



نظم الحماية الاجتماعية في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي: حالة أوروغواي

فرناندو فيلغويرا، مستشار باللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

يكون فيها أي من أفرادها مشتركاً في الضمان الاجتماعي، يوفر مقدموا الخدمة التابعين للدولة فقط حق الوصول إلى الخدمة. وقد ارتفع الإنفاق الصحي إرتفاعاً كبيراً (من 4 إلى 6 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي؛ ومن 21 إلى 25 في المائة من الإنفاق الاجتماعي بين عامي 2005 و 2012)، كما ارتفع عدد الأشخاص القادرين على الوصول إلى جمعيات المساعدة المشتركة.

واليوم، يحصل 97.5 في المائة من سكان أوروغواي على شكل من أشكال الرعاية الصحية، مع نسبة 60 في المائة تتبع جمعيات المساعدة المشتركة والنسبة المتبقية تحصل عليها من مقدمي الخدمات الحكومية. وقد تحسنت مؤشرات الرعاية الصحية: معدل وفيات الرضع من بين أدنى المعدلات (8.3 / 1000 في عام 2013)، تتم جميع الولادات تحت إشراف متخصصين، ويتلقى 97 في المائة من الأطفال التطعيم باللقاحات الأساسية في الوقت المناسب.

ويغطي التعليم العام 84 في المائة من جميع الطلاب. ولا يتلقى التعليم الخاص أي دعم. والتعليم إلزامي لمن تتراوح أعمارهم بين 4 - 17 سنة، بالرغم من أن التغطية شاملة للجميع فقط لمن تتراوح أعمارهم بين 5 - 13 سنة. يبقى 10 في المائة من الأطفال في سن الرابعة خارج النظام، وتخفض التغطية إنخفاضاً مطرداً بعد عمر 13 سنة بسبب إرتفاع معدلات التسرب. وتكاد تكون معدلات إتمام مرحلة التعليم الابتدائي شبه كاملة، بالرغم من أن 80 في المائة فقط من الطلاب يكملونها في الفئة العمرية المتوقعة لها. يكملون المرحلة الإعدادية نحو 69 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 - 20 سنة، في حين يكمل المرحلة الثانوية 38 في المائة فقط ممن تتراوح أعمارهم بين 21-23 سنة. وقد سعت الإصلاحات الأخيرة إلى زيادة وقت الدراسة في المدارس الابتدائية، وخفض معدلات التسرب في المدارس الإعدادية والثانوية. وقد زاد الإنفاق على التعليم من 3.2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2005 إلى 4.5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2013. لكن النتائج جاءت مُميِّبة للأمال فيما يتعلق بالمدارس الإعدادية والثانوية حيث يجري بشأنها حالياً بحث إدخال إصلاحات تستهدف في معظمها المناهج ونظم التقييم وتدريب المعلمين.

وقد أدت الإصلاحات في بدلات الأسرة، والصحة ومعاشات التقاعد، والضمان الاجتماعي جزئياً إلى سد الفجوة بين هيكل المخاطر الجديد وهيكل الحماية الاجتماعية القديم. وترتفع حماية كبار السن والضمان الاجتماعي للعاملين في القطاع الرسمي بكثير عن الحماية التي تستهدف الأطفال والنساء، وكلاهما أقل احتمالاً أن يعملون، ولا سيما، في القطاع الرسمي. وتشكل الحاجة إلى إنشاء نظام للمساعدات تقوده الدولة، مع تقديم خدمات وتحولات جديدة، جزءاً من جدول أعمال الإصلاح. وتُظهر الإصلاحات الأخير في إجازة الأسرة والأمومة - مع زيادة التغطية في المجتمع وإطالة المدة - وتوسيع المدارس بدوام كامل، والرعاية في مرحلة ما قبل المدرسة، إرهابات لبعض الاتجاهات الجديدة الممكنة لأقدم دولة رعاية في أمريكا اللاتينية.

المراجع:

Filgueira, F. and D. Hernandez (2012). Social Protection Systems in Latin America and the Caribbean: Uruguay.Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

Ministerio de Desarrollo Social/Area de gestión y Evaluación del Estado (2011). Reporte Social 2011. Principales características del Uruguay Social. Montevideo, MIDES/AGEV-OPP.

Ministerio de Desarrollo Social/Area de gestión y Evaluación del Estado (2013). Reporte Social 2013. Principales características del Uruguay Social. Montevideo, MIDES/AGEV-OPP.

هذا العدد من رسالة قصيرة تم إعداده بالشراكة بين مركز السياسة الدولي للنمو الشامل واللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي.

تتسم دولة الرفاه في أوروغواي بنظام تعليميها الإبتدائي الشامل، ونظام ضمان اجتماعي مبكر وقوي فضلاً عن تغطية ومزايا صحية واسعة النطاق. كما أن أوروغواي لديها أعلى مستويات للإنفاق الاجتماعي في أمريكا اللاتينية سواء كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (24.3 في المائة)، أو من كنسبة من مجموع الإنفاق العام (80.6 في المائة).

ومع ذلك، فإن دولة الرفاه في أوروغواي جامدة وغير قادرة على مواجهة المخاطر الاجتماعية. ويرجع إنخفاض قدرة الدولة على القيام بذلك إلى أنه في حين أن هياكل الأسرة دخلت في التحول الديمغرافي الثاني وأن أسواق العمل أصبحت غير مستقرة على نحو متزايد، فلا يزال معمارية الرعاية الاجتماعية لأوروغواي قائمة على الصيغة المثالية لأنماط الأسرة التقليدية، وأسواق العمل ذات العمالة الكاملة والرسمية للغاية. بالإضافة إلى ذلك، وضعت زيادة أعمار السكان أعباء مالية متزايدة على نظم الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية.

وتوجد في أوروغواي ثلاث ركائز أساسية اجتماعية لتدخل الدولة: **الضمان الاجتماعي** - سواء القائم على الإشتراكات، أو التحويلات غير القائمة على الإشتراكات - و**التعليم والرعاية الصحية**. وتكتمل معمارية الدور الاجتماعي للدولة أوروغواي بحماية العمال وتوفير السكن.

ويتركز الإنفاق على الضمان الاجتماعي والمساعدة الاجتماعية في **مصرف الضمان الاجتماعي** ويمثل أكثر من 46 في المائة من الإنفاق الاجتماعي (11.5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي)، وينفق ما بين 70 - 75 في المائة على المنافع التي تُمنح لكبار السن والورثة المستفيدين، وذوي الإعاقة، وما بين 5 - 7 في المائة على بدلات الأسرة، وما بين 15-18 في المائة على التحويلات الأخرى (البطالة، والمرضى، وإجازة الأمومة). ويتم تصنيف المنافع التي تُمنح لكبار السن والورثة المستفيدين، وذوي الإعاقة في نظام ثلاثي الفئات: فئة منافع غير قائمة على الإشتراكات وتعتمد على الإحتياجات، وفئة معاشات تقاعد على أساس الموازنة السنوية، وفئة صناديق رسمة للأفراد يديرها القطاع الخاص. وترتفع تغطية الضمان الاجتماعي للمشتغلين (75 في المائة)، وتصل نسبة معاشات التقاعد إلى نحو 90 في المائة لمن بلغوا 64 سنة فأكثر.

ويتلقى **مصرف الضمان الاجتماعي** دعماً كبيراً من الخزنة العامة يبلغ نحو ثلث جميع المنافع القائمة على الإشتراكات. وقد سهلت الإصلاحات الوصول إلى معاشات غير قائمة على الإشتراكات والركيزة القائمة على الإشتراكات.

ويغطي التأمين ضد البطالة المشتغلين في القطاع الرسمي بضعف من مبالغ متناقصة لمدة ستة أشهر تحل محل الأجر، (66 في المائة إلى 40 في المائة من الأجر الأساسي). وقد أدخلت الإصلاحات الأخيرة معدل الإحلال المتناقص في مبالغ تأمين البطالة كما أضافت منافع لبعض الظروف الخاصة (الإقتصادية والأزمات، والسكان الذين تبلغ أعمارهم 50 سنة فأكثر).

وإستهدفت بدلات الأسرة المشتغلين في القطاع الرسمي ذوي الأجر المنخفضة، ولكن الإصلاح أنشأ نظاماً جديداً مستهدفاً وغير قائم على الإشتراكات، ورفع قيمة البديل من 20 دولاراً أمريكياً إلى 50 دولاراً أمريكياً للطفل الأول (و 66 بالمائة من هذه القيمة لكل طفل لاحق). ويُدفع حالياً 500 ألف بديل أسرة حيث يغطي 80 في المائة من الأسر المعيشية التي لديها أطفال وتقع في العشيرات الثلاثة الأدنى من توزيع الدخل.

ولدى أوروغواي نظام من مستويين للرعاية الصحية: رعاية توفرها الدولة (خدمات الصحة العامة للدولة، ومقدمي الخدمات الصحية للشرطة والجيش، والجمعيات الخاصة غير الهادفة للربح وتسمى **جمعيات المساعدة المشتركة**). ويمكن الوصول إلى هذه الأخيرة إما من خلال دفع رسوم خاصة أو عن طريق الإشتراك كمشغل في القطاع الرسمي في **الهيئة القومية للتأمين الصحي**. وقد أدى الإصلاح الصحي لعام 2007 إلى توسيع نطاق التأمين الذي يجمع بين معايير الأهلية القائمة على الإشتراكات ومعايير الأهلية غير القائمة على الإشتراكات التي تعتمد على الأسرة. ويتم تمويل صندوق الرعاية الصحية (**فوناسا**) الذي أنشأه هذا القانون من خلال إشتراكات العاملين في القطاع الرسمي والخزنة العامة. وإذا كان أحد أفراد الأسرة المعيشية مشترك في الضمان الاجتماعي، يكون جميع أفراد الأسرة مؤهلين ويمكنهم إختيار مُقدم الخدمة (سواء كان تابع للدولة أو جمعيات المساعدة المشتركة) حسب تفضيلهم. أما الأسر المعيشية التي لا

