



NOTA

SEGURIDAD SOCIAL

Adaptar la seguridad social al nuevo contexto demográfico

Resumen

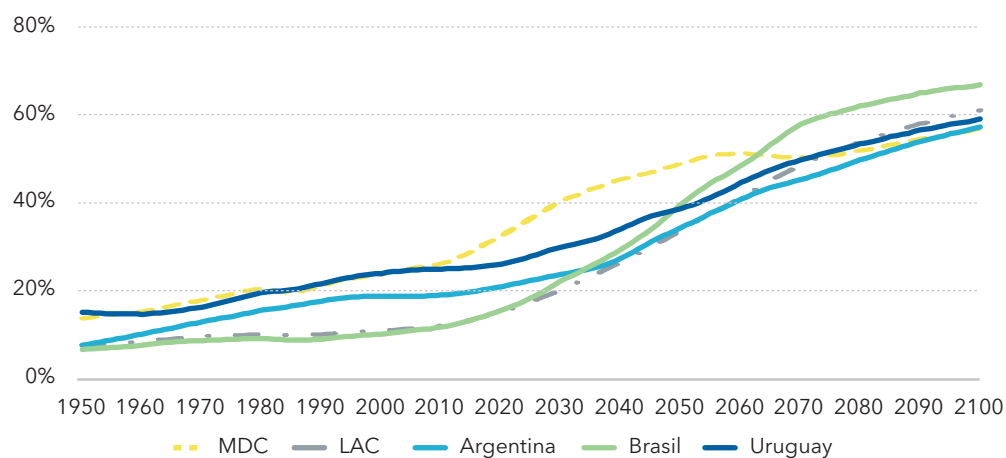
Uruguay es uno de los países con más población de adultos mayores de la región y uno de los más generosos en cuanto a políticas de seguridad social. Ambas características resultan positivas (puesto que el envejecimiento poblacional es consecuencia directa del desarrollo social y la seguridad social es uno de los servicios básicos que los Estados deberían ofrecer a su población), pero son a la vez muy exigentes en términos fiscales, ya que el proceso de envejecimiento de la población continuará y se acelerará en el futuro. Los dos componentes fundamentales de la seguridad social son las jubilaciones y el seguro de salud, dos programas que no sólo representan una significativa porción del gasto público sino que también tienen una fuerte inercia, ya que la mayor parte de los cambios tiene un impacto gradual en el desempeño de los programas. En este contexto, Uruguay necesita promover una agenda de reformas que (i) facilite y promueva vidas laborales más extensas, para que los trabajadores de mayor edad puedan seguir contribuyendo a la sociedad; (ii) promueva estilos de vida más sanos para reducir la incidencia de enfermedades crónicas, y (iii) adopte nuevas estrategias para la provisión de cuidados de salud eficaces a los pacientes crónicos, ajustando mecanismos de financiamiento y diseño de prestación de servicios.

Los principales desafíos

La población de Uruguay ha venido envejeciendo a un ritmo similar al de los países más desarrollados debido a una tendencia decreciente de la fecundidad y mortalidad a lo largo del tiempo. Al igual que en muchos otros países del mundo, las edades promedio están aumentando en Uruguay, a medida que la proporción de niños y jóvenes decrece y los adultos mayores constituyen el grupo etario que crece con más rapidez. Uruguay no es diferente en este sentido, salvo que el proceso de envejecimiento comenzó mucho antes y avanzó más que en otros países de la región. El patrón de envejecimiento en Uruguay en los últimos 70 años ha sido casi idéntico al de los países más desarrollados del mundo. Hacia el 2010, Uruguay contaba con casi 25 habitantes de 65 años y más por cada 100 habitantes de entre 20 y 64 años. Esto era casi idéntico al promedio de los países más desarrollados del mundo (con 26 adultos mayores por cada 100 adultos jóvenes) y más del doble del promedio regional (con 12) o Brasil (con 11,6). En décadas recientes, una caída menos pronunciada de la fecundidad enlenteció este proceso, pero las proyecciones indican que para el 2070 la tasa superará 50 adultos mayores por cada 100 adultos jóvenes.

Esta tendencia debe ser valorada, puesto que refleja avances sociales y económicos significativos. No obstante, plantea serios desafíos a las políticas públicas que deben adaptarse a una nueva realidad. Las políticas previsionales y de salud se verán afectadas en forma directa a medida que los adultos mayores exijan beneficios y la transición demográfica se vea acompañada por una transición epidemiológica que plantee cambios de prioridades para el sector salud. Sin embargo, hay otras áreas que también se verán fuertemente impactadas. Las políticas educativas necesitan ser ajustadas ya que

Figura 1. Tasa de dependencia de adultos mayores, 1950-2100



Fuente: ONU. Perspectivas Población Mundial.

no sólo tenderá a reducirse el número de estudiantes sino que las habilidades y conocimientos que deberán adquirir como niños y jóvenes también están evolucionando. El diseño urbano deberá adaptarse a una sociedad con alta prevalencia de ciudadanos de mayor edad, con más problemas de movilidad y diferentes necesidades en términos de servicios; se deberán ofrecer servicios de cuidados de mejor calidad y a más largo plazo, así como otras dimensiones tales como servicios financieros o servicios de comunicación y ocio que requieren ser adaptados. Claramente se trata de una agenda amplia y algunos de estos temas se discuten en otras notas de política.

La seguridad social en Uruguay está conformada por una larga lista de políticas y programas; los dos más amplios, jubilaciones y seguro de salud, se han visto afectadas por importantes reformas recientes, aunque podrían seguir revisándose para mejorar su desempeño. A fines de los años 90, una reforma previsional limitó la exposición fiscal al crear un régimen de capitalización que desplazó parte de los riesgos financieros a los individuos (con algunas revisiones significativas que se pusieron en marcha en 2008) y, hace una década, la reforma de la salud avanzó con la reducción de la fragmentación y una racionalización del financiamiento de las prestaciones, lo cual dio como resultado un sistema de salud más eficiente en términos de prestación de servicios y financiamiento. Sin embargo, las presiones adicionales esperadas debido al envejecimiento y a los cambios en el mercado laboral requieren evaluaciones adicionales y una mayor flexibilidad para atender las necesidades de las personas, que tienen una relación cada vez más heterogénea con los mercados laborales. Este trabajo se enfoca en aspectos específicos que parecen ser críticos a la hora de asegurar la efectividad y sostenibilidad a mediano plazo, dado el proceso de envejecimiento poblacional y la subsiguiente transición epidemiológica.

Figura 2. Gasto previsional, 2010-2100

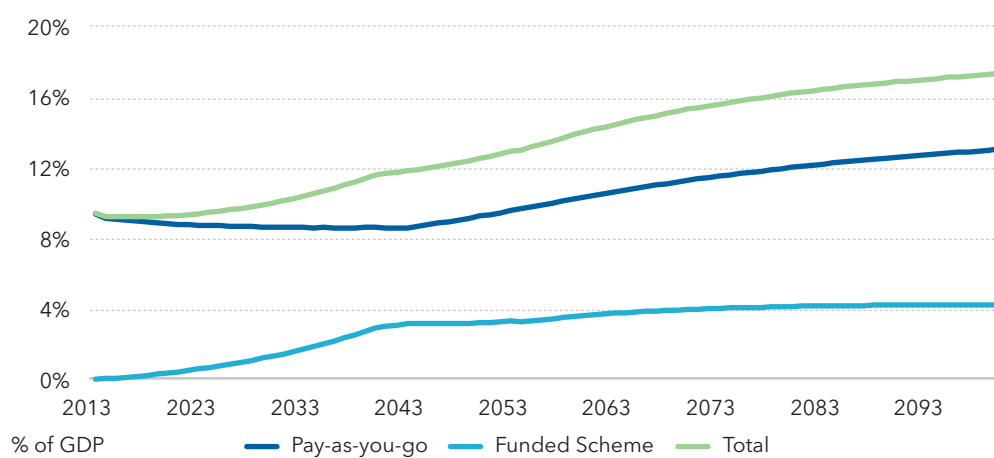
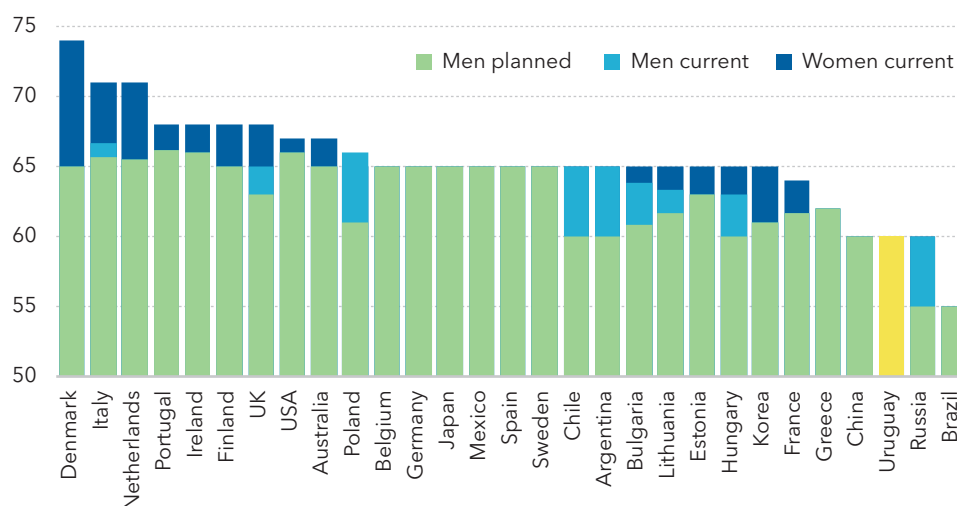


Figura 3. Edad jubilatoria reglamentaria, países seleccionados



Fuente: OCDE. Panorama de pensiones (2018).

El proceso de envejecimiento poblacional derivará, en el mediano plazo, en crecientes demandas sobre las cuentas fiscales en Uruguay. La reforma de 1996 introdujo un régimen de capitalización en el sistema previsional, reduciendo esta presión al trasladar parte de la carga (y riesgos) a los propios individuos, pero no pudo detener las tendencias a más largo plazo ni el impacto general en la economía. Se espera que los gastos en el régimen de solidaridad intergeneracional se nivelen en los próximos 20 años (a medida que la transición del sistema anterior a 1996 se complete) en alrededor del 9% del PIB, pero los gastos totales, incluyendo los del régimen de capitalización, seguirán creciendo a medida que envejece la población, hasta llegar a más del 17% del PIB hacia fin de siglo. Si bien el mecanismo de financiación de este gasto puede variar (entre el sistema público o el régimen de capitalización), implicando diferencias en términos de presión fiscal, es importante considerar si la sociedad uruguaya puede y está dispuesta a utilizar un porcentaje creciente del PIB nacional para financiar el consumo de los más ancianos.

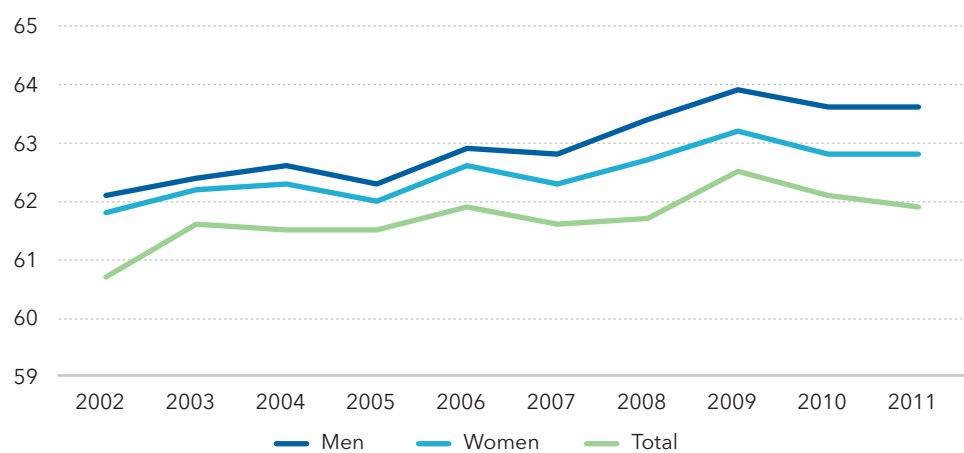
Esta importante carga fiscal y económica es consecuencia directa de un fuerte contrato social alrededor del sistema previsional en Uruguay. Los ciudadanos esperan que el sistema brinde una cobertura casi universal a los más ancianos, con beneficios que provean de manera adecuada para lograr un nivel de vida razonable. Estas son expectativas sensatas pero tienen su costo y financiarlas implica dirigir al sistema de la seguridad social recursos que podrían utilizarse con otros fines. El sistema de la seguridad social de Uruguay puede considerarse como uno de los más generosos de la región. La cobertura es alta, ya que aproximadamente un 88% de la población de 65 años

o más recibía una pensión en el 2018. Los beneficios previsionales son equivalentes a aproximadamente un 70% del ingreso laboral promedio y la edad jubilatoria mínima es relativamente baja, 60 años tanto para hombres como para mujeres, muy por debajo de la de los países de OCDE con niveles de envejecimiento similares al de Uruguay, y por debajo de otros países de la región más jóvenes.

Si bien la edad mínima de jubilación para la mayoría de los uruguayos es 60 años, existe evidencia de que tienden a demorar su jubilación. Aunque la causa no es clara, a medida que las nuevas generaciones de trabajadores se acercan a las edades jubilatorias, la combinación de mejores condiciones de salud y trabajos que exigen menos tarea física contribuye a esta postergación. El aumento de edades jubilatorias efectivas desde 2002 a 2009 estuvo cerca de 1,5 años (mientras que la disminución a partir de entonces puede haber sido un efecto de la implementación de la reforma del 2008).

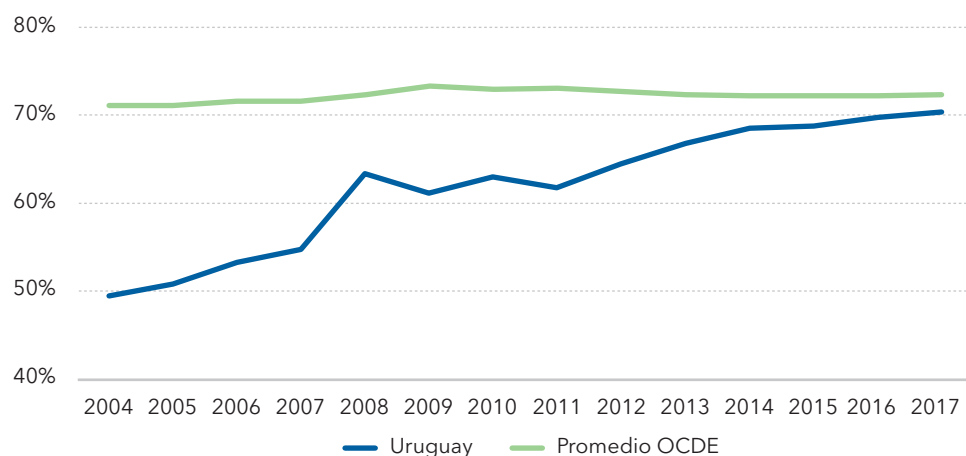
Uruguay lanzó una reforma del sector de la salud en el 2005 que incluyó cambios institucionales y financieros, así como también cambios en la prestación de servicios. Las principales reformas incluyeron: i) la creación de un conjunto de reglas comunes a toda la cobertura del seguro de salud, incluyendo la unificación de cuotas de seguro a través de todos los subsistemas y la introducción de primas ajustadas según riesgos por edad y género; ii) un incremento gradual en cobertura de la población; iii) un cambio sustancial en el enfoque epidemiológico hacia intervenciones preventivas, y iv) una reorientación del modelo de cuidados de la salud hacia un enfoque integrado. La salud sigue siendo una prioridad fundamental para el gobierno, como lo refleja la creciente adjudicación de recursos al sector salud. A partir del 2005 el gasto público en salud creció hasta casi converger con el promedio de los países de la OCDE en 2017.

Figura 4. Edad jubilatoria según sexo, 2002-2011



Fuente: Colombo (2012).

Figura 5. Gasto en salud pública (% gasto total en salud), 2004-2017



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

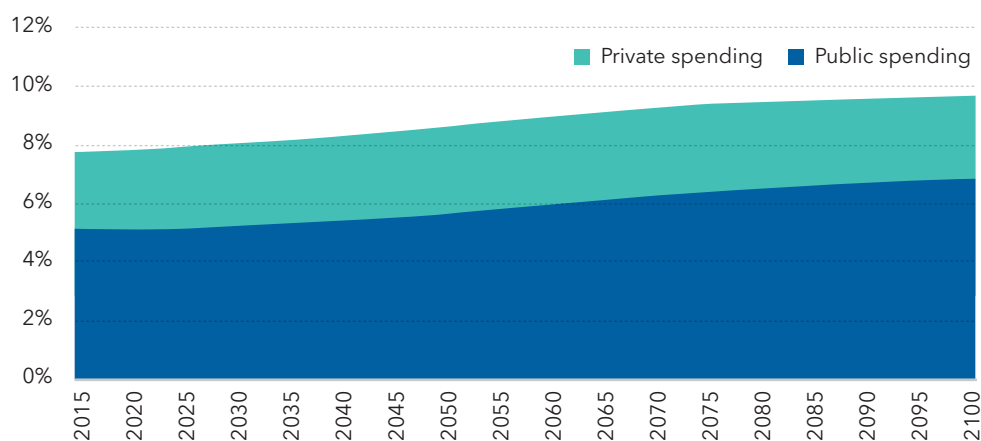
El gasto total en salud alcanzó el 9,3% del PIB en 2016 y el gasto de salud per cápita alcanzó USD 1.472.¹

La cobertura del sistema nacional integrado de salud (SNIS) ha aumentado en forma significativa, alcanzando casi niveles universales. La cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS), que es parte del SNIS, aumentó del 23% al 72% de la población entre 2007 y 2018, con financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA). El resto de la población cubierta por el SNIS está atendida a través de diferentes entidades aseguradoras/prestadoras y financiadas por fuera de FONASA, siendo ASSE el principal asegurador/prestador público.

Es probable que el costo fiscal de administrar el SNS aumente significativamente en el futuro a medida que la población envejezca. El costo de ampliar el SNS hasta el momento ha sido relativamente moderado, alcanzando un 1,06% del PIB en 2016. Sin embargo, puesto que la proporción de población de adultos mayores sigue aumentando y el valor de las primas ajustadas según riesgo se incrementa con la edad, el impacto fiscal de financiar el SNS podría ser muy grande en el mediano plazo. En términos agregados, se espera que el gasto en servicios de salud en Uruguay aumente del actual 7,8% del PIB (de los cuales dos tercios corresponden a gasto público) a casi el 10%. Este aumento será el resultado del impacto combinado del envejecimiento de la población, la transición epidemiológica y los costos crecientes de la tecnología.

¹ Fuente: OCDE y MSP, Proyección (*) Lic. Leticia Zumar, MEF en Cooperación Sur-Sur sobre "reforma sectorial de salud en Paraguay: aprendiendo de las experiencias vecinas de Chile y Uruguay", 1° y 2 de abril de 2019, Montevideo, Uruguay.

Figura 6. Gasto en salud proyectado (% de PIB)



Fuente: Rofman et al., 2016.

La transición epidemiológica está muy avanzada en Uruguay. Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la causa principal de muerte y carga de la enfermedad. Tan sólo tres ENT, enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y sistema respiratorio, representan más del 60% de todas las muertes. Diez de las primeras 15 enfermedades que causan Años de Vida Perdida (YLL en inglés) y Años de Vida Sana Perdida (DALYs en inglés) en Uruguay son ENT.² Además, los trastornos mentales se están convirtiendo en un importante problema en materia de políticas, ya que representan el 6,3% de los DALYs y son responsables del 7% del total de gastos en salud.

El Gobierno está desarrollando una agenda intensa para reducir el impacto de las ENT. Se reconoce a Uruguay como líder mundial en la lucha contra el tabaquismo y el país ha dado pasos para reducir la mortalidad prematura y la discapacidad asociadas a las ENT. Entre ellos se incluye: prohibición de publicidad, promoción y auspicio, campa-

Tabla 1. Indicadores de salud 2017

Indicador	ENT	Lesiones	Enfermedades transmisibles maternas, neonatales y nutricionales
Causa de muerte	85,7%	7,5%	6,8%
YLL	76,5%	14,7%	8,8%
DALYs	79,7%	12,4%	7,9%

Fuente: Estudio Mundial Carga de la Enfermedad 2017, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

2 PPENT-MSP 2015. Estudio de Carga de Enfermedad.

ñas de información pública, etiquetas con advertencias, prohibición de venta a menores y restricción de lugares y horarios para la adquisición o consumo de productos.³ Uruguay también está implementando otras medidas para reducir la incidencia de las ENT, incluyendo normativa para reducir el consumo de sal y sodio; prohibición de grasas trans de producción industrial; aprobación de legislación en materia de advertencias de salud acerca de alimentos y bebidas con sal, azúcar y grasas en exceso; aplicación del Código Internacional de Comercialización para Sustitutos de la Leche Materna; promoción de cambios de conducta relativos a estilos de vida sedentarios y actividad física, y aplicación de protocolos o lineamientos clínicos nacionales para cuidado integral de las ENT.⁴

Los cuidados médicos para una población que envejece requieren adaptar el sistema actual para focalizarse en una integración del cuidado, poniendo énfasis en la promoción de una vida sana y atendiendo los cuidados más costosos de los pacientes complejos. La población de más edad cuenta con características únicas que los diferencian de los adultos jóvenes. El cuidado de los más ancianos rompe el paradigma del cuidado clínico donde una patología aguda única corresponde a un tratamiento único, puesto que requiere una prestación más continua de servicios. En general, los adultos mayores constituyen una población con alta prevalencia de enfermedades crónicas múltiples, polifarmacia, limitaciones funcionales y altos niveles de vulnerabilidad y dependencia. Cada patología tiene un impacto negativo en las demás, lo cual da lugar a mayores niveles de complejidad que, si no están bien atendidos, pueden derivar en una discapacidad severa y prolongada, con el subsiguiente deterioro de la calidad de vida y aumento de los costos en salud.

A medida que el número de pacientes crónicos aumente con la edad, el sistema de seguro encontrará más difícil brindar servicios adecuados si no se ajustan los arreglos financieros. Las primas actuales del SNS se definen solamente por edad y sexo, generando incentivos entre los prestadores para evitar la exposición a pacientes con enfermedades crónicas. Esta situación va a empeorar con el tiempo, exponiendo a aquellas poblaciones mayores y más vulnerables a tratamientos de nivel inferior o forzando al sector público a prestar estos cuidados a través de ASSE, derivando en costos fiscales más elevados.

3 Organización Mundial de la Salud (2017a). Tackling NCDs: “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

4 Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay. MSP, Feb. 2019. ISBN 978-9974-8902-1-6.

Opciones en materia de políticas para adaptar la seguridad social a un nuevo contexto demográfico

Uruguay necesita adaptar su sistema de seguridad social a un nuevo contexto definido por las transiciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas. Asegurar que tanto el sistema previsional como el seguro de salud sean sostenibles y provean protección adecuada a todos los uruguayos, en el corto y mediano plazo, requiere avances inmediatos en el diseño e implementación de reformas que tomarán tiempo antes de tener un impacto significativo. Por el lado de las jubilaciones, el principal reto es asegurar la sostenibilidad del sistema con niveles de cobertura y beneficios que sean acordes a lo prometido a la población de Uruguay en el transcurso de los años. En cuanto a salud, los principales retos son avanzar en la reforma de políticas públicas que limiten el crecimiento de la incidencia de las ENT, ofrecer servicios efectivos a los que padecen enfermedades crónicas y asegurar que los incentivos dentro del sistema estén correctamente alineados.

A medida que nuevas generaciones de uruguayos alcanzan la edad de 60 años en mejores condiciones de salud y trabajando en empleos que son menos exigentes en términos físicos, las edades efectivas de jubilación deberían aumentar. La jubilación efectiva ocurre, en promedio, significativamente más tarde que las edades mínimas legales. Esta tendencia debería promoverse con la introducción de incentivos a los trabajadores (especialmente aquellos en empleos de alta productividad) para permanecer en la fuerza laboral y facilitar un proceso de retiro gradual, haciendo reglas más flexibles que permitan el empleo a tiempo parcial en edades más avanzadas. Las experiencias en los países más desarrollados pueden guiar esta discusión en materia de políticas. Por ejemplo, Islandia es uno de los países con más alto nivel de vida y más alta tasa de empleo de los adultos mayores; otros países cercanos a Uruguay también están aumentando sus edades de retiro efectivo. Este es el resultado de una combinación de políticas: un sistema previsional que ofrece incentivos para permanecer más tiempo en la fuerza laboral, programas de capacitación muy eficaces para trabajadores mayores y un modelo flexible de empleo a tiempo parcial (Bussolo et al., 2015).

Para contener el crecimiento de la incidencia de las ENT, Uruguay debería introducir una combinación de intervenciones proactivas, incluyendo aumentos estratégicos de impuestos de ciertos productos y otras políticas que promuevan hábitos más sanos en la población. Aumentar el precio del tabaco, alcohol y bebidas azucaradas ha demostrado tener efectos positivos en los hábitos de consumo. Otras medidas adicionales no vinculadas a precios van dirigidas a la educación de los consumidores, fortaleciendo normas sanas, reforzando actitudes culturales sanas, reduciendo el atractivo y disponibilidad de los productos y contrarrestando sesgos de conducta que llevan a un consumo nada saludable.

Por último, el tratamiento y gestión de los Pacientes Frágiles Crónicos y Complejos (CFCP en inglés) debería ser un punto de atención en el sector salud. Una importante porción de los gastos en salud es generada por un muy pequeño grupo de pacientes frágiles crónicos y complejos, que requieren intervenciones caracterizadas por cuidados multidisciplinarios proactivos y coordinados entre todos los niveles (primario, especializado, de salud mental, de semi-internación, emergencias, servicios sociales, etc.). Las iniciativas de integración de cuidados⁵ han demostrado su potencial en la reducción de costos y en la disminución de cuidados hospitalarios que se pueden evitar, a través de una mejor planificación del cuidado del paciente, una coordinación efectiva basada en información oportuna y confiable compartida entre todos los prestadores, fuerte apoyo de la autogestión del propio paciente y un monitoreo intensivo del paciente. Para poner en marcha este enfoque, debería disponerse de un sistema que identifique rápidamente y gestione eficazmente toda la información sobre pacientes frágiles, crónicos y complejos, para hacer un seguimiento de los servicios que se les han brindado y diseñar intervenciones de cuidado individuales y adecuadas. Avanzar en el relevamiento de datos para poder medir adecuadamente los riesgos para los diferentes grupos y ajustar la fórmula reduciría estos riesgos, que aumentarán en el futuro a medida que una población más envejecida se vuelva más proclive a sufrir ENT.

5 Integración de cuidados: Si bien no existe una definición aceptada universalmente, la integración de cuidados se refiere a i) prestación de cuidados en el entorno adecuado de cuidados y ii) coordinación y continuidad del cuidado a través de entornos adecuados al cuidado, para los pacientes de ENT (Banco Mundial, 2015).





BANCO MUNDIAL

BIRF • AIF | GRUPO BANCO MUNDIAL

América Latina y el Caribe

Oportunidades para todos

