidez por sexo entre 2006 y 2018¹⁴. Se observa que tanto las altas femeninas como las masculinas siguen la misma evolución, aunque las tasas de invalidez femeninas son superiores a las masculinas durante todo el período analizado y crecen más hasta 2016. La brecha entre mujeres y hombres llega a su máximo en 2014 y 2015 y luego vuelve a niveles levemente superiores a los del comienzo del período. La tasa de invalidez superior en las mujeres aparece como una característica distintiva, en Belliard et al (2007) para Argentina el resultado es opuesto y la tasa de invalidez en los hombres es significativamente superior, si bien el período considerado es otro, 2000-2006. Para ampliar este resultado es necesario poder complementar esta información con los tipos de patologías presentadas en cada caso.

¹⁴ Para construir las tasas de invalidez por sexo y departamento se calcula la distribución de cotizantes por estos grupos mediante las Encuestas Continuas de Hogares (ECH-INE) de esos años.

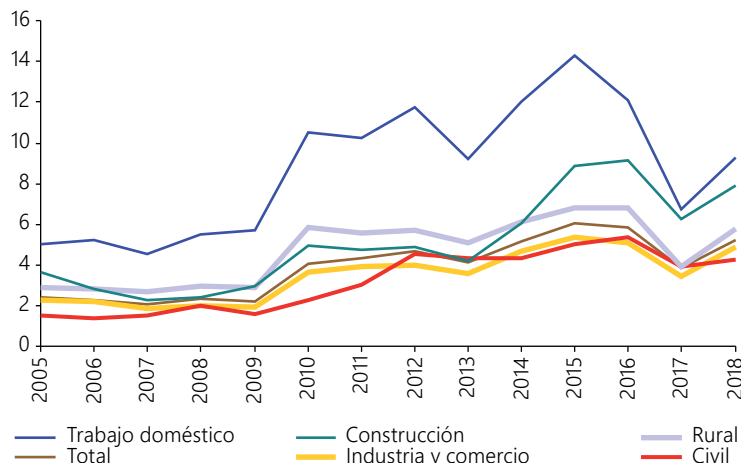
Gráfico 18
Tasas de invalidez por mil, por sexo, 2006-2018



Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS, ECH 2006-2017, y BPS (2018).

Las tasas de invalidez de cada sector de aportación (gráfico 19) presentan particularidades que no se observaban en la distribución de las altas por sector de aportación. Casi todos los sectores se comportan de manera bastante similar, a excepción de trabajo doméstico. Este sector presenta tasas de invalidez que prácticamente duplican a la tasa promedio en todo el período analizado. En su punto más alto, la tasa de invalidez del sector llegó a superar el 1,4% (14 por mil). Esto es consistente con la evolución del sector dado que si bien desde 2008 se incrementan más fuertemente los cotizantes, a partir de 2009 las altas jubilatorias se incrementan en mayor magnitud y eso explica la evolución de la tasa de invalidez estimada. Cabe recordar que este sector es altamente feminizado, con trabajadoras de bajos niveles educativos, reducidos ingresos relativos. Sin embargo, es un sector que ha presentado importantes cambios, ha venido participando de las rondas de negociación colectiva a partir de 2008, y los niveles de formalización del sector se han incrementado considerablemente: de acuerdo con datos del Banco de Previsión Social (BPS), se pasó de 38.569 puestos cotizantes en 2004 a 75.128 en 2017. De todas formas este incremento en términos absolutos no se reflejó en la estructura de cotizantes total por sector, que presenta cambios pero menores, donde se mantiene la participación del sector industria y comercio en más de un 60% en todo el período y trabajo doméstico se mantiene en un . Esto último implica que la variación de las tasas de invalidez del período no se explica por un cambio en la estructura de cotizantes, sino que refiere a un incremento puro de las altas jubilatorias por incapacidad en esos años con modificaciones que pueden haber promovido el acceso de sectores de menores niveles salariales.

Gráfico 19
Tasas de invalidez por mil, por sector de aportación. Incapacidad total y parcial, total país, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

D. Análisis de la información proveniente del baremo

En este apartado se analiza la información referente a la valoración de la incapacidad (baremo) y los tipos de patologías asociados a las altas jubilatorias por incapacidad total y subsidio transitorio. Esta información fue otorgada por BPS y está disponible desde 2014 a 2017, aunque en 2014 para el 50% de las altas no hay datos (cuadro 10). Esto último es importante tenerlo en cuenta en el análisis dado que entre 2015 y 2017 existen datos para el 90% y más de las altas, mientras que en 2014 esa cifra es considerablemente inferior, lo que puede empeorar la representatividad de los datos y por tanto los resultados tener menor precisión. A su vez, es importante notar que debido a que la información fue obtenida a partir de ese año, no es posible continuar el análisis vinculado a los factores que dieron lugar al incremento en las altas en el período anterior, en particular el fuerte incremento a partir de 2014. Como fue explicado en el apartado II.A las normas de valoración de la incapacidad sufrieron un cambio en 2014. La misma tiene un componente asociado al grado de incapacidad que surge de la valoración médica y otro a factores complementarios que son los siguientes cuatro: edad, tipo de tareas, nivel educativo y reinserción laboral. Sin embargo, al no tener información del período previo a 2014 no se puede explorar acerca de si estos cambios tuvieron efectos en los tipos patologías, los grados de invalidez o factores complementarios.

A continuación, se presenta el análisis de las altas de incapacidad y subsidios transitorios por tipos de patología para esos años de información disponible, y luego el análisis incorporando la información asociada a los porcentajes de invalidez y los factores complementarios. Para el análisis de los tipos de patologías se utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) que es la utilizada por BPS.

Cuadro 10

Porcentaje de altas de subsidios transitorios y jubilación por incapacidad con datos faltantes en el tipo de patologías

	Subsidio transitorio	Incapacidad	Total
2014	50	53	53
2015	8	11	10
2016	1	3	3
2017	1	7	5

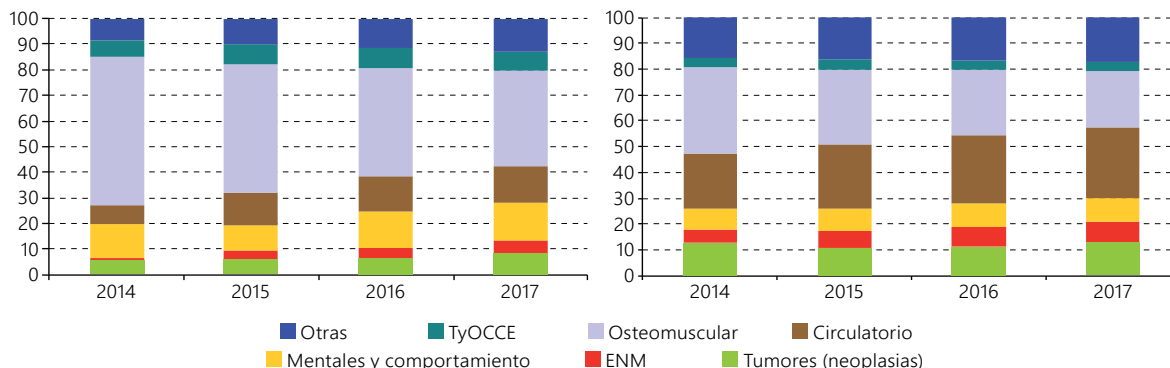
Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

La composición de las altas por tipo de patologías entre los años presentados no presenta grandes cambios, en particular se observa una reducción relativa de las patologías osteomusculares a la vez que un incremento de las enfermedades circulatorias.

Gráfico 20

Distribución de altas de subsidio transitorio (izquierda) y jubilación por incapacidad total (derecha) por tipos de patologías, 2014-2017

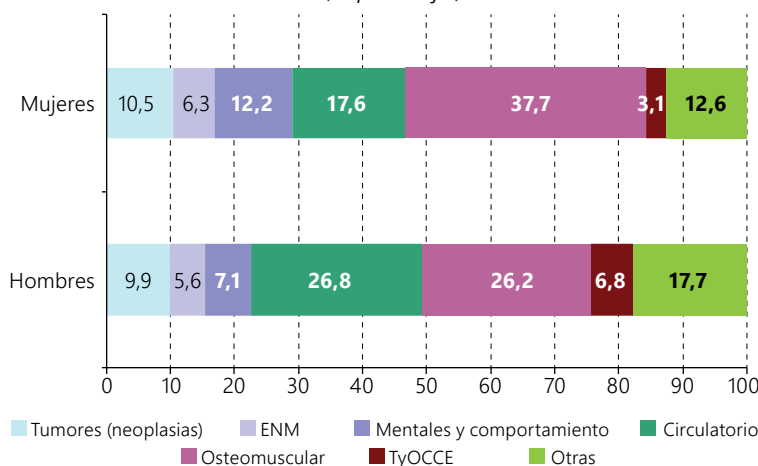
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

Las altas jubilatorias de incapacidad y subsidios transitorios en las mujeres se concentran en las patologías osteomusculares, en el caso de los hombres en las circulatorias y en segundo lugar osteomusculares. A la vez otra de las patologías que se diferencia entre hombres y mujeres, son las enfermedades mentales y de comportamiento que son más frecuentes en las mujeres, un 12% del total frente a 7% en el caso de los hombres.

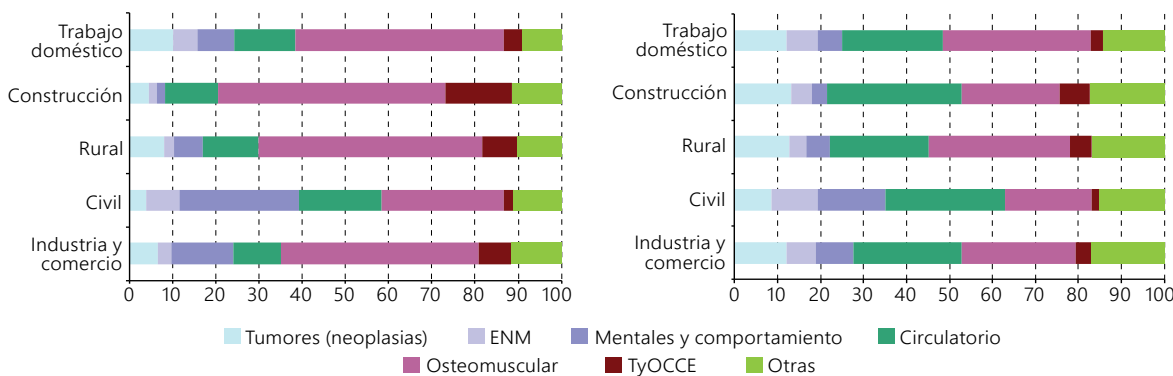
Gráfico 21
Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología según sexo, 2014 a 2017
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

Si bien se reitera lo antes señalado sobre la mayor incidencia de algunas patologías en particular asociadas al sector de jubilación, en el gráfico 22 se observan diferencias entre quiénes se jubilan por subsidio transitorio y por incapacidad total. En el primer caso son más frecuentes las patologías por temas osteomusculares, y eso se reitera para casi todos los sectores exceptuando civil que también son importantes las enfermedades mentales. Mientras que en el caso de las altas por incapacidad total adquieren también relevancia las patologías circulatorias.

Gráfico 22
Distribución de las patologías de altas de subsidio transitorio (izquierda) y jubilación por incapacidad total (derecha), según sector de aportación, 2014 a 2017
 (En porcentajes)

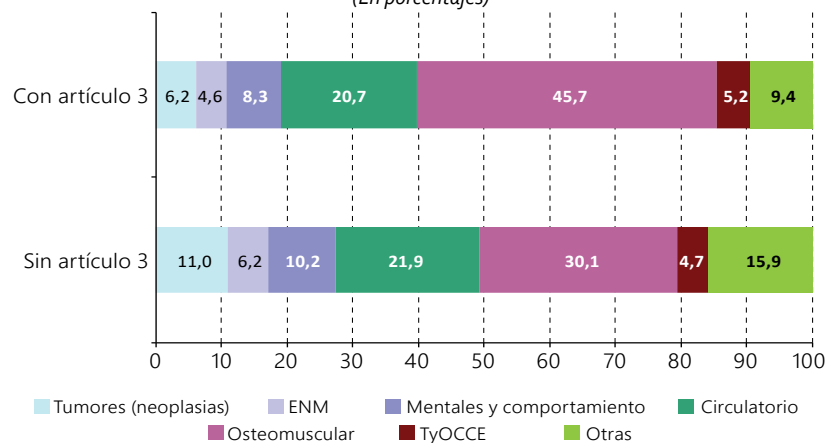


Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

Cabe resaltar que si la persona no alcanza los valores requeridos de invalidez para obtener subsidio transitorio o jubilación por incapacidad total se prevé mediante el artículo 3 del decreto 381/998 otorgarlo mediante excepciones. Para el total de las altas por incapacidad las realizadas mediante el artículo 3

representan el 16% de los casos. Se realiza el análisis de estos casos por separado y se constatan dos hechos, por un lado, que este tipo de jubilaciones de forma excepcional se concentran en mayor medida en la jubilación por incapacidad total (18% frente a 10% en subsidio transitorios). En segundo lugar, respecto al tipo de patologías casi la mitad de las que se realizan de este modo se otorgan por problemas osteomusculares¹⁵.

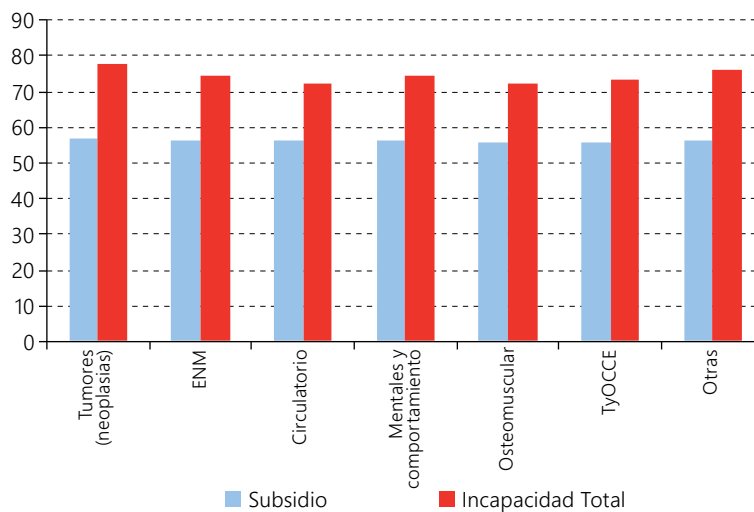
Gráfico 23
Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología, 2014 a 2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

Los porcentajes de invalidez global que son la agregación de la invalidez combinada (dictamen médico) y los factores complementarios que deciden si se otorga o no la jubilación, no presenta cambios significativos entre los años analizados. Como ya fue comentado, los valores son de 50% o más para subsidio transitorio y de 66% o más para incapacidad total. El promedio de este valor no cambia entre los años y tampoco entre las patologías, el mismo se sitúa en 56% para subsidio transitorio y 74% para incapacidad total.

Gráfico 24
Porcentajes de Invalidez global promedio del Baremos por patologías según alta jubilatoria, 2014 a 2017

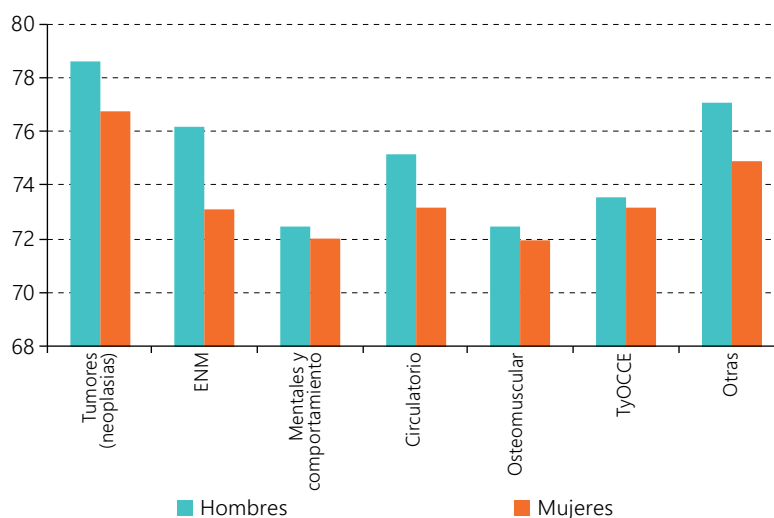


Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

¹⁵ Artículo 3 del decreto 381/998 plantea que en caso de no alcanzar el porcentaje mínimo de invalidez, "el Banco de Previsión Social podrá, en forma excepcional y por resolución fundada, conceder el referido subsidio a aquellos afiliados que 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 línea] https://www.bps.gub.uy/bps/file/3790/2/do381-998_baremo_normas_de_valoracion_grado_de_invalidez.pdf.

El porcentaje de invalidez global entre hombres y mujeres presenta algunas diferencias, siendo las mujeres las que presentan un menor valor en todas las patologías, aunque los casos donde esta diferencia es más significativa es en enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades circulatorias, tumores y otras. Cuando se descompone ese valor entre factores complementarios e invalidez combinada, las diferencias se mantienen en ambos factores, aunque en las circulatorias, tumores y otras aparece una mayor diferencia proveniente de los factores complementarios.

Gráfico 25
Porcentajes de Invalidez global promedio del Baremo para altas de incapacidad total por patologías según sexo, 2014 a 2017



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

Si bien no se puede realizar un análisis más exhaustivo de la información de las patologías con una mirada temporal de mayor alcance como lo requería este estudio, se considera que este análisis nos brinda algunos indicios descriptivos que pueden ser un puntapié inicial para seguir profundizando y generando nueva información. Tanto las diferencias de patologías por sexo, por sectores de aportación y causal como los grados de invalidez y factores complementarios del baremo, nos brindan algunos elementos generales que sería interesante poder seguir analizando en un período de tiempo más amplio, de modo de poder verificar si existe alguna tendencia o cambio en el tiempo.

E. Análisis contrafactual

En este apartado se busca cuantificar, caracterizar y estimar el costo de aquellas altas de incapacidad que no hubiesen logrado jubilarse por causal de incapacidad total o subsidio transitorio de no haber ocurrido las modificaciones. Se consideran dos tipos de modificaciones: en la forma de incorporar los factores complementarios en el baremo a partir del baremo de 2014, y la flexibilización en las condiciones de acceso a partir de la ley 18.395. A su vez, distinguimos dentro de esta última las modificaciones en el literal A de los artículos 19 y 22, el literal C del artículo 19, y la incorporación del cómputo por hijos a los años de aportes de las mujeres. Como es natural, el cálculo de un contrafactual de este tipo requiere de varios supuestos, que serán aclarados al presentar cada motivo. En cualquier caso, los resultados aquí presentados deberían tomarse como una cota inferior, dadas ciertas limitaciones de los datos utilizados.

1. Modificaciones del Baremo

En primer lugar, indagamos sobre la modificación en la forma de agregación de los factores complementarios, que se enmarcó en la revisión global del baremo de incapacidad en 2014. Recordar que los factores complementarios son elementos que no refieren directamente al grado de invalidez física o psíquica, sino que surgen en relación al tipo de actividad que realiza el individuo evaluado. Dado que la definición de incapacidad está asociada directamente a la imposibilidad de continuar trabajando con normalidad. Entran aquí: la carga psico-física de las tareas realizadas, la edad y el nivel educativo del individuo.

Una descripción más detallada de los cambios puede encontrarse en la subsección II.A, el principal cambio es el pasaje de una agregación simple de los factores complementarios a una que depende del porcentaje de incapacidad. Además, se agrega un factor adicional que contempla las “posibilidades de reinserción laboral”. Resultados preliminares mostraban que, bajo ciertos supuestos y superado un cierto umbral de invalidez psico-física, la nueva forma de incorporar los factores complementarios a la evaluación final les otorgaría un peso mayor que antes que la reforma. Es decir, era esperable que, manteniéndose el resto de las condiciones constantes, las modificaciones indujeran un mayor otorgamiento de altas, en casos que antes del cambio hubieran quedado en el margen.

Si bien una evaluación más global del baremo hubiera sido ideal, los datos limitan nuestro análisis ya que no contamos con información para ningún alta antes de 2014. Por lo tanto, no podemos hacer comparaciones con las evaluaciones realizadas con el baremo anterior.

Limitándonos entonces al período 2014-2017, en este caso buscamos identificar las altas que no hubieran conseguido la prestación si los factores complementarios se hubieran incorporado con el mecanismo vigente antes de 2014. Si bien existen datos faltantes en 1 de cada 6 altas del período, se supone que las evaluaciones faltantes hubiesen obtenido de todas formas la prestación¹⁶. Por lo que los contrafactuales presentados corresponden a una cota inferior del fenómeno.

2. Modificaciones provenientes de la ley de flexibilización

Por otro lado, se consideran flexibilizaciones introducidas en la Ley 18.305, distinguiendo entre tres categorías. Primero, se agrupan las modificaciones en el literal A del art. 19 (incapacidad total) y el literal A del art. 22 (subsido transitorio). Ambos artículos refieren a la incapacidad sobrevenida en período de actividad o inactividad compensada, y en 2009 se eliminó la exigencia de contar con seis meses de servicio en el período inmediatamente previo a la incapacidad.

Si bien es difícil contar con esta información exacta del período previo al alta de incapacidad, mediante las Historias Laborales se realiza una aproximación. Se identifican las altas que no hubieran obtenido la prestación sin la flexibilización de los literales A, en particular las que no cuentan con historia laboral en alguno de los seis meses anteriores al cese de actividad. Nuevamente, el supuesto conduce a cifras que corresponden a una cota inferior.

En segundo lugar, se consideran las modificaciones del literal C del art. 19, que afecta solo a las jubilaciones por incapacidad. Este literal contempla la incapacidad sobrevenida en el período después del cese de la actividad, exigiendo para los mayores de 25 años al menos 10 años de servicios. La redacción anterior exigía que el cese de actividad hubiera ocurrido como máximo dos años antes del otorgamiento de la prestación; la nueva redacción elimina este requisito. Como se observó en el apartado III.A las altas por este literal se incrementan fuertemente después de 2009.

Identificar este contrafactual no presentó mayores problemas: consideramos las altas cuya última aparición en el registro de historias laborales hubiera ocurrido más de dos años antes de la fecha del alta.

Por último, se considera el cómputo por hijos el cual permite a las madres registrar un año de aportes por cada hija/o con un máximo de 5 años, lo cual facilita el logro de la causal o incrementa el

¹⁶ Véase el cuadro 11 para el detalle de cómo se distribuyeron los valores faltantes por año y por causal.

monto jubilatorio. En el caso de las prestaciones por incapacidad las tasas de reemplazo están fijas, con lo que el cómputo sólo colabora en la obtención de causal. Se identifican las altas que lograron el mínimo exigido por cada uno de los literales gracias al cómputo por hijos (2 años para el lit. A, 10 años para el lit. C).

3. Resultados

El cuadro 11 sintetiza los principales resultados. Cabe resaltar que las altas totales no coinciden con la suma de cada una de las categorías: esto ocurre porque hay altas que no se hubieran configurado por más de uno de los motivos mencionados. Existe cierta superposición entre los factores complementarios, los literales y el cómputo por hijos. Son 17.719 las altas potencialmente no configurables en al menos uno de los motivos señalados entre 2009 y 2017, y equivalen a tres de cada diez de las altas por incapacidad total o parcial otorgadas en el período.

Cuadro 11
Número de altas que no hubieran obtenido la prestación sin alguna de las modificaciones, por año y motivo, 2009-2017

	Factores complementarios	Literal A	Literal C	Cómputo por hijos	Subtotal	ST como porcentaje de las altas de ese año
2009		131	352	31	492	17,3
2010		226	987	115	1 234	22,9
2011		280	949	150	1 260	20,9
2012		251	993	273	1 365	20,1
2013		242	749	135	1 028	16,9
2014	1 139	272	809	157	2 107	27,4
2015	2 756	220	836	197	3 476	38,9
2016	3 017	185	714	157	3 570	42,2
2017	2 965	100	483	77	3 187	56,6
Total	9 877	1 907	6 872	1 292	17 719	30,6

Fuente: Elaboración propia en base a altas jubilatorias (2005-2017), baremo (2014-2017) e historias laborales (1996-2017).

A su vez, las altas que no alcanzarían causal se concentran fuertemente hacia el final del período: 7 de cada 10 entre 2014 y 2017. Esto está vinculado a que en 2014 se consideran los factores complementarios como otro motivo de no configuración de causal. Más de la mitad de las altas que no alcanzan a configurar causal no habrían alcanzado el grado de incapacidad necesario si se hubieran evaluado con los factores complementarios anteriores.

Los dos motivos más importantes para que un alta no se hubiera configurado fueron los factores complementarios y las altas por literal C, aunque con dinámicas en el tiempo muy distintas. Los factores complementarios entran en consideración desde 2014 y acumulan muchas altas en cuatro años, mientras que las altas por literal C parecen mantenerse relativamente estables entre 2010 y 2015 para luego caer en 2016 y 2017. Cabe resaltar que la importante reducción en 2017 del número de altas totales por incapacidad llevo a que las altas que no configuran causal por factores complementarios ganaran mucho peso, representando más de la mitad de las altas por incapacidad de ese año.

Por otra parte, si bien el literal C no tiene un gran peso dentro de las altas por incapacidad (20%), las altas que no hubiesen configurado causal tienen una muy alta participación dentro de las altas por literal C: entre 2009 y 2017 tres de cada cuatro altas por incapacidad sobrevenida posterior al cese de actividad se configuraron gracias a la flexibilización¹⁷.

¹⁷ Véase el anexo 5 para las altas PNC en términos relativos.

Por último, se revisan si alguna de las altas que no configurarían causal cumplía con los requisitos para obtener una jubilación por causal común o por edad avanzada. Para ello se consideran las condiciones que tenía el año en que se configuró el alta por incapacidad (años de servicio y edad).

El cuadro 12 presenta el porcentaje del total de altas de cada año que no hubieran configurado causal por incapacidad total y parcial, distinguiendo aquellas que hubieran podido configurar otra causal y las que no. La última fila presenta los porcentajes sobre el total de altas. Si excluimos las personas que hubieran obtenido otra causal, una de cada cuatro altas del período no hubiera obtenido la prestación sin las modificaciones analizadas.

Cuadro 12
Porcentaje de altas de incapacidad total y parcial de cada año que no hubieran configurado causal sin las modificaciones

	Configuran otra causal	No configuran causal
2009	1,5	15,9
2010	1,2	21,7
2011	0,9	20,0
2012	0,7	19,4
2013	0,7	16,2
2014	2,4	25,1
2015	4,8	34,1
2016	6,9	35,3
2017	9,9	46,7
Total	3,5	27,2

Fuente: Elaboración propia en base a altas jubilatorias (2005-2017), baremo (2014-2017) e historias laborales (1996-2017).

4. Costo contrafactual

A continuación, se estima el costo contrafactual de las jubilaciones de no haber existido las modificaciones respecto a la jubilación por incapacidad en el período mencionadas anteriormente, el costo se evalúa en dos escenarios. En el primero (Escenario A) se considera: i) las altas que no cumplen los requisitos para acceder a la jubilación por incapacidad debido a las modificaciones sucedidas en el período, pero que cumplen los requisitos para acceder a la jubilación por causal común o edad avanzada y habrían obtenido dicha causal el año del alta, o aun no obteniendo esta jubilación se otorga la pensión por invalidez no contributiva correspondiente al año del alta; y ii) la misma situación en el escenario A pero no se otorga la pensión de invalidez para aquellos que no cumplan los requisitos (Escenario B). En cualquier caso, cabe aclarar que para evaluar los costos se estiman las tasas de reemplazo contrafactual con los requisitos de edad avanzada o común, y la pensión invalidez es la del año correspondiente¹⁸.

En el cuadro 13 se presenta el costo observado y contrafactual del total de altas generadas cada año, y la diferencia entre el costo observado y el contrafactual de cada escenario. Como es de esperar el segundo escenario lo alcanzan menos personas que el primero dado que hay 16270 personas que no obtendrían nada en el período, mientras que en el escenario uno se les otorga la pensión no contributiva. Por ese motivo, el escenario A es cercano al observado, y se puede pensar que el escenario B es un escenario contrafactual de mínima y el de A de máxima. En el anexo 5, cuadro A7 se presenta el costo observado y contrafactual en ambos escenarios de cada año.

¹⁸ En todos los casos se ajusta por el IMS de cada año a diciembre de 2017.

Cuadro 13
Costo observado de jubilación por incapacidad y subsidio transitorio, y costos contrafactuales
de dos escenarios, para cada año, 2009-2017

(En millones de pesos a diciembre 2017)

	(A) Costo contrafactual Escenario A (con pensiones)	(B) Costo contrafactual Escenario B (sin pensiones)	(C) Costo observado Incapacidad	(C- A) Diferencia costo observado respecto a costo contrafactual A	(C-B) Diferencia costo observado respecto a costo contrafactual B
2009	243 000	221 000	249 000	6 000	28 000
2010	659 000	573 000	679 000	20 000	106 000
2011	1 189 000	1 031 000	1 223 000	34 000	192 000
2012	1 838 000	1 594 000	1 893 000	55 000	299 000
2013	2 379 000	2 079 000	2 448 000	69 000	369 000
2014	3 009 000	2 620 000	3 105 000	96 000	485 000
2015	3 754 000	3 191 000	3 918 000	164 000	727 000
2016	4 509 000	3 761 000	4 746 000	237 000	985 000
2017	5 059 000	4 156 000	5 374 000	315 000	1 218 000
Total período	22 639 000	19 226 000	23 635 000	996 000	4 409 000

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2017.

La diferencia del costo contrafactual y el costo observado se incrementa cada año dado que las altas y las pensiones se acumulan. En el año 2017, la diferencia de costos para el escenario A y B alcanzaría 0.1% y 0.3% del PIB respectivamente, y un 0.71% y 2.9% respecto al Gasto total en IVS.

IV. Comentarios finales

En el presente estudio se analiza la evolución de las altas por incapacidad en el período 2005-2018 y las características de sus beneficiarios. El análisis se concentra en intentar comprender dicha evolución a la luz de los cambios sucedidos en el período 2009-2018, en particular los generados por la ley de flexibilización del año 2009, el cambio en la valoración de la incapacidad (baremo) del año 2014 y en el proceso de otorgamiento del subsidio transitorio y la jubilación por incapacidad total.

Entre 2009 y 2010 las altas por incapacidad prácticamente se duplican pero, a diferencia de las otras causales, se encaminan en una segunda senda creciente entre 2014 y 2016, alcanzando en ese año un valor tres veces mayor que los observados en vísperas de la reforma. Sin embargo, en 2017 se registra una fuerte caída y en 2018 se observa nuevamente un incremento.

La mayor parte de las altas de incapacidad total provienen del artículo 19 inciso A de la ley 16.713 (más del 50% en casi todo el período). Le sigue en importancia las altas de quienes se jubilan por el artículo 19 inciso C. Ambos presentan modificaciones en la ley 18.395, el inciso A, antes exigía la acreditación de seis meses de actividad en el período inmediatamente previo a la incapacidad y este requisito se elimina. En el caso del inciso C para acceder a la prestación por una incapacidad sobrevenida luego del cese de actividad, se exigía que esto ocurriera dentro de los dos años posteriores al cese, la nueva redacción elimina este requisito. El incremento de 2009 está asociado principalmente a ésta última modificación. Ya desde 2010 se presencia un fuerte incremento en las altas por incapacidad de personas que habían cesado de actividad hacía más de dos años: el promedio de meses desde la última cotización hasta el alta pasa de 23 meses en 2009 a 70 meses en 2010, alcanzando un máximo de 81 meses en 2015 —una variación punta a punta de más de 4 años.

Por su parte, el fuerte incremento en 2014 parecería estar asociado, por un lado, a los cambios en el procedimiento de otorgamiento de la prestación, y por otro, a los cambios en las normas de valoración de la incapacidad (baremo). En 2014 coinciden la modificación del sistema informático de registro del procedimiento, y la entrada en vigencia del nuevo baremo, habiendo culminado su proceso de revisión en 2013. Entre los cambios más importantes está la forma de ponderación de los factores complementarios —elementos que exceden al diagnóstico de patologías físicas o psíquicas y que buscan aproximar las posibilidades de reinserción laboral de los individuos, teniendo en cuenta su edad, nivel educativo, y las características de su puesto de trabajo.

Para realizar un análisis contrafactual se consideran dos motivos por los cuales las personas no habrían alcanzado el alta de incapacidad total o parcial: las modificaciones en la forma de incorporar los factores complementarios en el baremo a partir de 2014, y la flexibilización en las condiciones de acceso a partir de la ley 18.305. Dentro de esta última se distinguen las modificaciones en el literal A de los artículos 19 y 22, el literal C del artículo 19, y la incorporación del cómputo por hijos a los años de aportes de las mujeres.

De este análisis se constata que tres de cada diez de las altas en el período 2009–2017 podrían no haberse configurado, por al menos uno de los tres motivos señalados; equivalen a 17.719 altas. A su vez, las altas que no alcanzarían a configurar causal se concentran fuertemente hacia el final del período: casi 70% de estas altas se configuraron entre 2014 y 2017. Esto está vinculado a que en 2014 se consideran los factores complementarios como otro motivo de no configuración de causal. Más de la mitad de las altas que potencialmente no hubieran configurado causal no habrían alcanzado el grado de incapacidad necesario si se hubieran evaluado con los factores complementarios del baremo anterior.

El análisis descriptivo realizado mediante la información de altas jubilatorias y las historias laborales nos otorgan una primera caracterización y ciertos indicios que explican los cambios en el período. A la vez, sólo se cuenta con información desagregada del baremo a partir de 2014, lo que no permite realizar un análisis más exhaustivo y con una mirada temporal de mayor alcance como lo requería este estudio. Se considera que el análisis realizado mediante la información de patologías y valoración de la incapacidad médica nos brinda algunos indicios generales para cuatro años que pueden ser un puntapié inicial para seguir generando nueva información de relevancia para poder continuar estudiando el tema.

En ese sentido, del análisis surgen algunos temas pertinentes para seguir profundizando. En primer lugar, poder contar con información del baremo que abarque un lapso más largo de tiempo sería necesario para terminar de comprender la evolución de las altas en el período. Tanto los registros médicos como los administrativos brindan información de interés debido a que han atravesado importantes modificaciones en el período, que no pueden ser ajenos a la dinámica que presentan las altas en los últimos años. Este tipo de registros permitirían realizar una evaluación más exhaustiva de la valoración actual para los tipos de patologías y los riesgos expresados en los factores complementarios. Eso puede ayudar a mejorar la valoración de la incapacidad en general teniendo en cuenta otros elementos asociados a los tipos de patologías que cambian en el tiempo. En segundo lugar, se requiere un mayor análisis en el pasaje de la prestación parcial de las jubilaciones de incapacidad (subsidio transitorio) a la jubilación por incapacidad total; esto se vincula también con la valoración del baremo realizada en el momento de renovar o denegar la prestación total. Por último, sería interesante poder analizar un esquema de tasas de reemplazo diferenciales de acuerdo a la valoración de la incapacidad y los factores complementarios.

Bibliografía

- Amarante, Verónica, y Andrés Dean. 2017. *Estudio sobre el subsidio por enfermedad en Uruguay*. Serie Estudios y Perspectivas 32. Santiago de Chile: CEPAL.
- Arenas, Alberto. 2018. "Nuevas tendencias en las reformas de los sistemas de pensiones en América Latina". En *Panorama Social de América Latina 2017*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Autor, Autor, David H, Mark G Duggan, y Jonathan Gruber. 2012. "Moral hazard and claims deterrence in private disability insurance". *National Bureau of Economic Research Working Paper No. 18172* (junio).
- Autor, D. H., y M. G. Duggan. 2003. "The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment". *The Quarterly Journal of Economics* 118 (1): 157–206. <https://doi.org/10.1162/00335530360535171>.
- Autor, David H, y Mark G Duggan. 2006. "The Growth in the Social Security Disability Rolls: A Fiscal Crisis Unfolding". *Journal of Economic Perspectives* 20 (3): 71–96.
- Autor, David, Nicole Maestas, Kathleen Mullen, y Alexander Strand. 2011. "Does Delay Cause Decay? The Effect of Administrative Decision Time on the Labor Force Participation and Earnings of Disability Applicants". *University of Michigan Research Center WP 2011-258* (septiembre).
- Banco Mundial - CEPAL. 2016. *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Barr, Nicholas, y Peter Diamond. 2006. "The Economics of Pensions". *Oxford Review of Economic Policy* 22 (1): 15–39. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grj002>.
- Belliard, Matías, Marcelo De Biase, y Carlos Grushka. 2007. "La Invalidez en el Sistema Previsional Argentino". En *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Huerta Grande, Córdoba: Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
- Black, Dan, Kermit Daniel, y Seth Sanders. 2002. "The Impact of Economic Conditions on Participation in Disability Programs: Evidence from the Coal Boom and Bust". *The American Economic Review* 92 (1): 27–50.
- Borghans, Lex, Anne Gielen, y Erzo Luttmer. 2012. "Social Support Substitution and the Earnings Rebound: Evidence from a Regression Discontinuity in Disability Insurance Reform". *American Economic Journal: Economic Policy* 6 (4): 34–70.
- Caetano, Marcelo Abi-Ramia. 2014. "Recent History, Perspectives and Challenges to Pension Policy: The Brazilian Case". En *Reforming Pensions in Developing and Transition Countries*, editado por Katja Hujo, 127–57. London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137396112_5.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2018). *Panorama Social de América Latina 2017*. Santiago de Chile.

- Chen, Susan, y Wilbert van der Klaauw. 2008. "The Work Disincentive Effects of the Disability Insurance Program in the 1990s". *Journal of Econometrics* 142 (2): 757–84. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2007.05.016>.
- Colacce, Maira, y Pilar Manzi. 2017. *El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. Serie Estudios y Perspectivas 27. Santiago de Chile: CEPAL.
- Duggan, Mark, y Scott A Imberman. 2009. "Why Are the Disability Rolls Skyrocketing? The Contribution of Population Characteristics, Economic Conditions, and Program Generosity". En *Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability among the Elderly*, 337–79. National Bureau of Economic Research.
- Duggan, Mark, Perry Singleton, y Jae Song. 2007. "Aching to Retire? The Rise in the Full Retirement Age and Its Impact on the Social Security Disability Rolls". *Journal of Public Economics* 91 (7–8): 1327–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2006.12.007>.
- Gruber, Jonathan. 2000. "Disability insurance benefits and labor supply". *The Journal of Political Economy* 108 (6): 1162–83.
- Gruber, Jonathan, y Jeffrey D. Kubbik. 1994. "Disability insurance rejection rates and the labor supply of older workers". *National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper Series, Working Paper No. 4941* (noviembre).
- Harper, Sarah. 2014. "Economic and social implications of aging societies". *Science* 346 (6209): 587–91. <https://doi.org/10.1126/science.1254405>.
- Høgelund, Jan. 2003. "Disability policies under pressure". En *In Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of the Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kerr, Dana A, y Bert J Smoluk. 2011. "Macroeconomic Influences on Social Security Disability Insurance Application Rates". *Journal of Insurance Issues* 34 (2): 112–50.
- Lavalleja, Martín, Ianina Rossi, y Victoria Tenenbaum. 2018. *La flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones en el Uruguay*. Serie Estudios y Perspectivas 30. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lazo, Alicia Mariella, y Nadya Camerosano. 2016. "Tasas de altas de jubilación por incapacidad total". *Asesoría General en Seguridad Social* Comentarios de Seguridad Social No. 51: 113–21.
- León-Espinoza, Diana. 2018. "La seguridad social en Costa Rica". Fundación Friedrich Ebert.
- Maestas, Nicole, Kathleen J Mullen, y Alexander Strand. 2015. "Disability Insurance and the Great Recession". *The American Economic Review, Working Paper*, 105 (5): 177–82.
- Santos, Silvia, y A. Inés Nuñez. 2015. "Prestaciones y servicios para personas con discapacidad. Actualización con datos al 2013". *Asesoría General en Seguridad Social*. Comentarios de Seguridad Social No. 47: 51–118.
- Tenenbaum, Victoria, y Martín Lavalleja. 2017. *Seguridad social en el Uruguay*. Serie Estudios y Perspectivas 30. Santiago de Chile: CEPAL.
- Van de Water, Paul N. 1979. "Disability Insurance". *The American Economic Review* 69 (2): 275–78.
- Wachter, Till von, Jae Song, y Joyce Manchester. 2011. "Trends in Employment and Earnings of Allowed and Rejected Applicants to the Social Security Disability Insurance Program". *American Economic Review* 101 (7): 3308–29. <https://doi.org/10.1257/aer.101.7.3308>.

Anexos

Anexo 1

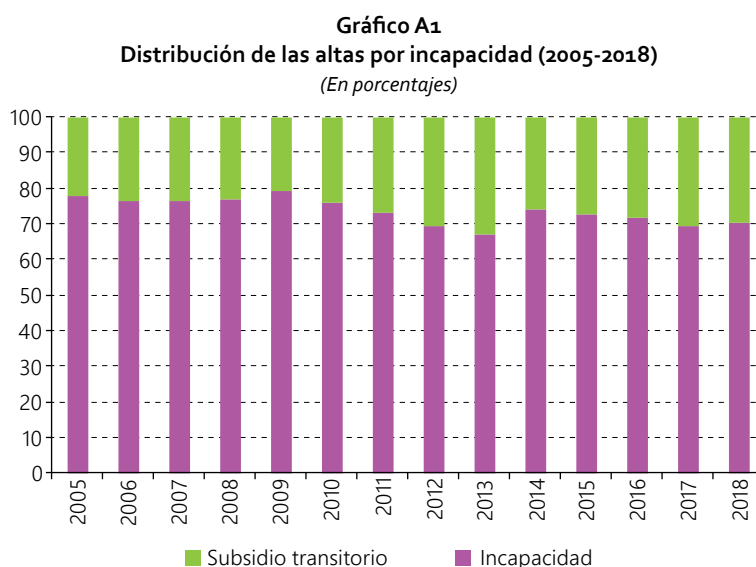
Definiciones del Baremo. Normas para la valoración del grado de invalidez, revisión 2006, versión 02/2014

- **Impedimento:** se refiere a una enfermedad; a una disminución física o psíquica; a una anomalía anatómica; a una pérdida anatómica, funcional o psíquica.
- **Impedimento Permanente:** es la situación en la cual un "impedimento" permanece estable e irreversible después de haberse agotado los medios curativos y de rehabilitación de que se disponga en forma habitual en el territorio de la República Oriental del Uruguay. Un impedimento permanente debe ser considerado como tal, cuando se considere que el mismo (con o sin tratamiento médico), no presentará una variación sustancial (>3%) durante el próximo año. Si un impedimento no es considerado como permanente, de acuerdo a estos considerandos, no deberá ser tenido en cuenta a fin de ser evaluado por éstas normas.
- **Invalidez** (a los fines de esta norma): es un concepto más amplio que el de impedimento. Se refiere a una definición o decisión técnico-administrativa, respecto de cuándo un impedimento asociado a los llamados factores complementarios (edad, puesto de trabajo, nivel cultural), producen una pérdida en la capacidad de la persona que le impide realizar un trabajo compatible con sus capacidades remanentes, en forma total o parcial.
- **Incapacidad severa:** "es aquella en la cual el grado de las limitaciones físicas o psíquicas, hace necesario que quien las presente necesite la ayuda de una tercera persona para valerse en las actividades comunes de la vida como el asearse, vestirse, alimentarse, desplazarse, y/o cumplir con todas las etapas del relacionamiento social en todos los órdenes.

Anexo 2

Caracterización adicional de las altas jubilatorias

La distribución de altas entre subsidio transitorio e incapacidad total es bastante estable en el período (gráfico A1). Se presenta un leve incremento relativo de los subsidios transitorios después de 2009 y hasta 2014, año donde sucede el pico de altas por incapacidad total, y a partir de ese año existe nuevamente un leve aumento de los subsidios transitorios para luego mantenerse relativamente estable la distribución hasta el final del período.



Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS.

Cuadro A1
Estructura por tramos de edad de altas por incapacidad parcial (subsidio transitorios)

Tramo de edad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menores de 25	1,5	1,2	1,6	1,2	0,8	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	1,1	1,5	1,9	1,3
Entre 25 y 29	3,2	2,1	0,9	2,4	2,4	2,2	2,8	2,4	1,6	2,2	2,6	2,7	1,9	2,0
Entre 30 y 34	2,6	5,0	3,0	4,7	5,1	4,1	4,0	3,4	3,5	3,4	3,8	4,2	3,8	3,6
Entre 35 y 39	6,6	6,7	8,6	6,3	8,5	8,3	6,8	6,0	6,3	7,9	6,9	7,4	6,9	5,7
Entre 40 y 44	12,6	12,9	10,2	9,8	10,7	10,6	9,9	8,7	9,7	11,5	10,1	11,1	10,5	11,3
Entre 45 y 49	18,4	15,7	17,4	17,8	20,5	16,8	19,8	15,3	14,4	14,8	16,6	15,2	12,7	16,0
Entre 50 y 54	22,7	23,2	25,2	26,4	26,6	25,4	24,3	23,2	25,7	24,2	22,8	23,0	23,0	20,1
Entre 55 y 59	32,5	33,2	33,1	31,3	25,5	31,6	31,4	39,8	37,6	34,8	36,0	34,5	38,9	39,9
Entre 60 y 64				0,2			0,2	0,4	0,3	0,4		0,3	0,3	0,2
Entre 65 y 69														
70 y mayores											0,0	0,0		
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

Cuadro A2
Estructura por tramos de edad de altas por incapacidad total

Tramo de edad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menores de 25	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2
Entre 25 y 29	1,1	1,0	0,9	0,9	0,5	0,6	0,7	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,3	0,4
Entre 30 y 34	2,2	1,1	1,6	1,5	1,3	1,2	0,9	0,7	0,6	0,7	0,9	0,7	0,7	0,8
Entre 35 y 39	2,3	1,5	1,8	2,0	2,0	1,7	1,6	1,4	1,1	1,6	1,5	1,3	0,9	1,6
Entre 40 y 44	5,8	4,6	4,0	3,9	3,3	2,7	3,1	2,3	2,6	3,1	3,3	2,9	2,5	3,0
Entre 45 y 49	9,8	9,2	9,0	7,9	6,2	6,1	7,2	5,3	5,2	5,9	5,6	4,7	4,9	5,0
Entre 50 y 54	16,1	15,4	13,8	13,2	13,0	12,5	14,7	13,5	12,2	13,6	13,6	12,9	10,6	10,5
Entre 55 y 59	31,4	30,8	28,0	30,3	23,3	26,8	26,9	26,9	27,3	28,4	30,1	28,1	23,9	23,9
Entre 60 y 64	21,0	24,6	27,4	26,2	32,9	32,6	29,7	34,2	33,9	34,6	32,4	35,6	42,5	40,5
Entre 65 y 69	7,5	8,8	10,1	11,1	13,8	12,6	11,7	12,3	12,8	9,1	9,4	10,5	10,5	11,0
70 y mayores	2,6	2,7	3,1	2,8	3,4	3,2	3,0	2,9	3,6	2,3	2,3	2,6	3,3	3,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a Altas jubilatorias BPS 2005-2018.

Anexo 3

Cambios en la valoración de los factores complementarios – comparación baremo 2003 – 2013

En primer lugar, se realiza la valoración estrictamente médica del grado de incapacidad. Si la afectación se presenta en un solo un órgano o sistema, la valoración que corresponda a dicha patología es el porcentaje de incapacidad médica.

En caso de que se verifique la afectación de distintos órganos o sistemas, se sigue el criterio de capacidad residual. Es decir, sean a , b y c los porcentajes de afectación de tres órganos o sistemas,

$$\% \text{ incapacidad médica} = a + b(1 - a) + c(1 - a - b); a, b, c \in (0, 1)$$

Extender el cálculo a más órganos o sistemas puede hacerse siguiendo el mismo patrón.

A continuación, se adicionan los factores complementarios. En la versión 2003 del baremo, se tenían en cuenta la edad, el nivel educativo, y el tipo de tareas desempeñadas en el trabajo, y podían pesar en conjunto un máximo de 15%. En cuanto a su incorporación a la valoración final de incapacidad, los factores complementarios se adicionaban de forma lineal. Llamemos x al grado de incapacidad médica, y fc a la suma de los factores complementarios,

$$\% \text{ incapacidad}_{2003} = x + fc; fc \in (0, .15)$$

En la edición de 2013, cambia tanto el porcentaje asignado a los factores complementarios como su forma de agregación. Además de la edad, el nivel educativo y las tareas desempeñadas, aparece un nuevo ítem: la probabilidad de reinserción laboral¹⁹. A su vez, cambian los puntos asignados a cada categoría y el máximo de la suma de los factores complementarios aumenta a 35%. En el cuadro 2 puede verse una comparación detallada de las modificaciones.

La nueva forma de incorporar los factores complementarios es la siguiente:

$$\% \text{ incapacidad}_{2013} = x (1 + fc); fc \in (0, .35)$$

Surge la pregunta: ¿cuándo es mayor la valoración por un método que por el otro? ¿pueden alcanzarse conclusiones no ambiguas al respecto? La respuesta parecería ser no, pero veamos por qué.

Imaginemos un individuo que alcanza el máximo puntaje en ambas escalas de factores complementarios; podría tratarse, por ejemplo, de una persona con 56 años de edad, primaria incompleta, que realizaba tareas de alta carga psico-física, y con nulas posibilidades de reinserción laboral. Queremos averiguar: ¿Cuáles son los valores de incapacidad médica en que incorporar los factores complementarios con la fórmula nueva resulta en grado de incapacidad mayor que con la fórmula vieja. Queremos resolver x tal que:

$$\begin{aligned} x(1 + 0.35) &\geq x + 0.15 \\ \Leftrightarrow x &\geq \frac{0.15}{0.35} \cong 0.429 \end{aligned}$$

Podemos afirmar que si en ambas escalas de factores complementarios se obtiene el máximo puntaje, cuando el grado de incapacidad estrictamente médica supera el 43%, la valoración de 2013 dará por resultado un mayor grado de incapacidad que la de 2003.

El resultado se mantiene si suponemos que el cambio en la evaluación de los factores complementarios fue únicamente un cambio de escala. Es decir, si para pasar de una escala a otra bastara con multiplicar por un factor fijo; si, por ejemplo, alcanzar el 50% de los 15 puntos de factores complementarios en 2003 fuese equivalente a alcanzar el 50% de los 35 puntos de factores complementarios en 2013. De ser así, podríamos plantear:

¹⁹ No queda claro como se evalúa éste ítem, sino teniendo en cuenta las otras tres categorías (edad, nivel educativo, tareas desempeñadas). Esto podría sugerir que incorporar la probabilidad de reinserción laboral introduce cierta correlación entre las categorías.

$$x(1 + 0.35 p) \geq x + 0.15 p$$

$$\Leftrightarrow x \geq \frac{0.35 p}{0.15 p} = \frac{0.35}{0.15} \cong 0.429$$

El problema radica en que la relación entre las escalas es discontinua y no lineal. Tomemos por ejemplo, un individuo de 53 años, con primaria completa y mediana carga psico-física; agreguemos que esto implicaría bajas posibilidades de reinserción laboral. Los puntajes asignados por cada una de las escalas serían:

	Baremo 2003	Baremo 2013
53 años de edad	3	10
Primaria completa	3	8
Mediana carga psico física	4 a 5	4 a 6
Bajas posibilidades de reins.	-	3
Total FC	10 a 11 (66 a 73% de 15)	25 a 27 (71 a 77% de 35)

En este caso, la valoración nueva será mayor que la vieja para todos los valores de x que cumplan

$$x \geq \frac{.10}{.25} = .40 \text{ ó } x \geq \frac{.11}{.27} = .407$$

Es decir, para grados de incapacidad médica mayores de 40%, la valoración obtenida con el nuevo baremo será mayor que la que se obtendría de haber utilizado el baremo de 2003.

Por otro lado, consideremos otro ejemplo: un individuo de 35 años, con secundaria completa, que realiza cargas de alta carga psico-física; supongamos que por ser joven y tener nivel educativo relativamente alto, tiene medianas posibilidades de reinserción laboral.

	Baremo 2003	Baremo 2013
35 años	0	3
Secundaria completa	1	4
Alta carga psico-física	6 a 7	7 a 10
Medianas posib. de reins.	-	1
	8 a 9 (53 a 60% de 15)	15 a 18 (43 a 51% de 35)

En este caso, la condición que debe cumplir será

$$x \geq \frac{.08}{.15} = .533 \text{ ó } x \geq \frac{.09}{.18} = .5$$

Es decir para grados de incapacidad médica de hasta 50% (53%), adicionar los factores complementarios de la forma planteada en el baremo de 2003 resultará en un grado de incapacidad global mayor que si se utilizara la forma planteada en el baremo de 2013.

Lo que buscamos retratar con estos ejemplos es que la relación entre la forma de cálculo de los factores complementarios no es lineal. No podemos encontrar una regla libre de ambigüedades para definir cuando un caso será valuado con mayor porcentaje mediante uno u otro mecanismo. Para saber efectivamente cómo se comparan las dos valoraciones en un caso específico, es necesario estudiar las particularidades de dicho caso.

No obstante lo cual, si tuviésemos que enunciar algún principio general, podríamos afirmar que:

- d) Si el grado de incapacidad médica es aproximadamente menor a 40%, seguramente la valoración final sea mayor en el baremo de 2003.

- e) Si el grado de incapacidad médica es aproximadamente mayor a 50%, seguramente la valoración final sea mayor en el baremo de 2013.
- f) Si el grado de incapacidad médica se encuentra entre 40% y 50%, la definición dependerá de los particulares de cada caso.
- g) Más allá del punto de corte —el grado de invalidez donde una valoración pasa a ser mayor que la otra—, podemos afirmar que a medida aumenta la distancia de éste, aumenta la brecha entre las valoraciones.

En conclusión, parecería que la forma de agregación del baremo de 2003 sería más benevolente para grados bajos de incapacidad, mientras que el baremo de 2013 lo sería con los grados altos de incapacidad. Lo segundo podría tener implicancias importantes: los factores complementarios pueden determinar si un individuo obtiene o no la jubilación por incapacidad cuando su grado de incapacidad médica es mayor a 50%; y parecería que en este punto el nuevo baremo resulta en grados de incapacidad mayores que la versión anterior. No podemos llegar a conclusiones similares para los grados de invalidez médica entre 40 y 50%, donde los factores complementarios determinan si un individuo accede al subsidio transitorio. En este rango, las conclusiones dependerán de cada caso; no obstante, por lo visto en (iv), es probable que las diferencias no sean de gran magnitud.

Sería interesante comprobar estas afirmaciones con los datos, pero no disponemos de información sobre los dictámenes médicos ni los factores complementarios.

Anexo 4

Distribución de las altas por departamento

En el cuadro A3 se muestran las tasas de invalidez de cada departamento: el número de altas por incapacidad (total y parcial) respecto al número de cotizantes en cada departamento. Parecería que el patrón reconocido en el total de altas también se observa individualmente en cada departamento: una forma de U invertida con su máximo entre 2015 y 2016, y una disminución en 2017. Podría ser que este patrón se vislumbre con más fuerza en los departamentos del sur y, en menor medida, del litoral. Sin embargo, la diferencia con el promedio no parece ser demasiado importante.

Cuadro A3
Tasas de invalidez por mil, por departamento, 2009-2017^a

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Montevideo	1,7	3,1	3,0	3,8		4,8	5,3	5,1	3,4
Artigas	1,9	2,6	2,6	3,9		4,3	7,1	8,1	4,7
Canelones	2,0	3,6	3,6	4,7		6,4	7,2	6,9	4,6
Cerro Largo	1,2	2,3	2,9	4,2		4,2	5,8	6,4	3,6
Colonia	2,3	3,2	3,6	5,1		5,8	9,2	7,2	4,6
Durazno	1,2	1,8	2,5	3,6		3,4	5,8	5,1	3,9
Flores	1,9	4,1	3,5	4,0		3,3	4,6	4,6	3,0
Florida	2,3	2,8	2,9	4,6		5,0	7,7	6,0	5,1
Lavalleja	1,8	3,4	3,7	5,3		6,0	6,7	7,6	3,9
Maldonado	2,1	3,4	3,1	4,4		5,2	6,6	6,4	4,1
Paysandú	1,1	3,6	4,7	6,1		6,7	8,3	7,0	4,2
Río Negro	1,4	2,8	3,0	3,9		4,3	4,9	4,6	3,2
Rivera	1,1	1,6	2,5	3,3		3,7	5,1	5,7	4,1
Rocha	2,5	2,1	3,4	4,1		6,1	7,6	7,4	5,2
Salto	1,5	2,5	2,8	5,1		4,5	5,5	5,3	3,8
San José	1,8	3,7	3,4	4,1		5,8	5,5	5,3	3,8
Soriano	1,7	2,8	2,9	4,8		6,2	6,7	6,8	3,0
Tacuarembó	2,0	2,3	2,3	3,0		3,5	4,5	5,0	2,8
Treinta y Tres	2,9	3,4	4,3	6,1		6,1	6,4	7,2	3,7

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

^a Antes de 2009 las altas no cuentan con información sobre el departamento en que se efectuaron. A su vez, en 2013 los subsidios transitorios no están clasificados por departamento, con lo que no es posible calcular la tasa de invalidez para ese año —ya que en el cálculo se incorporan las altas de incapacidad total y parcial.

Cuadro A4
Distribución de las altas por incapacidad por departamentos, 2009-2017^a

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Montevideo	44,7	43,2	44,4	44,3	46,1	44,8	42,3	42,3	42,2
Artigas	1,8	1,6	1,4	1,5	1,4	1,2	1,7	1,9	1,9
Canelones	16,5	17,2	17,0	16,0	16,0	18,3	18,1	18,7	18,3
Cerro Largo	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,3	1,6	1,6	1,5
Colonia	4,7	4,4	4,3	4,2	3,3	4,1	5,4	4,4	4,2
Durazno	1,0	1,0	1,3	1,2	1,2	1,1	1,4	1,2	1,6

Cuadro A4 (conclusión)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Flores	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,5	0,5	0,5	0,6
Florida	2,6	2,1	2,0	2,0	1,4	1,9	2,3	1,9	2,5
Lavalleja	1,7	1,9	2,0	2,1	2,2	1,9	1,7	1,8	1,3
Maldonado	5,5	5,8	4,7	5,8	5,9	5,7	5,7	5,9	6,1
Paysandú	2,0	4,1	4,3	4,0	3,6	3,7	3,7	3,2	3,0
Río Negro	1,1	1,4	1,2	1,3	1,5	1,4	1,1	1,2	1,2
Rivera	1,3	1,1	1,5	1,8	2,1	1,5	1,9	2,1	2,1
Rocha	2,4	1,7	1,8	1,6	1,9	2,0	2,1	2,1	2,5
Salto	2,5	2,6	2,8	3,7	3,0	2,6	2,7	2,9	2,7
San José	3,2	3,8	3,5	3,1	2,9	3,2	2,8	2,9	3,3
Soriano	2,3	2,4	2,1	2,1	2,1	2,3	2,4	2,2	1,5
Tacuarembó	2,4	1,5	1,5	1,4	1,9	1,4	1,3	1,7	1,5
Treinta y tres	1,7	1,4	1,6	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,1
Exterior	0,5	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,8
	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

^a Antes de 2009 no se cuenta con información de altas por departamento.

Cuadro A5
Variación interanual de las altas por incapacidad por departamento, 2010-2017
(En porcentajes)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Montevideo	77	10	6	-10	36	8	-6	-36
Artigas	61	-9	20	-24	20	65	8	-38
Canelones	90	6	1	-13	59	14	-4	-37
Cerro Largo	97	18	10	-18	16	44	-4	-39
Colonia	72	4	6	-33	74	51	-24	-39
Durazno	83	33	4	-19	30	52	-20	-14
Flores	100	-6	6	-14	-13	19	0	-22
Florida	49	-1	9	-40	86	39	-20	-17
Lavalleja	100	17	9	-6	18	2	-2	-51
Maldonado	93	-14	33	-12	36	15	-4	-33
Paysandú	271	14	-2	-22	42	15	-19	-40
Río Negro	136	-8	15	-3	30	-6	1	-35
Rivera	62	45	22	2	-2	46	7	-35
Rocha	32	13	-6	4	48	19	-7	-23
Salto	89	15	44	-31	21	21	1	-40
San José	117	-1	-6	-19	54	-2	0	-28
Soriano	94	-6	9	-15	51	18	-14	-56
Tacuarembó	15	8	-6	19	5	8	23	-44
Treinta y tres	53	24	-13	-14	28	12	1	-46
Total	82	8	7	-13	39	14	-6	-36

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Anexo 5

Caracterización adicional de los contrafactuales

Cuadro A6
Porcentaje de altas que no hubieran obtenido la prestación sin alguna de las modificaciones,
por año y motivo, 2009-2017

	Factores comp. ^a	Literal A ^b	Literal C ^c	Cómputo por hijos ^d	Subtotal	Otra causal	Total
2009		6,7	77,5	2,3	17,3	1,5	15,9
2010		6,3	81,6	4,3	22,9	1,2	21,7
2011		6,7	80,7	5,0	20,9	0,9	20,0
2012		5,3	77,9	8,2	20,1	0,7	19,4
2013		5,7	77,7	4,6	16,9	0,7	16,2
2014	14,8	4,8	72,9	4,1	27,4	2,4	25,1
2015	30,9	3,9	75,9	5,2	38,9	4,8	34,1
2016	35,7	3,4	67,4	4,5	42,2	6,9	35,3
2017	52,6	2,9	71,1	3,8	56,6	9,9	46,7
Total	32,2	4,9	76,1	4,9	30,6	3,5	27,2
Altas consideradas	30 706	38 878	9 027	26 422	57 834	57 834	57 834

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

^a Sobre altas de incapacidad (total o parcial) en el año.

^b Sobre altas que se jubilaron mediante literal A en el año.

^c Sobre altas que se jubilaron mediante literal C en el año.

^d Sobre altas de mujeres que se jubilaron por art.19 literal A, art. 19 literal C, o art. 22 lit. A; en el año.

Cuadro A7
Costo observado de jubilación por incapacidad y subsidio transitorio, y costos contrafactuales de dos escenarios,
para cada año, 2009-2017
(En millones de pesos a diciembre de 2017)

	(A) Costo contrafactual Escenario A (con pensiones)	(B) Costo contrafactual Escenario B (sin pensiones)	(C) Costo observado Incapacidad	(C- A) Diferencia costo observado respecto a costo contrafactual A	(C-B) Diferencia costo observado respecto a costo contrafactual B
2009	243 000	221 000	249 000	6 000	28 000
2010	416 000	352 000	430 000	14 000	78 000
2011	530 000	458 000	544 000	14 000	86 000
2012	649 000	563 000	670 000	21 000	107 000
2013	541 000	485 000	555 000	14 000	70 000
2014	630 000	541 000	657 000	27 000	116 000
2015	745 000	571 000	813 000	68 000	242 000
2016	755 000	570 000	828 000	73 000	258 000
2017	550 000	395 000	628 000	78 000	233 000

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Anexo 6

Altas de 2018

Sobre el final de este estudio el BPS nos proporcionó las altas jubilatorias de 2018. A continuación, se presenta nuevamente la evolución de las altas incorporando este último año.

Se observa que las altas por incapacidad y subsidios transitorios en 2018 retoman el crecimiento tras la caída de 2017, volviendo a niveles similares a los del trienio 2014-2016. La composición por sexo y sectores no cambia de forma sustancial.

Por otra parte, parecerían haber ciertas continuidades con 2017 al analizar las altas provenientes de los diferentes artículos y literales. Desde 2015 se observa una tendencia decreciente en la participación de las altas de incapacidad provenientes del art. 19 lit. A (incapacidad sobrevenida en período de actividad), cuyo correlato fue la duplicación de la importancia de las altas por art. 24 (individuos con subsidio transitorio que cumplieron 60 años), pasando de alrededor de 15 a 30% de las altas por incapacidad. En 2017 fue el momento en que esta dinámica alcanzó su punto mayor, con las altas por lit. A alcanzando su mínimo de participación hasta la fecha (46.5%) y las altas por art. 24 su máximo (35.1%). En 2018, la participación de las altas por lit. A cayó aún más (46.0%) y la de las altas por art. 24 se mantuvo relativamente estable (32.5%).

Cuadro A8
Altas por causal, por año, 2005-2018

	Subsidio transitorio	Edad avanzada	Incapacidad	Vejez
2005	533	1 827	1 856	8 488
2006	581	2 022	1 858	8 475
2007	568	2 313	1 824	9 700
2008	664	2 864	2 203	11 785
2009	591	4 895	2 246	17 477
2010	1 296	10 108	4 098	18 908
2011	1 619	8 558	4 407	17 938
2012	2 095	6 859	4 698	17 655
2013	2 010	5 553	4 068	15 245
2014	2 008	5 510	5 669	15 384
2015	2 445	6 093	6 487	16 738
2016	2 391	5 780	6 071	17 521
2017	1 728	5 696	3 907	17 551
2018	2 255	5 257	5 366	18 829
Total	20 784	73 335	54 758	211 694

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Cuadro A9
Altas por sexo por causal, por año, 2005-2018
(En porcentajes)

	Incapacidad		Total	Subsidio transitorio		Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
2005	43,3	56,7	100	52,7	47,3	100
2006	39,8	60,2	100	52,4	47,6	100
2007	39,1	60,9	100	51,3	48,7	100
2008	36,9	63,1	100	48,0	52,0	100
2009	38,4	61,6	100	46,7	53,3	100
2010	35,8	64,2	100	45,9	54,1	100

Cuadro Ag (conclusión)

	Incapacidad		Total	Subsidio transitorio		Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
2011	38,0	62,0	100	46,0	54,0	100
2012	37,1	62,9	100	48,0	52,0	100
2013	35,2	64,8	100	48,1	51,9	100
2014	36,9	63,1	100	44,9	55,1	100
2015	39,3	60,7	100	44,2	55,8	100
2016	41,7	58,3	100	46,7	53,3	100
2017	45,3	54,7	100	49,3	50,7	100
2018	44,6	55,4	100	49,8	50,2	100
Total	39,5	60,5	100	47,4	52,6	100

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Cuadro A10
Participación de los sectores de aportación en las altas de incapacidad (total y parcial) de cada año, 2005-2018

	Industria y Comercio	Civil	Rural	Construcción	Trabajo doméstico
2005	54,9	11,8	20,1	4,7	8,6
2006	55,6	10,6	19,9	4,6	9,3
2007	54,3	12,5	19,7	4,5	9,1
2008	53,4	13,8	18,5	4,5	9,8
2009	53,5	11,8	18,2	5,5	11,0
2010	55,7	8,9	18,7	5,5	11,2
2011	56,9	11,0	16,2	5,6	10,4
2012	53,6	14,8	14,5	5,9	11,2
2013	54,0	16,2	14,1	5,7	10,1
2014	56,9	13,3	13,1	5,9	10,7
2015	56,6	13,3	12,1	6,5	11,5
2016	56,2	14,9	12,2	6,2	10,5
2017	57,9	16,6	10,4	6,1	9,0
2018	60,6	13,6	10,9	5,7	9,3
Total	56,2	13,4	14,4	5,7	10,3

Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Cuadro A11
Participación de los artículos/literales en las altas de cada causal, por año, 2005-2018
(En porcentajes)

	Incapacidad total				Total	Subsidios transitorios		Total
	Art. 19 lit. A	Art. 19 lit. B	Art. 19 lit. C	Art. 24		Art. 22 lit A	Art. 22 lit. C	
2005	64,8	3,2	9,7	22,3	100	92,8	7,2	100
2006	57,2	4,3	8,7	29,8	100	94,2	5,8	100
2007	59,0	3,1	8,1	29,9	100	93,1	6,9	100
2008	60,1	3,2	6,5	30,2	100	94,2	5,8	100
2009	62,3	3,4	20,2	14,0	100	94,9	5,1	100

Cuadro A11 (conclusión)

	Incapacidad total				Total	Subsidios transitorios		Total
	Art. 19 lit. A	Art. 19 lit. B	Art. 19 lit. C	Art. 24		Art. 22 lit A	Art. 22 lit. C	
2010	57,4	3,5	29,5	9,6	100	94,4	5,6	100
2011	61,0	2,8	26,7	9,5	100	93,9	6,1	100
2012	56,8	1,6	27,1	14,5	100	97,0	3,0	100
2013	57,1	1,6	23,7	17,6	100	96,3	3,7	100
2014	60,1	2,3	23,4	14,3	100	96,9	3,1	100
2015	50,7	1,9	17,0	30,4	100	95,4	4,6	100
2016	51,6	1,6	17,4	29,4	100	95,0	5,0	100
2017	46,5	1,0	17,4	35,1	100	96,1	3,9	100
2018	46,0	0,8	20,7	32,5	100	97,9	2,1	100
Total	55,1	2,2	19,9	22,8	100	95,8	4,2	100

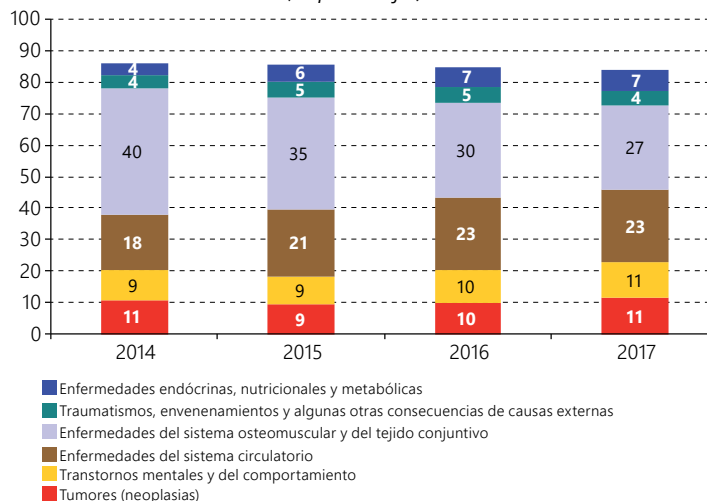
Fuente: Elaboración propia en base a altas BPS.

Anexo 7

Baremo y patologías

En el gráfico A2 se presenta información para alrededor del 85% de las patologías de mayor frecuencia, debido a que el restante 15% se distribuye entre muchas patologías de muy poca incidencia. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo son las más frecuentes en las altas por incapacidad total y subsidio transitorio en los cuatro años analizados, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio.

Gráfico A2
Distribución de las jubilaciones por incapacidad total y subsidio transitorio por tipo de patologías, 2014-2017^a
(En porcentajes)

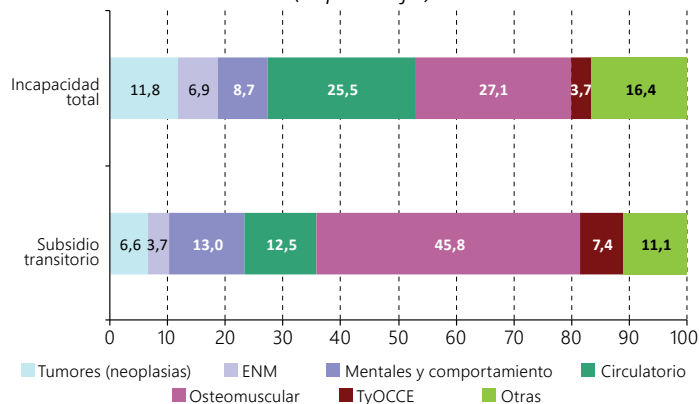


Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

^a El restante 14 o 15% dependiendo el año son patologías de menor frecuencia en las altas y las agrupamos en una categoría de "otras", principalmente se encuentran: enfermedades del sistema respiratorio, del sistema nervioso, enfermedades del ojo y sus anexos, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades del sistema digestivo.

Al analizarlo por causal se constata que las patologías del sistema osteomuscular aparecen con más frecuencia en el subsidio transitorio mientras que en la jubilación por incapacidad total se registra una incidencia parecida de ambas con alrededor del 20% (gráfico A3). Esto también puede deberse a las edades en que se otorga el subsidio o la jubilación y a la probabilidad de recuperación de la enfermedad, cabe recordar que los subsidios transitorios se otorgan por tres años y se vuelve a realizar la valoración de la incapacidad.

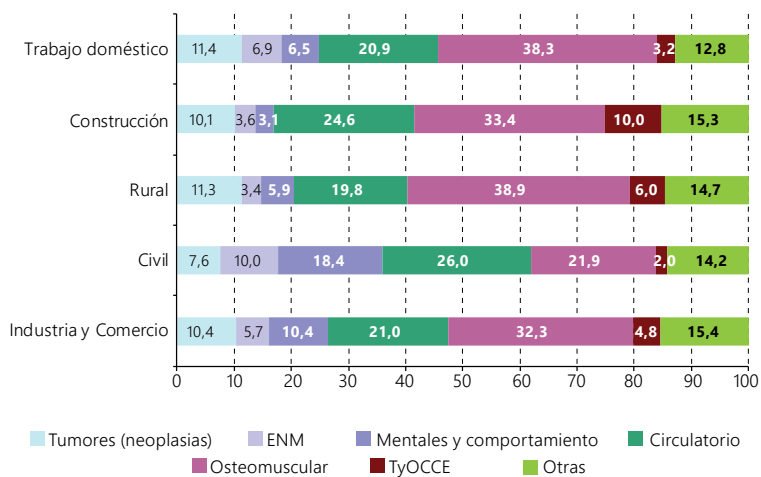
Gráfico A3
Distribución de las altas por tipo de patología según causal, 2014 a 2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.

El análisis de las patologías por sector de aportación da resultados esperados, si bien en la mayoría de los sectores predominan las patologías por temas osteomusculares, en algunos es más notorio como es el caso del sector rural, trabajo doméstico e industria y comercio. En el caso de la construcción también son importantes las enfermedades circulatorias y en el sector civil adquieren importancia notoria las patologías mentales y de comportamiento.

Gráfico A4
Distribución de las altas de subsidios transitorios e incapacidad total por tipo de patología según sector de aportación, 2014 a 2017



Fuente: Elaboración propia en base de Patologías y baremo de BPS.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Estudios y Perspectivas-Montevideo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

46. La jubilación por incapacidad en el Uruguay, Victoria Tenenbaum y Guillermo Sánchez (LC/TS.2020/34, LC/MVD/TS.2020/1), 2020.
45. Los incentivos y apoyos públicos a la producción en el Uruguay, Martín Lavalleja y Federico Scalese (LC/TS.2020/11, LC/MVD/TS.2019/8), 2020.
44. Gasto público social: un análisis territorial, Maira Colacce y Julieta Zurbrigg (LC/TS.2020/10, LC/MVD/TS.2019/7), 2020.
43. Mecanismos de focalización de los programas de transferencias monetarias en América Latina: el caso del Uruguay, Martín Lavalleja y Victoria Tenenbaum (LC/TS.2020/9, LC/MVD/TS.2019/6), 2020.
42. Sistematización y evaluación de las reglas y la certificación de origen de las exportaciones uruguayas, Álvaro Lalanne (LC/TS.2020/8, LC/MVD/TS.2019/5), 2020.
41. Evaluación del impacto de acuerdos comerciales: metodologías, experiencias internacionales y aplicaciones para el caso uruguayo, Álvaro Lalanne y Guillermo Sánchez (LC/TS.2019/122, LC/MVD/TS.2019/4), 2019.
40. Posicionamiento del Uruguay en exportaciones: tendencias, oportunidades y restricciones, Álvaro Lalanne (LC/TS.2019/100, LC/MVD/TS.2019/3), 2019.
39. Tendencias del sistema de comercio exterior relevantes para analizar la inserción internacional del Uruguay, Álvaro Lalanne (LC/TS.2019/99, LC/MVD/TS.2019/2), 2019.
38. Impacto fiscal de la política de estímulos a la sustitución del parque automotor por vehículos eléctricos, Martín Lavalleja y Federico Scalese (LC/TS.2019/24, LC/MVD/TS.2019/1), 2019.
37. Medición de la pobreza monetaria en el Uruguay: conceptos, metodologías, evolución y alternativas, Martín Brun y Maira Colacce (LC/TS.2019/1, LC/MVD/TS.2018/6), 2019.
36. Las dimensiones del bienestar infantil y la focalización de los programas dirigidos a la primera infancia, Maira Colacce y Victoria Tenenbaum (LC/TS.2018/111, LC/MVD/TS.2018/5), 2018.

ESTUDIOS Y PERSPECTIVAS

Números publicados:

- 46 La jubilación por incapacidad
en el Uruguay
Victoria Tenenbaum y Guillermo Sánchez
- 45 Los incentivos y apoyos públicos
a la producción en el Uruguay
Martín Lavalleja y Federico Scalese
- 44 Gasto público social
Un análisis territorial
Maira Colacce y Julieta Zurbrigg
- 43 Mecanismos de focalización de
los programas de transferencias
monetarias en América Latina
El caso del Uruguay
Martín Lavalleja y Victoria Tenenbaum