

■ MOLDOVA

Pensiones a la vejez próximas a la línea de pobreza



Una reforma integral del sistema público de pensiones con apoyo del Banco Mundial no ha impedido que las pensiones a la vejez sigan estando muy próximas a la línea de pobreza. Si bien el gasto público para atención médica es considerable comparado con otras antiguas repúblicas de la Unión Soviética, el sistema público de salud enfrenta grandes obstáculos, entre ellos la pérdida de profesionales capacitados que emigran a países vecinos. Entre tanto, como alternativa a los servicios institucionales, en asociación con la sociedad civil se desarrollan servicios sociales comunitarios, en especial para niñas, niños y personas ancianas.

National Women's Studies and Information Centre
"Partnership for Development"
Diana Mocanu

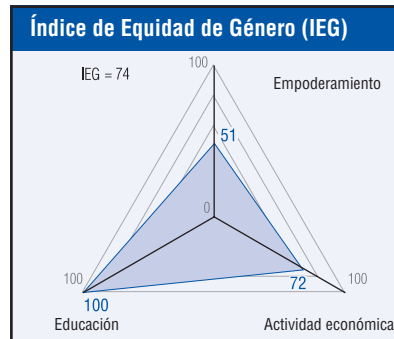
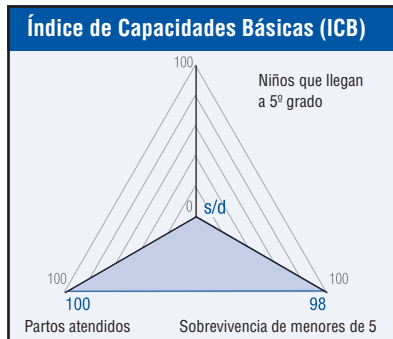
En gran medida, la reforma del sistema de pensiones tuvo el respaldo del Proyecto de Gestión de la Protección Social del Banco Mundial. El sistema de seguridad social anterior a la transición no podía asegurar la protección a la población, y los ancianos y los pobres eran los más vulnerables. Entre otras cosas, el sistema padeció de un marco político mediocre, una capacidad administrativa débil y falta de comprensión de la sociedad. Los desafíos económicos globales del país minaban aún más la viabilidad del sistema.

Las cosas comenzaron a cambiar en 1998. Ese año, con la ayuda del Banco Mundial y la Unión Europea se completó la estrategia jubilatoria a largo plazo y se adoptó una nueva ley sobre las pensiones de seguridad social del Estado, estableciéndose una correlación entre las aportaciones sociales y el volumen de la pensión.

En 1999 Moldova solicitó el apoyo del Banco Mundial para implementar reformas integrales al sistema público de pensiones y designar una nueva estructura organizativa para el seguro social. El proyecto incluía el análisis, el seguimiento y la evaluación de las políticas sociales, el fortalecimiento de la gestión de protección social mediante la creación y la instrumentación de un sistema informático integrado, así como una mejor información pública.

Como resultado del proyecto, la capacidad del personal del Ministerio de Trabajo y Protección Social aumentó considerablemente mediante la capacitación. Las políticas de protección social se evalúan periódicamente, los informes sociales se publican cada año y el pueblo moldavo está bien informado acerca de las reformas a través de campañas de información pública que utilizan folletos, programas de radio y televisión, anuncios de servicio público y artículos de prensa como medios de difusión.

Se mejoró la estructura organizativa de la Casa Nacional del Seguro Social (CNAS), para la cual se tomaron en cuenta los ejemplos de mejores prácticas internacionales, y se entrenó al personal de manera pertinente. La sede central y las oficinas locales de CNAS recibieron los equipos necesarios para garantizar el mantenimiento de los archivos de las aportaciones individuales al seguro social y



se renovaron muchas de las oficinas. También se instalaron redes de comunicaciones e internet.

Los resultados del proyecto son evidentes. El número de aportaciones al presupuesto estatal de la seguridad social ha aumentado y los ingresos presupuestarios también se incrementaron. Se pagaron las pensiones atrasadas y ahora las pensiones están indexadas anualmente. Los empleados pueden verificar con mayor eficacia el pago de las aportaciones por parte de los empresarios. La comunicación pública con respecto a las políticas de protección social también mejoró mucho, y como consecuencia, la población está mejor informada acerca del vínculo entre las sumas de las aportaciones sociales transferidas y el volumen de su pensión.

Sin embargo, en 2006 las jubilaciones representaron un promedio de MDL 457,51 (USD 38), lo que refleja un 15% de aumento en comparación con 2005 (MDL 397,18 – USD 33). Ese nivel está muy próximo a la línea de pobreza. Además, la proporción recibida por concepto de jubilación como porcentaje del último salario siguió disminuyendo, a 27% a fines de 2006 frente a 30% en 2005.

El sistema de salud pública enfrenta graves desafíos

El acceso a los servicios de atención de la salud de calidad es un problema fundamental para Moldova. Según una encuesta nacional de hogares, sólo 44,1% de la población tiene pleno acceso a estos servicios, 40% tiene un acceso limitado y 15% carece totalmente de acceso. Esta situación se explica en gran medida por factores económicos. Por ejemplo, los pagos directos por los servicios de atención médica superaron significativamente la proporción

de 15% que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el presupuesto en salud. Los bajos salarios del personal médico también afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud. Las Encuestas Barómetro de la Opinión Pública realizadas entre 2000 y 2003 indicaron que hasta la mitad de la población del país que recibió atención en los hospitales debió pagar tarifas adicionales extraoficiales por los servicios de atención médica¹.

Durante la instrumentación del Documento Estratégico para el Crecimiento Económico y la Reducción de la Pobreza (DECERP), el desarrollo del sector de la atención médica se caracterizó por la extensión de la red de atención médica primaria, la introducción del seguro médico obligatorio y el incremento de las aportaciones en el presupuesto estatal, que representó 3,5% del PBI en 2006. El gasto público vigente destinado a la atención médica es importante comparado con otros países de la CEI², pero es 1,9 veces inferior al de los países de la UE. En la actualidad, aproximadamente 75% de la población del país está cubierta por el seguro de atención médica y más de 80% de la población tiene acceso a médicos de familia.

El fortalecimiento de la atención médica primaria sigue siendo una de las áreas estratégicas prioritarias del sector de la salud. En 2006 el número promedio de visitas al médico de familia siguió siendo el mismo que en 2005 y representó 3,3 visitas para las personas aseguradas y 2,7 visitas para las personas sin cobertura. La proporción de visitas médicas

1 <ec.europa.eu/health-eu/doc/lgbt.pdf>

2 Comunidad de Estados Independientes, una federación laxa integrada por 11 antiguas repúblicas soviéticas.

correspondientes a la atención médica preventiva fue de 21% para los adultos y de 49,7% para los niños. En comparación con 2005, las solicitudes de servicios de atención médica de emergencia aumentaron 3,8%, y en comparación con 2004 aumentaron 22,3%.

En los últimos años se tomaron medidas específicas para fortalecer a las instituciones de atención médica primaria en las comunidades rurales. Sin embargo, el sistema sigue enfrentado numerosos obstáculos. Con la excepción de los centros que fueron renovados mediante el proyecto del Fondo de Inversión para la Atención Médica, la infraestructura de los centros de atención médica primaria aún está lejos de cumplir con las expectativas. Sólo 91 de estas 979 instituciones poseen vehículos sanitarios nuevos, y muchas funcionan en locales deteriorados y necesitan con urgencia reparaciones de magnitud o reubicación. En su mayoría, los equipos de atención médica son viejos y obsoletos, lo que genera un uso insuficiente de tecnologías de alto rendimiento para los diagnósticos y tratamientos. Las malas condiciones de trabajo del personal médico y la falta de oportunidades para el uso de tecnologías modernas de diagnóstico y tratamiento empujan a las y los especialistas médicos jóvenes a emigrar. Este problema se ha agravado como consecuencia del incremento sustancial de los salarios del personal médico en los países vecinos. El número de médicos de familia en 2006 fue 2.031, lo cual representó un descenso de 1,7% en comparación con 2005³.

El país también enfrenta importantes diferencias en el acceso a la atención médica entre pobres y no pobres, y entre las poblaciones rurales y urbanas. Aproximadamente 25% de la población socialmente vulnerable en edad de trabajar, concentrada principalmente en zonas rurales, carece de acceso suficiente a servicios de atención médica debido a las dificultades financieras y a la falta de infraestructura de transporte, entre otros factores. Estos sectores de la población no están cubiertos por el sistema obligatorio de seguro de salud. Por ejemplo, en las áreas rurales, los hogares pobres gastan 28 veces menos en servicios de atención médica que los hogares más prósperos. Las personas sin seguro pueden obtener la atención médica mínima que otorga el Estado libre de costo, lo cual incluye servicios ofrecidos como parte de programas nacionales, consultas a médicos de familia y atención médica de emergencia para los casos de urgencia importantes en la etapa previa a la internación hospitalaria.

Seguro de desempleo

Las personas desempleadas pueden recibir prestaciones de desempleo si están registradas en una agencia de empleos de distrito, si han trabajado durante un mínimo de 6 en 24 meses previos, y si no perciben ingresos de ningún tipo.

Las prestaciones de desempleo son libres de impuestos y provienen del presupuesto de seguro social estatal. Según cuál sea el motivo del cese del empleo, las prestaciones representan 30%, 40% o 50% del salario promedio nacional durante el año

anterior. El lapso durante el que se pueden recibir prestaciones de desempleo varía según la cantidad de tiempo que la persona haya estado trabajando: seis meses (para quienes trabajaron al menos seis meses), nueve meses (de 5 a 10 años), y doce meses (para quienes trabajaron más de 10 años).

Número creciente de niñas, niños y adolescentes en instituciones

El acceso limitado a servicios comunitarios especializados para niños en situaciones de riesgo fomentó el incremento en la tasa de institucionalización. Los niños son institucionalizados por diversos motivos: 36% por enfermedades y discapacidades; 16% debido a la muerte de sus padres; 27% por la pobreza de sus padres; 8% por problemas familiares; y 4% por el desempleo de sus padres. Vale la pena señalar que algunos niños están institucionalizados por la escasez de instituciones de educación primaria en las localidades donde viven (0,2%). Con frecuencia, la institucionalización se emplea como medio para resolver el problema de los niños que quedan sin supervisión permanente cuando sus padres viajan a trabajar en el extranjero.

El apoyo a inmigrantes y solicitantes de asilo

A los solicitantes de asilo se les otorga asistencia y representación legales gratuitas, y las personas consideradas refugiados y solicitantes de asilo vulnerables reciben asistencia humanitaria básica. Las actividades de capacitación destinadas específicamente a las y los funcionarios judiciales y policiales, a los abogados y los funcionarios de nivel ministerial han contribuido a mejorar la experiencia estatal en el ámbito del asilo. A fines de 2006, según cifras del gobierno, vivían en el país más de 160 refugiados reconocidos junto con más de 1.700 personas sin Estado⁴.

La asistencia social a los grupos vulnerables

El gasto en los programas de asistencia social se incrementó en los últimos años, de 8,8% del PBI en 2004 a 11,7% del PBI en 2006. El sistema de la 'compensación nominativa' (por el cual se otorgan las prestaciones a los hogares según figuren en una de las 11 categorías de 'vulnerabilidad social', por oposición a la necesidad financiera) sigue siendo el programa social más caro, y representa aproximadamente 47% del gasto del presupuesto estatal para la asistencia social.

En el contexto de la reforma del sistema de asistencia social, en 2006 se implementó un plan piloto de un mecanismo para las prestaciones de compensación nominativa. Se recabó información sobre el ingreso de 25.099 familias receptoras de los estipendios de compensación nominativa. Los datos analizados revelan que 56,6% de los hogares proceden de localidades rurales, mientras 43,4% proceden de localidades urbanas. Dos categorías representaron casi la mitad de todos los beneficiarios: las personas discapacitadas con trabajo de 'segundo grado' (34,3% de los beneficiarios) y los jubilados que viven solos (13,8% del total). Las mujeres representan más de 80% del total de jubilados que viven solos.

La distribución de los beneficiarios de las compensaciones por categoría de ingreso revela que los discapacitados, los participantes en la Segunda Guerra Mundial y las víctimas del desastre nuclear de Chernobyl tienden a figurar en las categorías de ingresos más altos. Las personas en estas categorías también suelen recibir asistencia social de otros programas. Entre tanto, los beneficiarios de las categorías más pobres provienen de localidades rurales y comprenden personas discapacitadas en 'tercer grado', familias con cuatro o más niños, personas discapacitadas de 'segundo grado', así como personas discapacitadas desde la niñez.

La falta de una única base de datos para todos los beneficiarios de asistencia social hace imposible identificar tanto la cantidad de beneficiarios como la cantidad de prestaciones sociales que se les otorga. Otro problema deriva de la falta de un mecanismo de registro que adopte un enfoque 'familiar', porque dentro de una familia pueden existir dos o tres personas con derecho a distintas prestaciones, lo cual hace imposible evaluar el monto total de la asistencia prestada por el Estado a los grupos vulnerables.

El auspicio de los servicios comunitarios

En la actualidad, la demanda de servicios sociales comunitarios supera por lejos la capacidad de la administración pública local. La necesidad de desarrollar servicios con buena relación costo-beneficios y con un enfoque centrado en la comunidad, como alternativa de los servicios institucionales, es más que evidente. En consecuencia, en algunos distritos del país, las autoridades públicas locales se asociaron con grupos y donantes de la sociedad civil para desarrollar esos servicios. De los servicios comunitarios registrados en 2006 había 21 hogares comunitarios para la tercera edad, donde 418 personas mayores reciben vivienda y acceso a distintos servicios, y 64 centros comunitarios de servicio social que atienden a 2.964 personas vulnerables, como ancianos con discapacidad, niños y jóvenes en situaciones de riesgo.

Sin embargo, el servicio social más generalizado en el plano local es el de los servicios prestados en el hogar. Un total de 2.329 trabajadores sociales ofrecen servicios en el hogar a 24.446 personas de la tercera edad que viven solas y a personas que no pueden trabajar.

También se crearon programas nuevos de servicio social con el objetivo de disminuir el abandono escolar y la institucionalización de la infancia. En 2006 volvieron a vivir con sus familias un total de 193 niños que habían estado alojados en instituciones residenciales.

Otros servicios alternativos se desarrollan y prestan principalmente con el apoyo de la sociedad civil. Sin embargo, al mismo tiempo, no existen mecanismos estatales que certifiquen los servicios de asistencia social ni controlen su calidad. En consecuencia, no hay forma de que el gobierno supervise efectivamente la situación del desarrollo de los servicios sociales, evalúe el costo de los servicios o cree un mercado competitivo para todos los proveedores de servicios sociales. ■

3 <ec.europa.eu/europeaid/projects/tacis/pdf/moldova_ap_2005_pf_health_reform.pdf>

4 <www.unhcr.org/pub/PUBL/4666d24e11.pdf>