

II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

La demografía latinoamericana del siglo XXI Desafíos, oportunidades y prioridades

El consumo público por edad en Uruguay

Marisa Bucheli

Departamento de Economía. FCS. UdelaR
marisa@decon.edu.uy

Rodrigo Ceni

Departamento de Economía. FCS. UdelaR

Cecilia González

Departamento de Economía. FCS. UdelaR

Mesa 05. Envejecimiento y Transferencias
Intergeneracionales

El consumo público por edad en Uruguay[♦]

Marisa Bucheli, Rodrigo Ceni y Cecilia González^{*}

A partir de la mitad de los ochenta, luego de la crisis que caracterizó el comienzo de dicha década, el producto en Uruguay presentó una tendencia creciente hasta fines de los años noventa. A ello siguió un período de crisis, comenzando una recuperación en 2003. El consumo público tuvo una evolución similar aunque con ciertos rezagos (OPP, 2004). Existen varios estudios que analizan el gasto público en Uruguay (Flood, Grau & Melgar, 2005) pero no lo hacen desde la perspectiva del destino por edad como lo propone Mason et al (2005). En este contexto, el objetivo de este trabajo es presentar el destino del consumo público por edad en diferentes momentos del tiempo, desagregando los rubros en educación, salud y resto. Se escogió ilustrar los cambios con los años 1984, 1994, 1999 y 2004.

1. Aspectos institucionales del sector público

El sector público provee bienes y servicios a la población que generalmente no están destinados a grupos específicos de edades. Una clara excepción lo constituyen los servicios de educación y sanitarios: los primeros son fundamentalmente utilizados por los más jóvenes y los segundos por los grupos etarios de los extremos.

En Uruguay, el sistema educativo se compone de preescolar, seis años de primaria, seis de enseñanza media (que comprende enseñanza técnica y general) y el nivel terciario. Tradicionalmente, la oferta educativa primaria y media es ofrecida por instituciones públicas (gratuitas) y privadas, captando las primeras alrededor de 85% de los estudiantes. El nivel terciario en cambio era brindado en forma monopólica hasta 1984, cuando se autorizó la instalación de la primer universidad privada. Desde entonces, el peso del sector privado ha ido creciendo pero continúa siendo menor que en los ciclos primario y medio (4% y 9% de los estudiantes en 1994 y 2004, respectivamente).

En el año 1984, el mínimo de años escolares obligatorios comprendía primaria y los tres primeros años de enseñanza media. A ellos se agregó el preescolar (a partir de los cuatros años de edad) en el año 1995, cuando comenzó un proceso de reformas que buscaban mejorar la calidad educativa en

♦ Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006.

* Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Uruguay. Direcciones electrónicas: marisa@decon.edu.uy ; rceni@decon.edu.uy ; cecilia@decon.edu.uy . Este trabajo presenta resultados parciales del Proyecto “Transferencias intergeneracionales en Uruguay”, co-financiado por UNFPA (Uruguay).

particular en el ciclo primario. Por ejemplo, se prolongó la jornada escolar en los establecimientos de primaria localizados en zonas vulnerables y se implementó un conjunto de programas tendientes a facilitar el acceso al material didáctico.

En cuanto a la provisión de atención de salud, es brindada por instituciones privadas y públicas. Los servicios públicos cubrían 45% de la población en 1984; este peso tendió a crecer en la segunda mitad de los noventa y alcanzó 55% en 2004. El principal proveedor de los servicios públicos es el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual atiende a alrededor de las tres cuartas partes de los usuarios del sistema público. El MSP ofrece en principio atención gratuita solamente a la población de bajos recursos; sin embargo, la atención paga ha sido tradicionalmente de muy bajo peso. Entre los otros proveedores públicos, en este trabajo se ha tenido en cuenta los más importantes en términos de cobertura: la sanidad para policías y militares, el Programa atención materno-infantil (BPS) y la atención gratuita ofrecida en la universidad pública.

En el área de la salud no se realizaron reformas de envergadura. Entre los cambios instrumentados en el período de estudio, en 1997 se aprobó una ley que previó el subsidio al acceso de los adultos mayores de menores recursos al sub-sistema privado de salud.

2. Aspectos metodológicos y fuentes de datos

El consumo público a precios corrientes y constantes (pesos de 1983) es estimado en las Cuentas Nacionales de la Producción e Ingreso (CN) elaboradas por el Banco Central del Uruguay. El consumo público comprende los gastos públicos no realizados por las empresas, excluyendo la inversión, los pagos de servicio de deuda, subsidios, créditos y las transferencias como las pensiones, subsidios a los desempleados, etc. Como las CN no desagregan el consumo público, para estimar los componentes de salud y educación se utilizó información del gasto de los organismos involucrados en la provisión de educación y atención sanitaria. Estas estimaciones se realizaron a precios corrientes. Para obtener estimaciones a precios constantes se utilizó el deflactor de precios implícito del consumo público total.

A su vez, para identificar a los beneficiarios de los servicios públicos educativos y de salud proporcionados por edad se utilizó la información proveniente de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) relevada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La ECH es una encuesta anual de corte transversal. Tiene cobertura urbana; hasta 1997 refiere a las poblaciones con más de 900 habitantes y desde entonces cubre a las poblaciones con 5.000 habitantes o más. Cabe señalar que en Uruguay 92% de la población vive en zonas urbanas.

El consumo medio del rubro R (R representa educación o salud) de las personas de edad e (CM_eR_e) se calculó como:

$$CMeR_e = \frac{\sum^n GMeR^n \cdot B_e^n}{P_e^*} \quad (1)$$

donde $GMeR^n$ es el gasto por beneficiario de la institución n , B_e^n es el número de beneficiarios de la institución n de edad e y P_e^* es la población de edad e . El $GMeR^n$ fue estimado como:

$$GMeR^n = \frac{GR^{n*}}{\sum_e B_e^n} = \frac{GR^{n*}}{B^n} \quad (2)$$

dónde GR^* representa el gasto total del rubro. Para calcular B_e^n se utilizó la proporción de beneficiarios en la edad e reportada por la ECH y se expandió para el total de la población de edad e :

$$B_e^n = \frac{B(ECH)_e^n}{B(ECH)_e} \cdot P_e^* \quad (3)$$

Para la educación se trabajó con $n=5$: primaria (incluye preescolar), enseñanza media técnica, enseñanza media general, formación docente y universidad. En el caso de la salud, se trabajó con $n=2$ para el año 1984 y con $n=3$ para 1994, 1999 y 2004. En año 1984 (y hasta 1990), la ECH distingue a los usuarios del MSP; a ellos se les asignó la suma del gasto de este organismo y de los servicios sanitarios universitarios. Las otras alternativas de atención son las privadas y un “resto”. A estas personas se les asignó la suma del gasto en salud de BPS, sanidad policial y militar. Desde 1991 hasta 2000 la ECH distingue a los usuarios del MSP, a los del BPS y a un resto público; estos últimos fueron tratados como beneficiarios de sanidad policial/militar. Finalmente, para el 2004 la ECH distingue los tres casos.

El resto del consumo público $CmeO_e$ fue distribuido uniformemente entre la población. Por lo tanto el consumo medio para cada edad es el mismo, siendo equivalente al cociente entre el resto del consumo público y la población:

$$CMeO_e^n = \frac{GO^*}{P^*} \quad (4)$$

3. Resultados

Entre 1984 y 1999, el consumo público creció ininterrumpidamente a una tasa de 2.2% a.a. Los componentes de salud y educación lo hicieron aún en mayor medida de manera que su peso se fue incrementando. En el marco de la crisis de principios del milenio, el consumo público cayó y si bien luego se recuperó, en 2004 su nivel era menor que en 1999 y más aún, levemente inferior al de 1994 (Cuadro 1). El componente de salud también disminuyó en esos años aunque en menor medida. En

cuanto a la educación, el consumo real continuó creciendo. En resumen, tal como aparece en el Cuadro 1, tanto el peso de la educación como el de la salud se incrementaron a lo largo del período: el primero de 15% en 1984 a 25% en 2004 y el segundo, de 10% a 16%.

Cuadro 1. Distribución del consumo público según componentes y variación anual. Porcentajes								
	Distribución				Variación anual acumulada			
	1984	1994	1999	2004	84-94	94-99	99-04	99-04
Consumo público	100,0	100,0	100,0	100,0	2,8	3,0	-3,8	1,1
Educación	14,8	16,1	20,1	24,9	3,8	8,8	1,5	3,9
Primaria	6,8	6,2	8,5	10,9	1,7	11,4	2,4	3,6
Media general	3,0	3,6	5,1	6,4	4,8	12,2	1,8	5,2
Media técnica	1,9	1,9	2,1	2,5	3,0	5,0	0,9	2,7
Formación docente	0,2	0,6	1,0	1,0	13,9	17,5	-4,2	9,0
Universidad	2,8	3,8	3,4	4,0	6,1	0,4	0,4	3,0
Salud	9,7	12,4	14,6	15,5	5,6	7,3	-2,4	3,6
MSP	6,4	8,2	10,2	10,8	5,7	8,6	-2,3	4,0
Universidad	0,7	1,0	0,8	0,7	6,4	-0,4	-7,1	1,3
Sanidad Militar	2,1	1,5	1,3	1,2	-1,4	-0,1	-5,3	-1,8
Sanidad Policial	0,5	0,9	1,0	1,0	8,1	6,2	-3,0	4,4
BPS (Atención materno-infantil)	s/d	0,9	1,4	1,8	s/d	13,1	2,7	s/d
Resto	75,4	71,4	65,2	59,6	2,2	0,7	-5,9	-0,1

La Ilustración 1 presenta las curvas del consumo real promedio en educación para cada edad en los años seleccionados. En todos los años, el perfil es similar: crece con la edad hasta alcanzar un pico y luego disminuye.

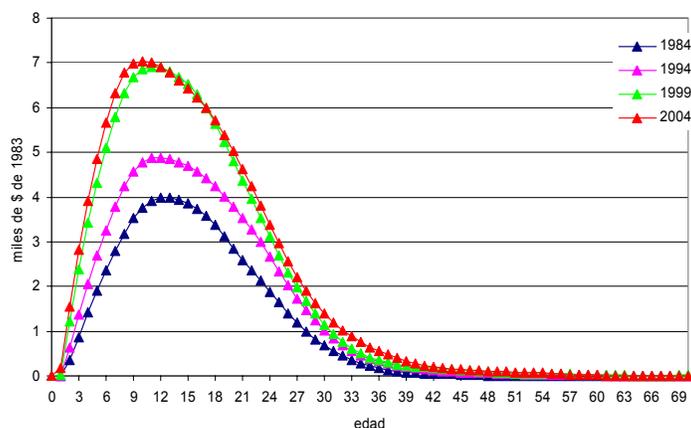


Ilustración 1. Consumo público promedio real en educación por edad

Para cada edad, una curva más elevada indica un consumo mayor. Por lo tanto, la comparación de los distintos años muestra que el crecimiento registrado entre 1984 y 2004 se verificó para todas las edades. Además, la comparación temporal sugiere que el pico ha tendido a desplazarse hacia la izquierda, observándose el valor máximo a los 13 años de edad en 1984, a los 12 en 1994, a los 11 en

1999 y a los 10 en 2004. Ello parece estar asociado al aumento del gasto que implicó la reforma educativa implementada en la segunda década de los noventa. Así, la proporción del consumo dirigido a los menores de 13 años creció de 40% en 1994 a 45% en 2004, mientras que el peso de este grupo de edad en la población descendió de 22% a 21%.

En la Ilustración 2 aparecen las curvas correspondientes al consumo real en salud. Si bien el perfil por edad parece haber cambiado en el período, en términos generales puede decirse que desciende hasta alrededor de los 25 años y a partir de esta edad se mantiene relativamente estable. Cabe señalar que se ha realizado una estimación alternativa corrigiendo por la intensidad de uso del servicio en distintas edades y el perfil es algo diferente: si bien el consumo también desciende en las edades menores (aunque más suavemente) tiende a crecer en las edades avanzadas. La comparación temporal indica que en el período de crecimiento, este se registró para todas las edades. En cambio, cuando disminuyó entre 1999 y 2004, no lo hizo para las edades menores.

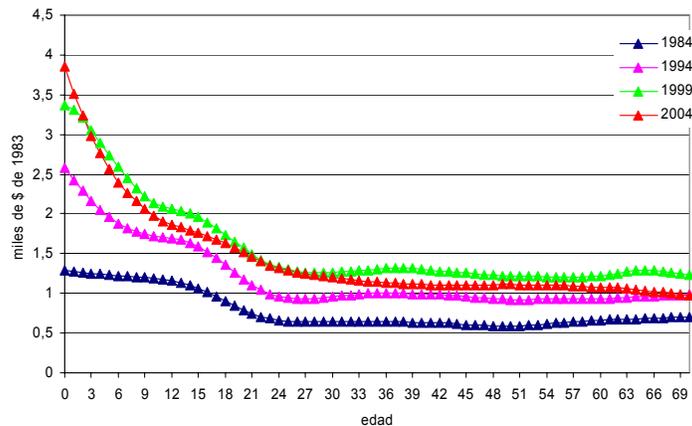


Ilustración 2. Consumo público promedio real en salud por edad

En síntesis, comparando las dos puntas, existe un aumento para todas las edades pero es superior para los niños. El aumento gradual de las pendientes al inicio de las curvas a lo largo del período sugiere un cambio en el perfil hacia esta dirección, que podría deberse al aumento gradual de la población infantil en los estratos de ingreso más bajo. Por otra parte, parece haber una disminución del consumo en salud dirigido hacia los adultos mayores, lo que podría explicarse por el cambio en la política tendiente a subsidiar su atención en el sub-sistema privado. Así, 35% del consumo en salud se dirigió a los menores de 13 años tanto en 1984 como en 2004, mientras que la población de esa edad cayó de 23% a 21%. A su vez, el peso del consumo para 60 o más años de edad fue 13% en 1984 y 11% en 2004 mientras que la población aumentó de 15% a 17%. De todas maneras, parte de las variaciones relativas entre edades podrían estar relacionadas con el cambio en la forma de cálculo (ver punto 3).

El resto del consumo público creció al 1.2% a.a. entre 1984 y 1994, estuvo relativamente estable entre 1994 y 1999 y posteriormente cayó abruptamente (casi al 6% a.a). Dada la naturaleza de sus componentes, estos cambios fueron asignados en forma idéntica para todas las edades. La suma por edad de estas transferencias, la educación y la salud aparecen en la Ilustración 3 .

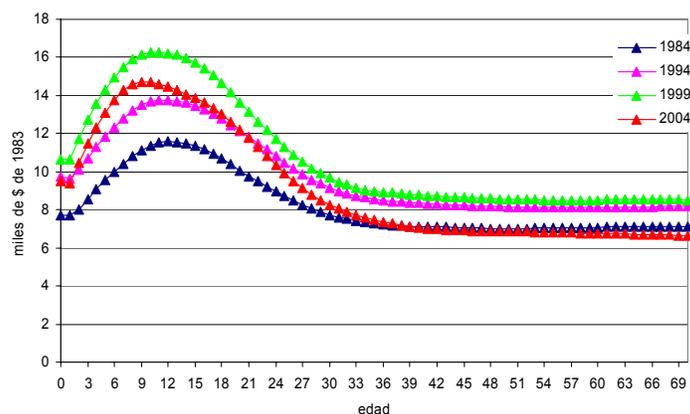


Ilustración 3. Consumo público promedio real.

Entre 1984 y 1999 se registró un incremento del consumo público para todas las edades. El aumento fue superior para las edades menores, en particular a partir de 1994. Posteriormente, cayó para todas las edades pero nuevamente, las variaciones fueron disímiles. La caída fue menor para la niñez y fue particularmente pronunciada en las edades mayores, para las cuales en 2004 se registraron niveles inferiores a los de 1984.

Referencias

Flood, Cristina; Grau Pérez, Carlos & Melgar, Alicia (2005). “Análisis del Gasto Público Social”, Serie de Estudios Económicos y Sociales RE1-05-010, Banco Interamericano de Desarrollo, febrero.

Mason, Andrew; Lee, Ronald; Tung, An-Chi; Lai, Mun-Sim & Miller, Tim (2005). “Population Aging and Intergenerational Transfers: Introducing Age into National Accounts”, Presentado en Annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia.

OPP (2004). “El Gasto Público Social en el Uruguay (1999-2003)”, Asesoría Técnica en Políticas Sociales, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República, octubre. www.opp.gub.uy/docus/gps.pdf.